



**T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HİPERTANSİYONU OLAN VE OLMAYAN YAŞLILARDA
ÖFKE DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI**

Fatma AYHAN

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Nevin ÇITAK BİLGİN**

**Haziran 2014
BOLU**

Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

Bu çalışma, jürimiz tarafından oy birliği ile Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Yasemin YILDIRIM USTA*
(İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Yrd. Doç. Dr. Nevin ÇITAK BİLGİN**
(Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanı,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi)



Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ
(Hemşirelik Bölümü/ İç Hastalıkları Hemşireliği
Üsküdar Üniversitesi)



20/06/2014

Bu tez ile AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu, Fatma AYHAN'ın Yüksek Lisans derecesini onaylamıştır.

Doç. Dr. Esra KOÇOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



* Jüri Başkanı

** Tez Danışmanı

ÖZET

HİPERTANSİYONU OLAN VE OLMAYAN YAŞLILARDA ÖFKE DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Araştırma hipertansiyonu olan yaşlı bireylerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının hipertansiyonu olmayan yaşlı bireylerden farklı olup olmadığının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve karşılaştırmalı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın evrenini Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine kayıtlı 320 yaşlı oluşturmuştur. Örneklem grubuna bu merkeze kayıtlı hipertansiyonu olan 73 ve hipertansiyonu olmayan 73 olmak üzere 146 yaşlı alınmıştır. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ki-kare, fisher's exact testi, t testi, tek yönlü varyans analizi ve Pearson's korelasyon analizi kullanılmıştır. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlılarda sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Yaş, eğitim ve medeni duruma göre de hipertansiyonu olan ve olmayan grupta sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Hipertansiyonu olan erkeklerin kadınlara göre öfkeyi dışa yansıtma ve öfke kontrol puan ortalamaları yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hipertansiyonu olan bireylerde hipertansiyon süresi ile öfkeyi dışa yansıtma puanları arasında negatif yönlü zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Hipertansiyon tanısı alma süresi arttıkça öfkeyi dışa yansıtma puanlarının azalma yönünde eğilim gösterdiği gözlenmiştir. Araştırmamızdan elde edilen bulgular hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlılar arasında sürekli öfke ve öfke ifade tarzı açısından farklılık olmadığını göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, Yaşlı, Öfke

ABSTRACT

THE COMPARISON OF ANGER AMONG THE ELDERLY PEOPLE WITH AND WITHOUT HYPERTENSION

This study was designed descriptively and comparative way in order to determine whether continuous anger and anger expression of the elderly with the hypertension is different from those elderly people without hypertension.

The population of the study consists of 320 elderly people who are registered in Bolu Governorship Older People's Care Centre. A total of 146 people that were registered in this centre were included in the sampling group, 73 of which had hypertension and 73 did not have. The study data were obtained using Personal Information Forms and The State Trait Anger Scale. Percent, chi-square, fisher's exact test, t test, one-way analysis of variance, and Pearson's correlation analysis were used to assess the data. No statistically significant differences were found ($p>0.05$) between the average scores of state-trait anger and the anger expression scale of the elderly with and without hypertension. It was also found out that the differences between the average scores of state-trait anger and the anger expression scale of the elderly with and without hypertension were not significant in terms of age, education and marital status ($p>0.05$). The average scores of anger expression and anger control among males with hypertension were found to be higher and statistically more significant than those of females ($p<0.05$). It was determined that there was a weak negative and significant relation between the duration of hypertension and anger expression scores among individuals with hypertension ($p<0.05$). It was seen that as the period to receive a diagnosis of hypertension increases, the scores of anger expression tended to drop. The findings of the study suggest that there are no differences among the elderly people with and without hypertension in terms of continuous anger and anger expression styles.

Keywords: Hypertension, Elderly, Anger

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın başlangıç aşamasında her tür bilimsel desteği veren, emekli olması nedeniyle okulumuzdan ayrılan ilk tez danışmanım Sayın Prof. Feray GÖKDOĞAN'a,

Çalışmam süresince bilimsel desteğini veren, yapıcı geri bildirimi ile motivasyonumu artıran danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Nevin ÇITAK BİLGİN'e,

Çalışmamın başlangıç aşamasından bu yana öneri ve desteği ile beni yönlendiren, bilimsel yönden birçok konuda danışmanlığını aldığım, Sayın Yrd. Doç. Dr. Sebahat ATEŞ'e,

Ders dönemim ve uygulamam süresince desteklerini esirgemeyen Bolu Sağlık Yüksekokulu akademik personeline, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve görüşlerini paylaşan tüm yaşlılara,

Çalışmam süresince desteğini esirgemeyen eşimin annesine, yaşamım boyunca manevi destekleri ile her zaman yanımda olduklarını hissettiğim sevgili aileme, ders dönemi ve tez çalışmam süresince destek, sabır, hoşgörü ve anlayışı ile her zaman yanımda olan sevgili eşim Ertan AYHAN'a, son olarak hayatımın mutluluk kaynağı ve en değerli varlıklarım biricik oğlum ve biricik kızıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Fatma AYHAN

İÇİNDEKİLER

• ONAY SAYFASI	ii
• ÖZET	iii
• ABSTRACT	iv
• TEŞEKKÜR	v
• İÇİNDEKİLER	vi
• TABLOLAR	xi
• SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
2.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Hipertansiyon	4
2.1.1. Hipertansiyonun önemi	4
2.1.2. Hipertansiyonun sınıflandırılması	5
2.1.2.1. Kan basıncı düzeyine göre	5
2.1.2.2. Etyolojisine göre	6
2.1.2.2.1. Primer (esansiyel) hipertansiyon	6
2.1.2.2.2. Sekonder hipertansiyon	6
2.1.2.3. Organ hasarının derecesine göre sınıflandırma	7
2.1.3. Hipertansiyonda risk faktörleri	7
2.2. Yaşlılarda Hipertansiyon	8
2.2.1. Yaşlılarda kan basıncının değerlendirilmesi	9
2.2.1.1. Beyaz önlük hipertansiyonu	9
2.2.1.2. Psödohipertansiyon (yalancı hipertansiyon)	9
2.2.1.3. Ortostatik hipotansiyon	10
2.2.1.4. Noktürnal hipotansiyon ve postprandial hipotansiyon	10
2.2.1.5. J eğrisi fenomeni	10

2.2.2. Yaşlılarda hipertansiyonun tedavisi	11
2.3. Öfke Kavramı	13
2.3.1. Öfkenin tanımı	13
2.3.2. Öfke duygusunun nedenleri	14
2.3.3. Öfke ile ilişkili diğer duygular	15
2.3.4. Öfke duygusunun yol açtığı fizyolojik değişimler	16
2.3.5. Öfke duygusunun olumlu ve olumsuz işlevleri	17
2.3.6. Öfke türleri	18
2.3.6.1. Sürekli ya da yıkıcı öfke	18
2.3.6.2. Durumluluk ya da yapıcı öfke	19
2.3.7. Öfke ifade etme şekilleri	19
2.3.7.1. Öfkenin içe yönelmesi	19
2.3.7.2. Öfkenin dışa yönelmesi	20
2.3.7.3. Öfkenin kontrol edilmesi	20
2.3.8. Öfkeyle başa çıkma yolları	21
2.3.8.1. Öfkenin kabul edilmesi	21
2.3.8.2. Öfke kaynağının bulunması/öfkeli olma nedeninin anlaşılması	22
2.3.9. Öfke ve yaşlı	22
2.3.10. Öfke ve hipertansiyon ilişkisi	23
2.3.11. Öfke ve hemşirelik girişimleri	24
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Şekli	27
3.2. Araştırmanın Alt Problemleri	27
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	27
3.4. Araştırmanın Evreni	28
3.5. Araştırmanın Örneklemi	28
3.6. Araştırmanın Değişkenleri	29
3.6.1. Bağımlı değişkenler	29

3.6.2. Bağımsız değişkenler	29
3.7. Tanımlar	30
3.8. Verilerin Toplanması	30
3.8.1. Veri toplama formunun hazırlanması	30
3.8.1.1. Kişisel bilgi formu	30
3.8.1.2. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği	30
3.8.2. Veri toplama formunun ön uygulaması	32
3.8.3. Veri toplama formunun uygulanması	32
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	33
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	33
4. BULGULAR	34
4.1. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Bazı Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Bulgular	34
4.1.1. Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerinin gruplara göre karşılaştırılması	34
4.1.2. Yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme aktivitelerinin gruplara göre dağılımı	35
4.1.3. Yaşlıların egzersiz yapma aktivitelerinin gruplara göre karşılaştırılması	36
4.1.4. Yaşlıların uykuyla ilgili sorun yaşama durumlarının gruplara göre karşılaştırılması	37
4.2. Yaşlıların Sağlık/Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular	37
4.2.1. Yaşlıların sağlık/hastalık özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması	37
4.2.2. Hipertansiyonu olan yaşlıların hipertansiyona ilişkin bazı özelliklere göre dağılımı	38
4.3. Yaşlıların Öfke Yaşama ve Öfke Kontrolüne İlişkin Bulgular	39
4.3.1. Yaşlıların yaşadığı duyguya bağlı kan basıncında değişiklik olma durumunun gruplara göre karşılaştırılması	39
4.3.2. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların kendilerini tanımlama özelliklerine göre dağılımı	39

4.3.3. Yaşlıların öfkelenmediğini fark etme ve öfkelenmediğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumlarının gruplara göre karşılaştırılması	40
4.3.4. Yaşlıların öfkelenmediklerinde yaşadıkları fiziksel rahatsızlıkların gruplara göre dağılımı	40
4.3.5. Yaşlıların öfke nedenleri ve öfkelenmediklerinde kullandıkları başatma yöntemlerinin gruplara göre dağılımı	41
4.4. Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzına Etkisine İlişkin Bulgular	42
4.4.1. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	42
4.4.2. Hipertansiyonu olan yaşlıların cinsiyete göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	42
4.4.3. Hipertansiyonu olmayan yaşlıların cinsiyete göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	43
4.4.4. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların yaş gruplarına göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	43
4.4.5. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların medeni durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	44
4.4.6. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların eğitim durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	44
4.4.7. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların öfkelenmediğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	45
4.4.8. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların uzun süre yaşadığı yere göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
4.4.9. Hipertansiyonu olan yaşlıların, hipertansiyon süresi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanları arasındaki ilişki	47
5. TARTIŞMA	48
5.1. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Günlük Yaşam Aktiviteleri	48
5.2. Yaşlıların Sağlık/Hastalık Özellikleri	51
5.3. Yaşlıların Öfke Yaşama ve Öfke Kontrolüne İlişkin Özellikleri	53
5.4. Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı	56

6. SONUÇ ve ÖNERİLER	64
6.1. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Sonuçlar	64
6.2. Yaşlıların Sağlık/Hastalık Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	65
6.3. Öfke Yaşama ve Öfke Kontrolüne İlişkin Sonuçlar	65
6.4. Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzına Etkisine İlişkin Sonuçlar	66
7. KAYNAKLAR	70
8. EKLER	78
EK-I: Kişisel Bilgi Formu	
EK-II: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği	
EK-III: Bilgilendirilmiş Onam Formu	
EK-IV: Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi Koordinatörlüğü Uygulama İzni	
EK-V: Bolu Valiliği Uygulama İzni	
EK-VI: AİBÜ Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurul İzni	
EK-VII: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Kullanım İzni	
EK-VIII: AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Danışmanı Değişiklik Formu	
EK-VIX: Tez Danışman Değişikliği 'ne İlişkin AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı	
9. ÖZGEÇMİŞ	90

TABLÖLAR

Tablo

4.1.1. Yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin verilerinin gruplara göre karşılaştırılması.....	34
4.1.2. Yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme aktivitelerinin gruplara göre dağılımı.....	35
4.1.3. Yaşlıların egzersiz yapma aktivitelerinin gruplara göre karşılaştırılması....	36
4.1.4. Yaşlıların uykuyla ilgili sorun yaşama durumlarının gruplara göre karşılaştırılması.....	37
4.2.1. Yaşlıların sağlık/hastalık özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması.....	37
4.2.2. Hipertansiyonu olan yaşlıların hipertansiyona ilişkin bazı özelliklere göre dağılımı.....	38
4.3.1. Yaşlıların yaşadığı duyguya bağlı kan basıncında değişiklik olma durumunun gruplara göre karşılaştırılması.....	39
4.3.2. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların kendilerini tanımlama özelliklerine göre dağılımı.....	39
4.3.3. Yaşlıların öfkелendiğini fark etme ve öfkелendiğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumlarının gruplara göre karşılaştırılması.....	40
4.3.4. Yaşlıların öfkелendiklerinde yaşadıkları fiziksel rahatsızlıkların gruplara göre dağılımı.....	40
4.3.5. Yaşlıların öfke nedenleri ve öfkелendiklerinde kullandıkları başetme yöntemlerinin gruplara göre dağılımı.....	41
4.4.1. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	42
4.4.2. Hipertansiyonu olan yaşlıların cinsiyete göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	42
4.4.3. Hipertansiyonu olmayan yaşlıların cinsiyete göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	43
4.4.4. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların yaş gruplarına göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	43
4.4.5. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların medeni durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	44
4.4.6. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların eğitim durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	44

4.4.7. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların öfkelenğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	45
4.4.8. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların uzun süre yaşadığı yere göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	46
4.4.9. Hipertansiyonu olan yaşlıların, hipertansiyon süresi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanları arasındaki ilişki.....	47

SİMGELER VE KISALTMALAR

AİBÜ	Abant İzzet Baysal Üniversitesi
BOVYAM	Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi
CDC	Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi - Centers for Disease Control and Prevention
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HT	Hipertansiyon
JNC-7	Yüksek Kan Basıncının Önlenmesi, Değerlendirilmesi ve Tedavisinde Ulusal Komite 7. Raporu- The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı

Hipertansiyon tüm dünyada mortalite ve morbitide nedenleri arasında yer alan, toplum sağlığını en çok tehdit eden önemli sağlık sorunlarından biridir (1). Hipertansiyon, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bir numaralı ölüm nedeni olan kardiyovasküler hastalıkların en önemli nedenidir (1, 2, 3). Dünya Sağlık Örgütü Raporu (2012)'nda, her üç kişiden birinin kan basıncının yüksek olduğu ve bu durumun kalp hastalığı ve inmeden ölümlerin yaklaşık yarısının nedeni olduğu bildirilmektedir.

Hipertansiyon prevalansı yaşla birlikte belirgin olarak artmaktadır (2). Amerika'da Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) 2010 yılı verilerine göre 18 yaş ve üzeri 59.259 hipertansiyonlu vaka bulunduğu ve bunlardan 21.425 kişiyi 65 yaş ve üzerindeki grubun oluşturduğu bildirilmektedir (5). Ülkemizde de benzer olarak Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği tarafından gerçekleştirilen Türkiye Hipertansiyon Prevalans çalışmasında ise 18 yaş üzeri erişkin nüfusta hipertansiyon prevalansı %31.8 iken, 60 yaş üzeri nüfusta %72.2 olarak saptanmıştır (6).

Etkili önlemler alınmadığı sürece dünya nüfusu yaşlandıkça hipertansiyon prevalansının da artacağı öngörülmektedir. Özellikle yaşlı grupta hipertansiyon prevalansının daha yüksek olması, sağlık hizmetlerinin daha fazla ve uzun süreli kullanımına neden olacaktır (7, 8, 9). Bununla birlikte hipertansiyon işe devamsızlık, sakatlık ve üretim kapasitesinde azalma ile de ilişkilidir (10). Amerika'da Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi 2010 yılında sağlık bakım hizmetleri, ilaçlar ve kaybedilen iş günü maliyetinin 93.5 milyar dolar olduğunu ifade etmektedir. Hipertansiyonun tanılanması ve yönetimi için maliyetin 2006 yılında 63.5 milyar dolar olduğu, bunun 47.5 milyar dolarının doğrudan tıbbi giderler için kullanıldığı, 16 milyar dolarının ise üretim kaybına bağlı olarak ortaya çıkan maliyet olduğu rapor edilmektedir (10).

Kardiyovasküler, serebral ve renal vasküler hastalıklar için ciddi bir risk faktörü olan, yaşam süresini kısaltan, üretim kapasitesinde azalmaya yol açan hipertansiyon kişiden kişiye farklılık gösterebilmektedir (2, 7, 11, 12, 13). Literatürde yüksek kalorili beslenme, düşük aktivite düzeyinin hareketsiz yaşam, yüksek miktarda tuz ve alkol tüketimi, yaş, cinsiyet, genetik gibi faktörlerin yanı sıra kişilik özellikleri, kaygı, stres ve öfke gibi emosyonel faktörlerin de hipertansiyon için risk faktörü olabileceği bildirilmektedir (14, 15, 16, 17).

Öfke, yüksek tansiyon ile yakından ilişkilidir. İnsanın mutluluk, üzüntü, korku ve nefretten oluşan beş temel duygusundan biri olan öfke doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen son derece doğal ve insani bir duygudur (14). Öfke hafif bir tepkiden hiddete kadar farklı yoğunluklarda yaşanabilmektedir (14, 18, 19). Kişinin pasif ve uyumlu davranma gereksinimi ile öfkesini dışa vurma isteği arasındaki çatışmanın uzun süre yaşanması yüksek tansiyonun bir nedeni olarak belirtilmektedir (14, 20).

Yapılan çalışmalarda, öfkenin beta adrenerjik reseptör sayı ve duyarlılığında azalmaya ve dolayısıyla sempatik aktivasyona yol açtığı, sürekli öfke düzeyinin hipertansiyon, kalp hastalığı, atrial ve ventriküler aritmilerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (21, 22). Birçok çalışmada sağlıklı biçimde ifade edilmeyip bastırılan öfkenin kendiliğe yöneltildiği, bunun da kalp damar hastalıklarına, yüksek tansiyona ve mide rahatsızlıklarına yol açarak bireyin bedensel sağlığı için bir tehdit oluşturduğu belirtilmektedir (23, 24, 25).

Thomas ve ark. (26) psikolojik faktörlerin hipertansiyona etkisini belirlemek için 86 kişi ile yaptıkları çalışmada bireylerin düşmanlık ve öfke düzeyleri ile günlük tansiyon değişikliklerini değerlendirmişler ve çalışma sonucunda yüksek düzeyde düşmanlık ve öfke duygusuna sahip olanların tansiyonlarının yüksek seyrettiğini saptamışlardır.

Ulutürk (27) hipertansiyon tanısı konan ve antihipertansif kullanan bireylerde sürekli öfke ve öfkeyi içte tutma puanlarını, hipertansiyonu olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur. Schum ve ark. (22)'nin sürekli öfke ve kan basıncı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapmış olduğu araştırmada ise sistolik kan basıncı ile öfke arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.

Öfke duygusu insanın doğasında var olan, ortaya çıkışı ya da yaşanması engellenemeyecek doğal bir duygudur. Bireyler ancak öfkelerini tanıdıklarında, onun zararından kurtulabilir ve kendileri için yapıcı bir şekilde ifade edebilir. Öfkeyle başa çıkma, onun bastırılması ya da saklanması ile değil, öfkenin tanınması ve sağlıklı bir şekilde ifade edilmesi ile olur (28, 29).

Bireyin sağlığını koruma ve geliştirme programlarında öfke duygusu ile baş etmeye yönelik çalışmalar yer almaktadır. Birey öfke duygusunu uygun bir şekilde ifade edemediğinde, kardiyovasküler hastalıkların yanısıra kişilerarası ilişkilerinde bozulma, psikosomatik hastalıklar ve depresyon yaşanabilmektedir. Oysaki olumsuz şekilde ifade edilen öfke duygusunun ortaya çıkardığı sonuçlar verilen eğitimle ve danışmanlık hizmetleri ile kontrol edilebilmekte ve öfkenin uygun şekilde ifade edilmesi sağlanabilmektedir (24). Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlı bireylerin ne düzeyde öfke yaşadıkları ve öfke ifade biçimlerinin belirlenmesi, bireylerin bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması açısından oldukça önemlidir. Türkiye’de yapılan çalışmalarda, hipertansiyonu olanlarda öfke ve hipertansiyon ilişkisini irdeleyen çalışmalar olmasına karşın, yaşlı bireylerde öfke ve öfkenin ifade biçimine yönelik yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ayrıca hipertansiyon için risk oluşturabilecek davranışların ev ortamında değerlendirilmesinin gerekliliği göz önünde bulundurulduğunda; böyle bir çalışma yapılmasının önemi yadsınamaz. Bu bağlamda yapılacak olan çalışmada hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlı bireylerin sürekli öfke ve öfke ifadesi arasındaki ilişkinin anlaşılması hedeflenmektedir. Bu doğrultuda yapılacak araştırmalar sonucunda, hipertansiyonu olan yaşlı bireyler hemşireler tarafından ev ziyaretleri esnasında bütüncül olarak değerlendirilebilecek ve hipertansiyonlu yaşlı bireylerin bakım kalitesinin artması sağlanacaktır.

1.2. Araştırmanın amacı

Bu çalışma, hipertansiyonu olan yaşlı bireylerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının, hipertansiyonu olmayan yaşlı bireylerden farklı olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Hipertansiyon

Hipertansiyon, arter içi kan basıncının artmasıyla karakterize, edinsel ve genetik faktörlerin rol aldığı, metabolik bozuklukların birlikte görüldüğü bir sendromdur (30). Hipertansiyonun tanı kriterlerinde yaşa göre bir değişiklik bulunmamaktadır. Hipertansiyon kılavuzları erişkinlerde hipertansiyonu; tüm yaş grupları ve her iki cinsiyet için ilk değerlendirmeden sonra iki ya da daha fazla ziyarette, iki ya da daha fazla ölçümün ortalamasında sistolik kan basıncının 140 mmHg ya da daha yüksek, diyastolik kan basıncının ise 90 mmHg ya da daha yüksek olması şeklinde tanımlanmaktadır (31, 32).

2.1.1. Hipertansiyonun önemi

Hipertansiyon, sürekli yüksek arteriyel kan basıncı ile kendini gösteren sistemik bir rahatsızlık olması, ciddi komplikasyonlara yol açması ve toplumda sık görülmesi nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur (33). Bir hastalığın toplumsal önemi, o hastalığın sıklığı ile ilgilidir. Kuşkusuz, bir kişi için en önemli sağlık sorunu kendi hastalığıdır. Ama toplumsal açıdan bakıldığında bir hastalık ne kadar sık görülüyorsa, ne kadar çok ölüme, iş ve güç kaybına yol açıyorsa, o ölçüde önemli sağlık sorunudur (34).

Amerika'da Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi 2010 yılında sağlık bakım hizmetleri, ilaçlar ve kaybedilen iş günü maliyetinin 93.5 milyar dolar olacağını tahmin etmektedir. Hipertansiyonun tanınması ve yönetimi için maliyetin 2006 yılında 63.5 milyar dolar olduğu, bunun 47.5 milyar dolarının doğrudan tıbbi giderler için kullanıldığı, 16 milyar dolarının ise üretim kaybına bağlı olarak ortaya çıkan maliyet olduğu rapor edilmektedir. Ayrıca Amerikalı işverenler için hipertansiyonun işe devamsızlık, üretim kaybı ve sakatlık nedeniyle en pahalı 10 sağlık sorunundan biri olduğu ifade edilmektedir (10).

Hipertansiyon kardiyovasküler hastalıklar ve dünyada önlenebilir ölüm nedenleri içinde bir numaralı bir risk faktörüdür. Vasküler ölüm riskinin tüm yaş gruplarında sistolik kan basıncı için 115 mmHg, diyastolik kan basıncı için 75

mmHg değerinden itibaren artış gösterdiği; sistolik kan basıncının 20 mmHg, diastolik kan basıncının 10 mmHg'lık artışın kardiyovasküler ölüm riskini iki kat arttırdığı belirtilmektedir. Strok, periferik vasküler hastalık, miyokard enfarktüsü, kalp yetmezliği ve kronik böbrek yetmezliğinin en sık bilinen ve tedavi edilebilen nedeni hipertansiyondur (8, 31, 32). Dünyada 2000 yılı itibariyle erişkin nüfusun %26.4'ünün hipertansiyonu olduğu ve bu oranın 2025 yılında %29.2'ye çıkacağı öngörülmektedir. Farklı bir ifadeyle, 972 milyon insan hipertansiftir ve 25 yıl sonra yani 2025 yılında bu rakam 1.5 milyarı aşacaktır (6). Erişkin nüfusta hipertansiyon prevalansı %25-30 olmasına rağmen 65 yaş ve üstü bireylerde prevalans %75.1'e ulaşmaktadır. Geriatrik yaş grubunda hipertansiyon prevalansı erkeklerde %67.2, kadınlarda ise %81.7'dir. Bu da bize kadınlarda ki hipertansiyon sıklığı erkeklerden daha yüksek olduğunu göstermektedir. Birleşik Ulusal Komitenin 7. Raporu (33)'na göre 55 yaşında normotansif olan bireylerin yaşam boyu hipertansiyon gelişme riski %90'dır (8, 32, 33).

2.1.2. Hipertansiyonun sınıflandırılması

Hipertansiyon sınıflamasının amacı her hastanın durumuna uygun güvenilir ve kolay bir yöntem sunmaktır. Sınıflama ile hastalığın riski tanımlanarak ciddiyeti hakkında değerlendirme yapılabilir. Sınıflama 3 şekilde yapılır.

- Kan basıncı düzeyine göre
- Etyolojisine göre
- Hedef organ hasarına göre.

2.1.2.1. Kan basıncına göre

Hipertansiyonun nasıl sınıflandırılacağı, hangi değerlerinin üstünün sınır kabul edileceği, şiddetine göre nasıl değerlendirileceği uzun yıllar tartışılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Birleşik Komite 7. Raporu (JNC-7: 7th report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure)'na göre kan basıncı sınıflaması aşağıdaki tabloda verilmiştir (33).

JNC-7 Kan Basıncı Sınıflaması		
Kan Basıncı Sınıflaması	Sistolik Kan Basıncı (mmHg)	Diastolik Kan Basıncı (mmHg)
Normal	<120	<80
Prehipertansif	120-139 ve/veya	80-89
Evre 1 hipertansiyon	140-159 ve/veya	90-99
Evre 2 hipertansiyon	≥160 ve/veya	≥100
İzole Sistolik Hipertansiyon	≥140 ve	<90

Sevent Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, Hypertension, 2003; 12(6): 1206-1252.

2.1.2.2. Etiyolojisine göre hipertansiyonun sınıflaması

Hipertansiyonun %95’inde kan basıncının yükselmesinden sorumlu etyolojik faktörler halen bilinmemektedir. Bu tür vakalara primer hipertansiyon tanısı konulmaktadır. Spesifik bir neden belirlenen vakalar ise sekonder hipertansiyonlu olarak ifade edilmektedir. Sekonder hipertansiyon toplam hipertansiyon vakalarının %5-10’nunu oluşturmaktadır (1, 35, 36).

2.1.2.2.1. Primer (esansiyel) hipertansiyon

Primer hipertansiyon sıklıkla esansiyel hipertansiyon olarak adlandırılır, diğer hastalıklar olmaksızın kan basıncında kronik bir yükselme vardır. Hipertansiyon vakalarının %95’ini oluşturması nedeniyle görülme sıklığı yüksektir. Nedeni bilinmeyen hipertansiyon gelişiminde en önemli faktörler; genetik yatkınlık, endüstrileşme, şehirlerde yaşam, yüksek kalorili beslenme, obezite, aşırı tuz, alkol ve kahve tüketimi, fiziksel inaktivite ve psikososyal stres olduğu bilinmektedir (35, 37). Esansiyel hipertansiyon gelişimindeki değiştirilebilir risk faktörlerinin önlenabilir olması, toplumda yaygın olması, tekrar kontrolünü sağlamak uzun uğraş gerektirmesi nedeniyle halk sağlığı çalışmaları açısından önemlidir (35, 36).

2.1.2.2.2. Sekonder hipertansiyon

Nedeni bilinen renal parankimal hastalıklar ve hormonal bozukluk sonucu ortaya çıkmaktadır. Sekonder hipertansiyonda, böbrek hastalıkları gibi diğer bazı hastalıkların sonucu kan basıncında yükselme vardır. Hipertansiyon vakalarının %5 ila %10’u sekonder hipertansiyon (başka bir hastalık nedeniyle gelişen hipertansiyon) olarak sınıflandırılmaktadır. Sekonder hipertansiyon esansiyel

hipertansiyona benzemez, neden olan birçok durum, ameliyat ya da tıbbi tedavi ile düzeltilebilir hatta iyileştirilebilir. Sekonder hipertansiyon 30 yaşından önce ve 50 yaşından sonra görülmektedir. Genç kişilerde, renal arter stenoza ve aort koartasyonu en sık görülen nedenlerdir. Kokain ve kokain benzeri maddeler hipertansiyona neden olur. Yaşlılarda, sekonder hipertansiyon genellikle renal kan damarlarının atherosklerotik hastalığı ile ilişkilidir (35, 36, 38).

2.1.2.3. Organ hasarının derecesine göre sınıflandırma

Organ hasarının derecesi kan basıncı düzeyi ile ilişkili olmakla beraber bu ilişki her zaman geçerli değildir. Kan basıncı değeri ne olursa olsun organ hasarı bulgularının mevcut olması artmış kardiyovasküler riski işaret eder (35).

2.1.3. Hipertansiyon da risk faktörleri

Hipertansiyon üzerinde en fazla durulan psikosomatik hastalıklardan biridir. Hipertansiyon için risk faktörlerinde yüksek kalorili beslenme, aşırı oranda alkol ve tuz tüketimi, yaş, cinsiyet, genetik faktörlerin yanı sıra kaygı, stres, öfke gibi emasyonel faktörlerin hipertansiyon için risk faktörü olabileceği belirtilmektedir (14, 16, 17). Hipertansiyonun patogeneğinde psikososyal faktörlerin rol oynadığı araştırmalarla desteklenmektedir. Birçok araştırmacı hipertansiyona neden olabilen psikolojik faktörler üzerinde çalışmıştır. Fiziksel sağlık ve psikolojik durum arasında karmaşık bir ilişki vardır. Kardiyovasküler sistem otonom sinir sistemi tarafından düzenlendiğinden duygusal durumlar kan basıncı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (39). Her gün strese maruz kalmak hipertansiyona neden olmaktadır (40, 41). Saldırgan bireylerin, birbirleriyle iletişimi, birbirlerine egemen olmaları ve rekabete girmelerini gerektiren stres durumlarında kan basıncı artışı daha fazla olmaktadır. Hipertansiyon gelişme riskinin psikolojik stres düzeyi yüksek olan kişilerde sekiz kat daha fazla olduğu saptanmıştır (17, 40). Rutledge ve Hogan (39) yoğun psikolojik stres yaşayan kişilerle minimal stres yaşayanları karşılaştırdığı çalışmada yoğun psikolojik stresi olanlardan %8'inin hipertansiyon gelişme riski taşıdıklarını belirtmiştir.

Hipertansiyon, hem etiolojisinde duygusal nedenlerin rol oynaması hem de gidişatı sırasında psikiyatrik belirti ve bozuklukların ortaya çıkması nedeniyle ruh

sağlığı çalışanlarının yıllardır ilgi odağı olmuştur. Hipertansiyonun baskılanmış duygulara karşı bir uyum ve savunma mekanizması olduğu kabul edilmektedir (17). Yapılan çalışmalarda; agresif dürtüleri bastırma, aşırı kontrollü ve uyumlu olma ve iş ortamında bu yönde sürekli çaba gösterme gibi özelliklerin hipertansiyona yatkınlığı artırdığı belirtilmiştir (14).

2.2. Yaşlıda Hipertansiyon

Birleşik Ulusal Komite VII Raporu'na göre hipertansiyon 65 yaş üzerindeki bireylerin üçte ikisinden daha fazlasında görülmektedir. Bu yaş grubu aynı zamanda iyi kan basıncı kontrolünü sağlama oranı en düşük hasta grubunu oluşturmaktadır (33). Yaşlanmayla birlikte hipertansiyon görülme sıklığının artması nedeniyle yaş önemli bir risk faktörüdür. Yaşlı bireylerde yaşa bağlı çeşitli organlarda değişiklikler oluşmaktadır. Sistemik hemodinami ele alındığında, yaşlı bireylerde kalp atım hızı ve kalp debisi azalmakta ve sistemik vasküler direnç artmaktadır. Ayrıca yaşlı bireylerde, genç erişkinlerden farklı gelişen hipertansiyonun altında farklı hemodinamik mekanizmalar yatmaktadır. Elli yaşından önce hipertansiyon gelişen bireylerde sistolik ile diastolik hipertansiyon kombine şekilde görülürken, elli yaşından sonra hipertansiyon gelişen bireylerin çoğunda izole sistolik hipertansiyon görülmektedir. Genç erişkinlerde hipertansiyonun mekanizması genellikle arteriyoller seviyesinde vazokonstriksiyon iken, yaşlılarda büyük arterlerin esneme yeteneğinde azalmanın oluşmasıdır. Yaşla ilişkili hipertansiyona neden olan mekanizmalardan biri de büyük arterlerde kollajen birikimine bağlı damar kompliyansının kaybıdır. Yaşlı bireylerde oksidatif stresin neden olduğu endotelial disfonksiyonun artmış olduğu gösterilmiştir (18, 32). Kısaca toparlayacak olursak yaşlılardaki hipertansiyonun nedeni; yaşla birlikte damar duvarındaki yapısal değişikliklerdir. Bunlar; arterlerin media tabakasında düz kas hücre kaybı, kollajen miktarında artış, kalsiyum birikmesi ve elastik liflerdeki azalmadır (42).

Yaşlıda hipertansiyonun fizyopatolojisinde rol oynayan yaşla ilişkili fiziksel değişiklikler:

- 1- Hümorale faktörler
 - Plazma renin aktivitesinde azalma

- Plazma norepinefrin düzeyinde artış
- 2- Renal faktörler
 - Renal kütle ve renal kan akımında azalma
 - Glomerüler filtrasyon hızında azalma
 - Sodyum ve su eksikliğine karşı renin tepkisinde azalma
 - Mezengiyal hücrelerde hasar sonucunda glomerüler filtrasyon basıncında artış
- 3- Nöral faktörler
 - Baroreseptör reflekslerin kütleşmesi
 - Beta-adrenoreseptör sayısı ve afinitesinde azalma
 - NaCl duyarlılığında azalma
- 4- Hemodinamik faktörler
 - Büyük arterlerin kompliyansında azalma
 - Küçük arteriollerde duvar kalınlığı/lümen oranının artmasıyla periferik dirençte artma
 - Kalp indeksinde azalma ve sol ventrikül hipertrofisi yaşa bağlı kan basıncı değişikliğinde önemli rol oynamaktadır (8, 18).

2.2.1. Yaşlılarda kan basıncının değerlendirilmesi

2.2.1.1. Beyaz önlük hipertansiyonu

Tansiyon yüksekliğinin muayene sırasında görülmesi olarak tanımlanır. Beyaz önlük hipertansiyonu, hipertansiyonun ≥ 20 'sinden sorumludur, yaşlılarda gençlere göre daha belirgin ve yaygındır. Muayenehane ya da ofis dışında ölçümler alınmalı veya ambulator kan basıncı izlemi yapılmalıdır (8, 43).

2.2.1.2. Psödohipertansiyon (yalancı hipertansiyon)

Yaşlı bireylerde arterlerin sertliğinin artması nedeniyle, manşonun damarı yeterince bastıramaması sonucunda sistolik kan basıncının olduğundan daha yüksek olarak ölçülmesidir (2). İleri derecede kalsifiye ve sert brakial arterin tansiyon aleti manşonuyla sıkıştırılması ile intra-arterial basınçta aşırı derecede artış gerçekleşir ve bu durumda kan basıncında gerçek olmayan yükselmelere neden olur (8). Brakial

arterdeki kan akışını kesmek için intraarterial basınçtan daha fazla manşet basıncı gerekir. Bu durum tansiyonun gerçek arterial basınçtan 10-50 mmHg daha fazla okunmasına neden olur. Psödohipertansiyonu belirlemek amacıyla “Osler manevrası’na” bakılır. Osler manevrası; kan basıncı ölçümünde kullanılan manşonun brakial arteri sıkıdığı ve radyal arterden nabız alınamadığında radial ve brakial arterin sicim gibi sert yapısının palpe edilmesi olarak tanımlanır. Yüksek kan basıncına rağmen hedef organ hasarı olmayan hastalarda psödohipertansiyondan şüphelenilmelidir (2). Psödohipertansiyonlu bireylerde intraarteryal kan basıncı tansiyon aletinde okunandan daha düşüktür. Bu bireylerde kan basıncının doğru ölçümün tek yolu intraarterial kateter kullanılmasıdır (2, 8).

2.2.1.3. Ortostatik hipotansiyon

Ortostatik hipotansiyon, yaşlılarda sersemlik hissi, bayılma, düşme ve yaralanmalara neden olan ve yaşlıda sık rastlanan bir durumdur. Nedenleri; ciddi dehidratasyon tablosu, otonomik yetersizlik, baroreseptör duyarlılığında azalma, tuz kısıtlaması, diüretikler, periferik adrenerjik blokerler ve alfa blokerler gibi antihipertansif ilaçlar nedenleri arasındadır. Yaşlı hipertansif bireylerde, tansiyon ölçümü hem oturarak hem de ayağa kalktıktan 1 ile 5 dakika sonrasında yapılmalıdır. Sistolik kan basıncında 20 mmHg ya da diastolik kan basıncında 10 mmHg’lık düşme olması ortostatik hipotansiyon tanısını koydurmaktadır (8, 31, 32).

2.2.1.4. Noktürnal hipotansiyon ve postprandial hipotansiyon

Gece saatlerinde bireyin kan basıncının aşırı derecede düşmesi olarak tanımlanan noktürnal hipotansiyon serebrovasküler komplikasyonlara neden olabilir. Bazı bireylerde yemek sonrası kan akımının splanknik alanda göllenmesi de belirgin postprandial hipotansiyon bulguları oluşturabilir. Ambulatuvar kan basıncı monitorizasyonu ile hem nokturnal hemde postprandial hipotansiyon teşhis edilebilir (8, 31, 32).

2.2.1.5. J eğrisi fenomeni

Kan basıncının, özellikle diastolik basıncın aşırı derecede düşürülmesinin, koroner dolaşımdaki diastolik perfüzyon basıncını düşürerek koroner olay riskini

arttıracak ileri sürülmüştür. Kan basıncı düzeyini kritik bir noktanın altına düşürmenin kardiyovasküler komplikasyonları arttırmaya neden olmasının mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte önemli fizyopatolojik mekanizmalar ileri sürülmektedir (33, 44).

Kan basıncı yüksekliği olan hastaların yarıdan fazlasının sol ventrikül hipertrofisinin bulunduğu ve normal ventrikülle kıyaslandığında hipertrofik ventrikülün miyokardiyal oksijen tüketiminin arttığı bilinmektedir. Diyastolik kan basıncının aşırı düşürülmesi sonucunda koroner kan akımında aşırı bir düşüş olursa hipertrofik ventrikül normal ventriküle göre daha kolay iskemik hale gelecektir (33, 44).

Otoregülasyon, koroner arter hastalarında temel korunma mekanizmasıdır. Normalde epikardiyal koroner arterlerden biri daraldığında distaldeki küçük arterler otoregülasyon mekanizması ile genişler, bu distal dilatasyon, direnci azaltıp kan akımını arttırmada önemlidir. Antihipertansif tedavi ile koroner arter perfüzyon basıncı düşürüldüğünde otoregülasyon mekanizması bozulacak ve iskemi artacaktır (33, 44).

Kan basıncının aşırı düşürülmesi kan viskozitesi ve trombosit adhezyonu/agregasyonunda artmaya yol açar. Bu da myokard infarktüsü gelişimde önemli olan trombüs oluşumuna zemin hazırlar (33).

2.2.2. Yaşlılarda hipertansiyonun tedavisi

Geriatrik yaş grubu, hipertansiyonun ve kardiyovasküler komplikasyonların en sık görüldüğü yaş grubudur (32). Yaşlılarda kardiyovasküler riskler daha fazla olduğundan antihipertansif tedaviye alınan olumlu cevaplar gençlere göre daha belirgin olarak gözlenmektedir (8, 31, 32). Tedavinin amacı kan basıncını hedeflenen değerlere getirerek renal ve kardiyovasküler mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır. Hipertansiyon tedavisinde hedef; kronik böbrek hastalığı ve diyabetes mellitusu olanlarda kan basıncını 130/80 mmHg'nın, diğer bireylerdeki kan basıncını 140/90 mmHg'nın altına indirmektir. Elli yaşın üstündeki kişilerde sistolik kan basıncı hedeflerine ulaşmak önemlidir. Sistolik kan basıncı değerleri sağlandığında büyük oranda diastolik kan basıncı hedefleri de sağlanmaktadır (8, 31).

Hipertansiyonun tedavisine bireye yaşam tarzı değişiklikleri önerilip, benimsetilerek başlanmalıdır. Yaşam tarzı değişiklikleri; fiziksel aktivitenin artırılması, kilolu ise kilo verilmesi, tuz alımının, alkol ve kafein alımının kısıtlanması, doymuş yağ tüketiminin azaltılması, diyetle meyve, sebze tüketiminin artırılması, yeterli, kalsiyum, magnezyum ve potasyum alımının sağlanmasıdır (45, 46, 47).

Yaşlılarda hipertansiyon tedavisinde önemli bazı noktalar şunlardır;

1. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı fazladır. Oldukça sık kullanılan non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar kan basıncı kontrolünü güçleştirebilir ve ilacın etkinliğini azaltabilir.

2. Yaşla birlikte yağ oranında artma olurken, kas kütlelerinde ve total vücut suyunda azalma olur. Böbrek kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızı ile karaciğer kan akımı ve albümin sentezi azalır. Bu durum ilaç metabolizmasında önemli etkiler yapar. Tüm bu değişiklikler nedeniyle ilaçların serbest formlarının oranı artar ve farmakodinamik etkileri fazlalaşır.

3. Dokulardaki fizyolojik değişiklikler nedeniyle ilaca yanıt beklenenden farklı olabilir. Örneğin beta-1 reseptörlerin duyarlılığı azaldığı için beta-bloker ve beta-agonistlere yanıt da azalacaktır.

4. Baroreseptör refleksi azaldığı için ortostatik hipotansiyon riski daha yüksektir.

5. Yaşlılarda su ve tuz tutulumu azalır. Bu nedenle diüretiklere bağlı hiponatremi ve dehidratasyon görülür.

6. Yaşlılarda yaşlı birey ve sağlık ekibi ilişkisi oldukça önemlidir. Özellikle hasta ve hasta yakınlarının, bakıcıların bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır. İlaç reçete edilip tedavi takibi yapılırken bireyin genel sağlık durumu, sosyo-kültürel düzeyi, kognitif fonksiyonları ve kullandığı diğer ilaçları göz önünde bulundurulmalıdır (8, 31, 32).

Kan basıncı yüksekliğinde antihipertansif tedavi, 65 yaş üstü bireylerde gençlerden farklı olmaksızın yararlıdır. Tedavide, diüretikler, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri, kalsiyum kanal blokerleri ve beta blokerler kullanılır. 80 yaş üstü bireylerde tedavi bireyselleştirilmeli ve yakın takip yapılmalıdır (48).

2.3. Öfke Kavramı

2.3.1. Öfkenin tanımı

Öfke, bir engellenme ile karşılaşıldığında ya da bireysel bir tehdit algılandığında tehdidin özelliğine göre yaşanan güçsüzlüğün, çaresizliğin, yetersizliğin yarattığı bunaltıya karşı gelişen hoşnutsuzluktan, kızgınlık ve şiddete karşı değişebilen bir duygu olarak ifade edilmektedir (23, 49, 50). Öfke bireyin planları, istek ve ihtiyaçları engellendiğinde, adaletsizlik, haksızlık ve kendi benliğine yönelik bir tehdit algılandığında yaşanan temel duygulardan biridir. Aynı zamanda öfke, bireyin doğuştan getirdiği, yaşamın ilk yıllarında gelişen, günlük yaşamda çok sık oluşan, doyurulmamış isteklere ve karşılanmayan beklentilere karşı verilen doğal, evrensel, şiddet ve saldırganlık içermeyen, yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan duygusal bir tepkidir (14, 23, 24, 51, 52, 53). Yapılan tanımlara bakacak olursak, karşılanmamış gereksinimlerin işaretçisi olan öfke, ortaya çıkışı nasıl olursa olsun, diğer birçok duygu gibi kabul edilip anlaşılabilen, üzerinde durulup çözümlenmesi gereken bir duygudur. Öfke duygusu her insanda var olan ve günlük yaşamda değişik yoğunlukta yaşanan bir duygudur. Bu duygu etkili bir biçimde yönetilmediğinde zihinsel, fiziksel, duygusal, sosyal ve yasal sorunlara yol açmaktadır (54). Öfke yaratan duyguları, öfke yaratan davranışlardan ayırt ettiğimizde öfkemizi etkin bir şekilde kullanmış olup yarar sağlayacaktır (23). Lerner (50) öfkeyi, yakın ilişkileri olan eşler arasında yapılan dans olarak belirtmiş ve her bir eşin davranışının diğerinin davranışını kışkırtarak (tahrik ederek) sürdürdüğünü vurgulamıştır.

Öfkeye ilişkin ifadeler incelediğinde, aşağıdaki ortak noktaların vurgulandığı görülmektedir (23, 28).

- Öfke, son derece normal temel ve evrensel bir duygudur.
- Öfke uyarıcı bir işarettir, bireyin beklentilerinin gerçekleşmemesi, istek ve gereksinimlerinin engellenmesidir.
- Öfkede tehdit algısı söz konusudur ve bireyi tehditlere karşı uyararak kendini korumasını sağlar.
- Öfke bireyi yeni öğrenmeler için motive eder.

- Öfke duygusunda adaletsizlik ve haksızlık algılaması söz konusu olduğundan kontrol edilmediğinde bireyin kendisine ve çevresine zararlı olur.
- Öfke kontrol edilebildiği sürece sağlıklıdır.

2.3.2. Öfke duygusunun nedenleri

Öfke nedenlerine ilişkin psikologlar farklı yaklaşımlarda bulunmaktadır. Öfke yaşantısı ve ifadesini, mizaç, hormon ve psikolojik süreçler etkilemektedir. Yaşanan öfkenin nedeni her birey için farklı olduğundan kişilerin ne zaman öfkeleneceklerine ilişkin kesin bir şey söylemek mümkün değildir (50, 55, 56). Engellenme öfkeye neden olan faktörlerin başında gelmektedir. Hedefe yönelik davranışlarımızın engellenmesi öfke duygusuna yol açmaktadır “Hedefe yönelik” kavramı oldukça geniş kapsamlı kullanılmaktadır. Örneğin; hakarete uğrama, bitirmeyi amaçladığımız bir işi yarıda bırakmaya zorlanma gibi faktörler engellenme olarak kabul edilmektedir. Normalde tüm insanlar olumlu bir kendilik değerine sahip olmayı ister ve amaçlar. Kendilik değeri terimi bir bireyin kendi yetenek, yeterliliklerinin ve değerinin ne olduğu konusundaki düşüncelerinin tümüne işaret etmek için kullanılmaktadır. Hakarete uğrama geçici bir süre içinde olsa kendilik değerimizi zedelemekte ve olumlu bir kendilik değerine sahip olma amacımızı engellemektedir. Aynı nedenden dolayı fiziksel saldırıyı da bir engellenme olarak kabul etmek mümkündür (57).

Öfkenin bir diğer nedeni de kışkırtmadır. Kışkırtma karşı taraftaki bireyi tehdit eden ve onu bir davranışı yapmaya zorlayan uyarımlardır. Bunların dışında öfkeye neden olan diğer faktörlere bakacak olursak; mesleki yaşamdaki doyumsuzluk, duygusal, fiziksel ve ekonomik olarak zarar görme, kişisel haklara saygı gösterilmemesi, alaycı aşağılayıcı tavırlar, küçük düşürülme, önemsenmeme, kabul edilen sosyal normların ihlali, rahatsız edici ahlaksızlık içeren davranışlar öfkeye neden olan etkenler olarak sıralanabilir (58, 59).

Öfke duygusunun nedenleri aşağıdaki başlıklar şeklindedir.

I. Kayıplar: Bireyin işini kaybetmesi, onun için önemli olan ve sevdiği birinin ölümü, fiziksel yetide azalmaya bağlı kayıplar gibi durumlar kişinin üzüntü, acı ve

yas duygularının yaşanmasına neden olur. Kayıp karşısında bireyin yaşadığı birincil duygular sonucu olarak kişide genellikle öfke duygusu ortaya çıkar.

II. Tehditler ve Korkular: Bireyin uzun süre işsiz kalması, savaş, saldırıya uğrama ya da etkisinde kaldığı yasadışı olaylardan kaynaklanan güvensizlik, kaygı ve korku duygularının bir sonucu olarak öfke duygusu yaşanır. Bu da bize “saldırıya uğrama, tehdit edilme öfkeye neden olur” varsayımını açıklamaktadır.

III. Engellenme: Birey engellendiğinde yaşadığı çaresizlik ve yetersizlik sonucu öfke duygusu meydana gelir.

IV. Reddedilme: Birey başkaları tarafından reddedildiğinde yaşadığı değersizlik, incinme, çöküntü ve hayal kırıklığı sonucunda ortaya çıkar.

Yukarıda ifade ettiğimiz birincil duyguları bazı bireylerde kontrol altına almak zordur. Bu birincil duygular bireylerde kolaylıkla öfke duygusunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bazı bireylerde ise öfke tepkisine yol açmaz ya da öfkeye yol açsa bile bireyler bunu kolaylıkla denetim altına alabilirler (29, 60).

Öfke, kaygı ve çaresizlik duygularını yaşıtan engellenme her yaş döneminde farklı algılanmaktadır. Çocukluk döneminde isteklerin kısıtlanması, yasakların konulması, yerine getirilmesi gereken zorunluluklar engellenme duygusu yaratmakta ve bunun sonucunda çocukta öfke duygusu gelişmektedir. Yetişkinlik döneminde ise sorumluluklar, rekabet ortamı ve beraberinde gelen zorunluluklar engellenme duygusu oluşturmaktadır (58, 61).

2.3.3. Öfke duygusuyla ilişkili diğer duygular

Öfke kavramı, saldırganlık ve düşmanlık duygularıyla sıkça bir arada kullanılmasına ve birbirlerini çağrıştırmasına rağmen bu kavramlar eş anlamlı kavramlar değildir. Öfke, yoğunluğu hafif huzursuzluk ya da can sıkıntısından, kızgınlık ve şiddete kadar değişebilen duygulardan oluşan geçici bir durum şeklinde tanımlanır. Saldırganlık, öfkenin dışa yönelik ifade edilme şeklidir. Saldırganlık, birine ya da herhangi bir objeye karşı planlı ya da anlık olarak zarar verme duygusudur. Saldırganlık nedenleri arasında güdülerini içeren engellenme, hasar ve aşağılanma ile diğer bireylerde gözlenen saldırganlığın taklit edilmesi sayılabilir. Bir gereksinimi ya da sürmekte olan bir faaliyeti engelleyerek bireylerin sınırlandırılması

ya da yapmak istemediklerini yapmaları istenmesi saldırganlığa neden olur. Öfke saldırganlığın altında yatan dürtü ya da itici bir güçtür (29, 58, 61).

Düşmanlık ise kişinin diğerlerinden hoşlanmama duygularını içeren ve onları olumsuz olarak değerlendirmesine neden olan bir tutum olarak tanımlanır. Başka bir ifadeyle, bazı bireylere ya da olaylara karşı yapılan ve uzun süren negatif bir değerlendirmedir. Düşmanlık dışsallaştırılmış bir öfkenin sonucudur. Diğer bireylere doğrudan zarar vermek amacıyla yapılan saldırgan davranışları harekete geçirir (62). Sonuç olarak öfke ve düşmanlık duyguları tavırlarla ilgiliyken; saldırganlık kavramı ise başka kişi ya da objeye yönelik yıkıcı, cezalandırıcı davranışlarla ilgilidir. Saldırganlık bir davranış, öfke ise bir duygudur. Öfke birçok saldırganlık biçiminin arkasında yatan dürtü ya da güdü olarak görülmektedir. Saldırganlık, birine ya da başka insanlara anlık ya da planlı olarak zarar vermeye yönelik bir duygudur. Öfke, bazen saldırganlığa yol açar, fakat her zaman saldırgan davranışın bir başlatıcısı değildir. Saldırganlık, öfkenin dışa yönelik olarak ifade edilme şekillerinden birisidir (28, 29, 58, 61, 62, 63).

2.3.4. Öfke duygusunun yol açtığı fizyolojik değişimler

Vücutta itici uyarılarla birlikte belirli fizyolojik değişimler oluşmaktadır. Bu değişimler, vücudun içinde bulunduğu duygusal duruma uyum sağlamasına yardımcı olur. Kişi öfkелendiğinde hipotalamus ve ön hipofiz bezinden hormon salgınır. Bu hormonlar sempatik sinir sistemi ve otonom sinir sisteminin daha aktive hale gelmesine neden olur. Öfke anında adrenal medulladan salgınan epinefrin (adrenalin) ve norepinefrin (noradrenalin) sempatik sinir sistemini devreye sokar. Adrenalin hormonu vücudu herhangi bir tehlikeye cevap vermeye hazırlar. Adrenalin hormonu sempatik sinir sisteminin etkisindeki organları harekete geçirir. Kalbi uyarır, epigastrik damarlarda vazokonstriksiyon meydana gelir ve sindirim yavaşlar. Bu da insanların, öfkелendiğinde, korktuğunda, heyecanlandığında ve kaygılandığında neden bir şeyler yemek istemediğini açıklamaktadır. Bunun yanında otonom sinir sistemi ve endokrin sistem etkilenimi nedeniyle; kas geriliminin artması, kaşların çatılması, yüzün kızarması, kan basıncının yükselmesi, hızlı nefes alıp-verme, sıcak basması, terleme, uyuşma, titreme, ağızda kuruluk, beynin zonklaması ve baş ağrısı

olur. Bu tür fiziksel tepkilerin yanı sıra, ses tonunda değişiklik, bazı kelimelerin üstüne basa basa tekrar edilmesi, kesikli ve ağlamaklı konuşma görülmektedir (28, 29, 58).

Kişi öfkesini boşaltmak amacıyla bir eylemde bulunursa bu tür fizyolojik değişimler kaybolur ve kişi eski duygusal ve biyokimyasal durumuna geri döner. Bu esnada öfke duygusuna yol açan enerjiyi boşaltan eylemin istendik olması önemlidir. Bazen öfkemizi istendik bir şekilde ifade edemeyip içe atarak ya da bastırarak kontrol altına almaya çalışırız. Öfke duygusunu ifade etmedeki yetersizliğin kronik bir biçimde sempatik sinir sistemini harekete geçirdiği ve yüksek kan basıncına yol açtığı bilinmektedir. Öfkesini baskılayarak kontrol etmeye çalışan bireylerde koroner kalp hastalığına bağlı mortalite oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır (29, 58, 64).

2.3.5. Öfke duygusunun olumlu ve olumsuz işlevleri

Öfke yaşamımızda hem yapıcı hem yıkıcı fonksiyonları olan bir duygu olup, bu fonksiyonlar öfkenin ifade biçimlerine göre değişmektedir. Öfkenin ne zaman üretken olup, ne zaman olmadığını belirlemede, bireyin öfkesinin yararlı olup olmadığı, istediği amaca ulaşmasına yardımcı olup olmadığı ya da sadece bireyi yenilgiye uğratıp uğratmadığı belirlenerek, öğrenilenlerin sentezlenmesi ve öfke hakkında anlamlı, kişisel bir felsefe oluşturulması gerektiği belirtilmektedir. Öfkenin bireyin yaşamını kolaylaştıran başkalarıyla olan ilişkilerini düzenleyen aynı zaman da bireylerin içsel çatışmalarını çözmesine yardımcı olan işlevleri vardır (28, 58, 65, 66). Bu işlevler aşağıdaki gibi sıralanabilir;

1. Öfke enerji verir: Bireyin öfkesinin farkına varması ve öfke sonucu oluşan enerjiyi yapıcı olarak kullandığında bireyin kısa ve uzun dönemde ki hedeflerini gerçekleştirmesi için harekete geçmesini sağlar. Öfke bireyi ayakta tutan güçlü ve harika bir duygudur. İstendik olmayan durumdan kurtulmak için bireyin tepkide bulunmasını sağlayarak bireye üstünlük ve güçlülük duygularını yaşatarak olumlu benlik kavramı geliştirmesine yardımcı olur (27, 28, 58, 67).

2. Öfke bir işarettir: Öfke incindiğimiz bireyi uyarmak için bir işarettir. Lerner (50) öfke duygusunda incindiğimiz bireyi uyarma davranışını “öfke bir sinyaldir” ifadesiyle tanımlamaktadır. Lerner (50)'e göre, “öfkemiz incindiğimizin,

istek ve ihtiyaçlarımızın engellendiğinin, haklarımızın iğnendiğinin, bir Őeylerin doğru olmadığı konusunda verilen mesajdır”. Öfke bireyin haklılık algısını devam ettirmesine yardımcı olur ve yaptığıının doğru olduğunun iŐaretidir (27, 28, 58).

3. Öfke bir savunmadır: Öfke bireyin kendini savunmasına, benlik sınırları ve benlik saygısının korunmasına fırsat verir. Bu yüzden belirli engeller karşısında öfkelenmek, saygınlığın kazanılması ya da sürdürülmesi ve kiŐiliėin korunması yönünde geliŐtirici rol alır. Bu nedenledir ki birçok birey benliğine yönelik bir saldırı olduğunda incitilmektense öfkeli olmayı tercih eder (28, 58).

4. Öfke bir haklılık algısıdır: Bireyin haklı ve adaletli olduğu duygusunu sürdürmesine yardım eder. Bireyin fkesi haklılık algısını sürdürmesine yardım eder ve yaptığıının doğru olduğuna işarettir (28, 58).

5. Bireylere yönelik olumsuz duyguların açıklanmasını kolaylaştırır: Kişiler öfkelerini ifade etmekle yani bağırıp, kızarak olumsuz duygularını başkalarına yöneltir. Öfke bireyin rahatsız edici, olumsuz duygularını uygun Şekilde boŐaltmasına fırsat verir (28, 58).

Sürekli ve yoğun olarak yaşanmasına karşı sağlıklı ifade edilmeyen öfke bireyin enerjisini tktir ve davranışlarını kontrol etmesini engelleyerek pasif/agresif davranışlara, kendine ve çevreye yönelik saldırgan davranışlara, kişilerarası iliŐkilerde bozulmaya, iletişimi etkileyerek olumsuz değerlendirmelere, düşük benlik saygısına, sosyal geri çekilmeye, aile içi çatıŐmalara, sözel ve fiziksel saldırıya, çalışma hayatında iŐlevsellik ve üretkenliğin bozulmasına, fiziksel ve ruhsal sağlığın bozulmasına neden olabilir (27, 56, 57).

2.3.6. Öfke türleri

2.3.6.1. Sürekli ya da yıkıcı öfke

fkelenmeye eğilimli olma durumu olarak ifade edilir. Başka bir ifadeyle, çok sayıda durumu can sıkıcı ya da engelleyici olarak algılama ve buna bağlı olarak sık durumsal öfke yaŐamadır (16). Öfke kolayca ortaya çıkabildiği gibi öfke düzeyi yüksek olduğunda kontrol etmekte zordur. Öfke yıkıcı olarak kullanıldığında düşmanlık, saldırganlık, kin, nefret, korku gibi duygular yoğun olarak yaşanır. Bu durum sürekli yaŐandıėında beden ve ruh sağlığı olumsuz yönde etkilenir (56, 68).

2.3.6.2. Durumluluk ya da yapıcı öfke

Durumluluk öfke duygusunun haklı bir nedeni vardır ve ani bir biçimde ortaya çıkar. Yapıcı ya da durumluluk öfkede parasempatik sinir sistemi devreye girer ve beyne “sakin ol, rahatla, tehlike geçti” mesajını verir. Bu şekildeki öfke yapıcı olarak kullanıldığı zaman bedensel ve zihinsel güç yaratarak kişide esenlik duygusu oluşturur (53, 56).

2.3.7. Öfke ifade etme şekilleri

Öfke duygusu, bireylerin öfkelerini ifade etme şekillerine göre yorumlanmaktadır. Araştırmacıların vurguladığı gibi, öfkenin ifade edilişi öğrenmeye bağlı olduğundan, kişiden kişiye ve toplumdan topluma değişim göstermektedir. Bireyler, içinde bulunduğu toplumun ve sosyal sisteminde etkisiyle yaşadıkları öfke duygularını çeşitli sebeplerle içine atarak bastırabilir; başkalarına yöneltmek dışsallaştırabilir; sağlıklı ve kontrollü bir şekilde ifade edebilirler (27, 28, 58).

2.3.7.1. Öfkenin içe yönelmesi

Yaşanan ya da hissedilen öfke duygusunun bastırılarak içte tutulması ve tepkilerin belli edilmemesidir. Öfke duygusunun fonksiyonunu yerine getirmesine engel olan durum onun içe atılması ya da bireyin kendine yönelmesidir. Öfkeleri içe yönelik bireyler öfkeli olduklarını kabul etmekte zorlandığından, öfkelerini edilgen biçimde ortaya koyarlar. Öfke tepkilerini edilgen biçimde ortaya koyma; surat asma, küsme ve somurtma şeklindedir. Öfkeleri içe yönelik bireyler, öfke yaratan olayla karşılaştığı zaman saldırgan tepki göstermeyip, vereceği tepkileri uzun süre düşünürler. İçe yönelen öfke, ifade edilmek için güvenli bir yer arar. Böylece ifade edilmeyen öfke duygusu biriktirilmiş olur. Bu durum bireyde fizyolojik etkiler oluşturarak fiziksel sağlık problemlerine neden olabilir. İfade edilmeyip bastırılan duygular bireyde baş ağrısı, yüksek tansiyon ve mide ağrısı gibi somatik yakınmalara neden olmakta, ayrıca içe atılan öfke suçluluk ve depresyonu da beraberinde getirmekte ve birey bu durumla baş edemediğinde bireyin intiharıyla sonuçlanabilmektedir (27, 49, 51, 53, 56, 58).

2.3.7.2. Öfkenin dışa yönelmesi

Yaşanan ya da hissedilen öfke duygusunun dışarıya kişilere veya objelere yansıtılmasıdır. Öfkeleri dışa yönelik bireyler öfkelerini sözel olarak ifade eden kişilerdir. Öfkenin saldırgan davranışlarla dışa vurularak boşaltılması istendik olmamasına rağmen sık tercih edilen bir yoldur. Bu durumda ki bireyler öfkелendiği kişiye iğneli sözler söyleyerek, kapıları çarpıp yumruklayarak, kötü sözler söyleyerek, tartışıp, kavga etme gibi davranışlara başvururlar. Öfkenin bu şekilde dışa yönelmesi geçici rahatlama sağlamakla birlikte bireyin davranışlarının kontrolü güçleşir enerjisinin tükenmesine neden olur. Öfke duygularını kontrolsüzce dışarı yansıtmaya devam ederlerse bir süre sonra kişilerarası ilişkilerinde zor anlar ve çatışma yaşamaya başlayacaklar, toplum tarafından dışlanma tehlikesi ile karşı karşıya kalacaklardır. Öfke duygusunun uygun şekilde ifade edilmeyip kontrolsüz bir şekilde dışa yöneltilmesi ile kan basıncının olumsuz etkilendiği yapılan araştırmalarla ortaya konulmuştur (27, 49, 56, 58, 60).

Öfkenin dışa vurulması, bir amacın engellenmesi sonucunda gerçekleşir (69). Engellenme karşısında birey benliğini korumak ve savunmak için saldırgan tepkiler göstermekte ve gergin ortamdan uzaklaşmak için çözümler aramaktadır. Özellikle bu ifade, çocukların yarışma tarzında yaptıkları maçlarda, kovalamacalar da görülmektedir (27).

2.3.7.3. Öfkenin kontrol edilmesi

Yaşanan ya da hissedilen öfke duygusunu doğru bir şekilde ifade etme becerisi kazanmadır. Öfkenin kontrol edilmesi, öfkenin ifade edilmemesi anlamı taşımamaktadır. Öfke kontrolünde amaç; öfkenin ifade edilmesinin önlenmesi değil, nasıl uygun bir dille ifade edilebileceğinin bilinmesidir. Dünyanın içinde bulunduğu zorlayıcı yaşam koşulları, ekonomik koşullar, sosyal güvencenin ve güvenliğin yetersiz oluşu, bireyleri daha gergin, sıkıntılı, engellenmiş ve çaresiz hale getirmektedir. Bu noktada önemli olan konu, günlük yaşamdaki bu tür sorunlar karşısında bireyin hissettiği öfkenin şiddeti ve bu duygu üzerinde ne kadar kontrol sahibi olduğudur. Sağlıklı olan agresif olmadan öfkeyi ifade edebilmektir. Öfkenin kontrol edilmesi, bireyin başkalarıyla olan ilişkilerinde sabırlı, anlayışlı, soğukkanlı

ve hoşgörölü davranma ve çoğu zaman öfkelerini kontrol etme ve sakinleşme eğilimi içinde olmasıdır. Bunun için, isteklerimizin ne olduğunun farkına varmalı aynı zamanda bunları da karşımızdakini incitmeyecek ve açık bir şekilde aktarmalıyız. Öfkeden sağlıklı bir şekilde ve yapıcı olarak yararlanmak için öfkemizi kontrol etmeyi öğrenmek gerekir (27, 56, 58, 60, 70).

Öfke kontrolü ve ifade edilme biçimi; bireyin yaşadığı toplumun kültürel özelliklerinden, beklentilerinden, ailenin davranış şekillerinden bireyin cinsiyeti, eğitim durumu ve yaşından etkilenmektedir (37).

Öfkenin diğer bir ifade biçimlerinden biri ağlamaktır ve genellikle saldırganlıkla birlikte görülür. Bu tür anlatım bebekler ve çocuklar için doğaldır. Çocukluk döneminde öfke; vurma, ısırma, elindeki nesneyi atma gibi doğrudan yollarla dışa vurulurken, yaş ilerleyip çocuk sosyalleştikçe bu anlatım biçimi bazen denetim altına alınmakta, bazen de yön değiştirerek ortaya çıkmaktadır. Çocuklar zamanla çevrenin etkisiyle öfkelerini farklı şekilde ifade etme yolları öğrenirler (66, 71, 72). Yukarıda da ifade edildiği gibi öfke her zaman olumlu bir şekilde kontrol edilemez. Sigara alkol ve ilaç alarak, yemek yiyerek, uyuyarak ya da olayları örtbas ederek olumsuz şekilde de kontrol edilebilir. Bu şekilde kontrol edilmeye çalışılan öfke bireye ve çevresine zarar verebilir (73).

2.3.8. Öfkeyle başa çıkma yolları

2.3.8.1. Öfkenin kabul edilmesi

Öfkeyle başa çıkabilmenin ilk yolu öfkeli olduğumuzu kabul ederek bunu kendimize itiraf edebilmektir. İnsanlar yaşamın ilk yıllarında bildiği başka bir iletişim yolu olmadığından isteğine ağlayarak ya da öfkelenerek ulaşmaktadır. İlerleyen yıllarda insanlar olgunlaşarak etkili bir iletişim geliştirir. Öfkeli olduğumuzda öfke duygusunun kabullenilmesi ve bu duyguya ilişkin farkındalık geliştirilmesi gerekmektedir. Bireyler ancak kendilerini izleyerek, bireyin kendi öfkelerini ve öfkenin çeşitli bileşenlerini gözlemleyerek farkındalık geliştirirler. Bu sayede bireyler yaşadığı öfke ve diğer duyguları, fizyolojik ve bedensel değişiklikleri, çözümlenmiş ya da çözümlenmemiş çatışmaların sonuçlarını, verdiği bilişsel ve davranışsal yanıtları tanıyıp değerlendirmiş olurlar (56, 73).

2.3.8.2. Öfke kaynağının bulunması/öfkeli olma nedeninin anlaşılması

Gerçekte öfkeliendirenin ne olduğunu ve öfkenin nasıl ortaya çıktığını araştırmak için durum hızla değerlendirilmelidir. Birey, “beni öfkeliendiren asıl sorun ne?”, “neden bu kadar öfkeliyim?” sorularını kendisine sorarak; öfkesini başlatan kişi, olay, tutum, davranış ve duyarlı olduğu yanları tanımalıdır. Öfkelenmeye neden olan durumun gerçekten öfkelenme nedeni olup olmadığı, bu konudaki inanç ve beklentilerin konuyu yorumlamayı değiştirip değiştirmediği belirlenmelidir. Geçmiş yaşantılarda yaşanan kırgınlıklar, çözülmemiş çatışmalar, üzücü olaylar, kin ve düşmanlıklar öfke nedeni olabilir. Gelecekte yaşanan öfke olayı, geçmişte yaşanmış ve bastırılmış bir öfke olayına benzerlik gösteriyorsa, öfke tepkisi daha yoğun yaşanır ve öfke kaynağı da yer değiştirir. Öfke duygusu, kin, nefret, kıskançlık ve suçluluk gibi birincil duygulara ikincil bir duygu olarak ortaya çıkar. Öleceğini bilen hastanın tedaviyi reddetmesi ya da hemşire hanıma öfkelenmesi asıl öfke kaynağını farklılaştırır (56, 58, 66, 73).

Gerçekte bizi öfkeliendiren şeyin ne olduğunu anlamaya çalışmalıyız. Birey, ekonomik, duygusal ve bedensel olarak zarar görmüşse öfkelenir. Yalnız yaşayan ve grup tarafından dışlanana bireyler çabuk öfkelenirler. İnsanların çoğu bir şeyler başarıp takdir edilmedikleri zaman karşısındaki bireyin hoşlanmadığı davranışları yapmaya başlar. Bu da karşılıklı olarak öfkeyi arttırır. Bu durum onaylanma ihtiyacından kaynaklanır. Bu ihtiyacı anlaşıp giderilen birey, karşısındakini kızdıracak davranış sergilememektedir. Öfke sırasında birey ilgisini başka noktaya yöneltirse güçlü bir ruh hali oluşturur. Yazı yazmak, resim yapmak, müzik dinlemek, kitap okumak, düş almak ve ibadete yönelmek öfkenin ifadesine imkân tanıyan yararlı faaliyetlerdir (56, 73).

2.3.9. Öfke ve yaşlılık

Yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşlı bireylerde gelecek ile ilgili kaygılar, kendini güvende hissetmeme ve yaşın getirdiği sınırlamalar, engellenmeye ve öfke duygusuna neden olmaktadır. Başkaları tarafından kendisine saygısızca ya da haksız biçimde davranıldığını hissetme, aile ve evlilik ilişkilerindeki gerginlik gerek aile ya da arkadaşlar gerekse toplum tarafından reddedilme duygusu da engellenme ve öfke

duygusuna neden olur (58, 61, 66). Yaşla birlikte bireyin kendini geliştirmesi, deneyimlerinin artması öfkenin ifade etme şeklini ve sıklığını etkiler. Yapılan çalışmalar genç yaş grubunun öfke düzeyinin yüksek olduğunu, ilerleyen yaşla birlikte öfke düzeyinin azaldığını göstermektedir (71, 72).

Bireyin mükemmeliyetçi kişilik yapısında olması, çevresi tarafından kabul edilme ve onaylanma ihtiyacını yoğun olarak yaşaması, kişinin kendini aşırı kontrol etmesine ve en iyiyi yapma adına aşırı şekilde istekli olmasına neden olmakta bu da öfke duygusuna yol açmaktadır. Kişisel mükemmeliyetçilik, kişinin kendisini ispatlama, çevre tarafından onaylanma isteği ve başkalarının gözündeki kişilik değerinin düşmemesi gerektiği düşüncesi ve bu düşüncelere bağlı olarak bireyin kendisini aşırı kontrol etmesi ve “ben en iyisini yapmalıyım” gibi bir eğilim içinde olması sonucunda da öfke duygusunun yaşandığı belirlenmiştir (66).

2.3.10. Öfke ve hipertansiyon ilişkisi

Öfke ve öfke ifadesinin kan basıncı üzerindeki etkisini gösteren mekanizmalar henüz tam anlamıyla açıklığa kavuşturulamamıştır. Yapılan çalışmalarda sürekli ya da aralıklı öfkenin beta adrenerjik reseptör sayı ve duyarlılığın da azalmaya bununla birlikte sempatik aktivasyona yol açtığı stres mekanizması gibi kan basıncında yükselmeye neden olduğu belirtilmektedir. Stres sırasında sempatik aktivasyon meydana gelmekte ve bunun sonucu olarak damar direnci artmakta, vazokonstriksiyon ve diğer otonomik cevaplar ortaya çıkmaktadır. Vazokonstriksiyonun uzaması ve otonomik cevapların süreklilik kazanmasının bir sonucu da kan basıncının yükselmesidir (17, 37).

Açığa vurulmayan öfke duygusu bireyde yüksek kan basıncı ve kalp hastalıkları gibi fiziksel sağlık problemlerinin doğmasına neden olur. Öfkelerini açığa vurmayan bireylerin öncelikle öfkelerini tanımları ve sağlıklı bir biçimde ifade etmeleri önemlidir (53).

Sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade tarzının hipertansiyon gelişiminde rol oynayabileceğine ilişkin birçok çalışma yapılmıştır. Öfke ve düşmanlık ile günlük tansiyon değişikliklerini incelemek için Thomas ve ark. (26) çalışmaya alınan bireylerin 24 saat boyunca kan basınçlarını takip etmişler ve çalışma sonucunda

yüksek düzeyde öfke ve düşmanlık duygusuna sahip olan bireylerin tansiyonlarının hep yüksek seyrettiğini gözlemlemişler ve psikolojik faktörlerin hipertansiyon da ki rolünü ortaya koymuşlardır.

Scuteri ve ark. (74)'nın yaptığı araştırmada da sürekli olarak öfkeyi bastırmanın yüksek tansiyon gelişimine neden olabileceği belirtilmiştir. Bu araştırma sonuçlarına karşın Suls ve ark. (75)'nin yaptığı araştırmada, öfkeyle yüksek tansiyon arasında zayıf bir ilişki olduğu, Park ve ark. (76)'nın yaptığı çalışmada ise yüksek tansiyon ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir.

Öfkeyi içe yönelterek baskılama şekli ortaya çıkardığı sonuçlar nedeniyle olumlu bir ifade şekli olarak kabul edilmemektedir. Çünkü yapılan araştırmalar öfkesini bir alışkanlık olarak baskılayan insanlarda sistolik ve diyastolik kan basıncında artma ve koroner kalp hastalıklarında artış olduğunu göstermektedir. Baskılanan öfkenin bir şekilde ortaya çıkacağı görüşü dikkate alınır; migren, ülser, hipertansiyon gibi somatik yakınmalarla tepki vermesi de normaldir. Birey için öfkesini baskılayarak kontrol etmek o anda yapıcı olabilir, fakat asıl sorundan hala kaçınıldığı unutulmamalıdır. Sürekli olarak içe atılan, baskılanan öfke, kişinin ilerleyen yaşantısında ülser, hipertansiyon, migren gibi kronik hastalıklar şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Bu yüzden öfkenin baskılanması, ifade edilmemesi istenen, kabul edilen bir durum değildir, bedensel ve ruhsal sağlık açısından da son derece zararlıdır (17, 27, 58).

2.3.11. Öfke ve hemşirelik girişimleri

Hemşirelik çok boyutlu, oldukça karmaşık, anlaşılması zor olan insanı anlamak ve bilmek üzere kurulmuş bir disiplindir. Birey kendi gereksinimlerini karşılayamayacak duruma geldiğinde hemşire onun yerine bu sorumluluğu üstlenmektedir (77).

İnsanın fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkileyen öfke duygusunun kontrolünde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Hemşireler bireylerin öfke ifade eden davranışlarını ve nedenlerini tanımlayabilmeli, öfkenin olumlu yönlerinin farkında olmalı, bireylerin öfkesini ifade etmesini önlemek yerine birlikte nedenlerini

bulmaya çalışmalı, öfkenin güvenli ve atılgan bir şekilde ortaya konması sağlanmalıdır (49). Hemşireler insanlara sürekli ve doğrudan hizmet veren bir sağlık ekip üyesidir. Bu nedenle kişilerin davranışlarını kontrol edebilmeleri için bireylere öfke ve kontrolü ile ilgili eğitim verebilirler. Öfkeyle başa çıkmada gevşeme egzersizlerinin kullanılması önemli görülmektedir. Gevşeme egzersizlerinin hemşirelik girişimlerinde yer alması hastaların öfkelerini kontrol etmelerine yardımcı olarak bakım kalitesinin artmasında etkili olabilir (73, 78).

Öfke kontrolü için önerilen hemşirelik girişimleri;

- Bireyin öfkelenmesine neden olan durumları tanımlamasına yardım edilmesi,
- Uygun olan öfke ifade biçimi oluşturulana kadar bireyin kontrolsüz olan davranışlarına sınır konması,
- Geriliminin arttığı durumlarda, hemşire ya da ekibin diğer üyelerinden yardım alma konusunda bireyin cesaretlendirilmesi,
- Öfke kendine ya da diğerlerine fiziksel zarar verme şeklinde kendini gösterdiğinde gerekli olan önlemlerin alınması (tehlikeli araçların ortamdan uzaklaştırılması),
- Sinirlilik ya da öfkenin görüldüğü durumlarda uygun olan fiziksel davranışların uygulanmasının sağlanması (spor yapma, gazete okuma, çamur oynama, boş çuvalı tekmeleme),
- Kontrolün kaybedilmesinden önce bireyin davranışlarına yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin yapılacağı konusunda hastaya teminat verilmesi,
- Gerektiğinde bireye fiziksel ortamdan uzaklaştırma, izolasyon gibi kontrollerin kullanılması,
- Öfke oluşumundaki etmenlerin tanımlanması konusunda bireye yardımcı olunması,
- Uygun olmayan öfke şeklinin sonuçlarının tanımlanması,
- Şiddet içermeyen uygun olan öfke şeklinin gösterilmesinin yararlarının birey ile birlikte tanımlanması,
- Bireyin kontrol edilebilecek davranışlarının oluşturulması,

- Sakinleştirme yöntemlerinin oluşturulması (zaman kullanımı, derin soluk alma egzersizleri),

- Uygun öfke modellerinin oluşturulması,

- Uygun öfke ifade şeklinin pekiştirilmesinin sağlanması olarak ifade edilmektedir (78).

Hemşirelerin öfkeli, saldırgan davranışlar gösteren bireylere karşı nasıl yaklaşım sergileyeceklerini bilmeleri önemlidir. Öfkesi ile uygun şekilde baş edemeyen hemşire, yaşlıların öfke duygusunu ya da saldırgan davranışlarını etkisiz hale getirmek bir yana daha da şiddetlenmesine neden olabilir (78).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlılarda öfke ve öfke ifade tarzlarının karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı ve karşılaştırmalı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Alt Problemleri

1. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların sağlık/ hastalık özellikleri arasında fark var mıdır?
2. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlılarda öfkelenildiğini fark etme ve öfkeye bağlı fiziksel rahatsızlık yaşama durumları arasında fark var mıdır?
3. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların bazı sosyo-demografik özelliklerine göre (yaş, eğitim, medeni durum, uzun süre yaşadığı yer vb.) sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
4. Hipertansiyonu olan yaşlıların hipertansiyon tanısı alma süresi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Bolu ilinde Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi' ne (BOVYAM) kayıtlı yaşlılar ile Haziran-Eylül 2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Bolu İli'nin yüzölçümü 80301 olup, TÜİK tarafından Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine göre toplam nüfusu 284.501 kişidir. Toplam nüfus içinde 65 yaş ve üstü nüfus ise 34.604 kişidir (79).

Dünya nüfusu gibi Türkiye nüfusu da giderek yaşlanmaktadır. Türkiye nüfusunun yaşlanması, yaşlıya yönelik hizmetlerin planlanması ve örgütlenmesini gerektirmektedir. Bir bölgedeki insanların yaşlarının ortalaması anlamına gelen "ortanca yaşın" TÜİK 2013 yılı verilerine göre Bolu'da ülke ortalamasının üzerinde olduğu belirlenmiştir. Türkiye için ortanca yaş 30.4 iken Bolu'da 34.8'dir. Bu ön görüden hareketle BOVYAM 7 Ocak 2008 tarihinde pilot bölge olarak Karaçayır Aile Sağlığı Merkezi birinci katında hizmete başlamıştır. Bolu Halk Sağlığı Kurumu Müdürlüğüne bağlı olarak hizmet veren merkezin amacı; kendi ortamlarında

yaşayan, sağlık ve sosyal yardım ihtiyacı olan yaşlıları saptamak, bakım ve korunmaları ile ilgili hizmetleri düzenlemek, koordinasyonu sağlamak, izlemek ve denetlemektir. BOVYAM haftanın beş günü gündüz mesai saatleri içinde hizmet vermektedir. Merkezde görev yapan üç hemşire ve bir hizmetli bulunmaktadır. Bunun dışında merkeze farklı birimlerden yapılan görevlendirmelerle (resim öğretmeni, beden eğitimi öğretmeni, psikolog, diyetisyen, akademisyen, vb) yaşlılara farklı hizmetler sunulmaktadır.

Merkezde görevli üç hemşire, yaşlıları yılda en az dört kez ziyaret etmekte, bireylerin bakım ve tedavi açısından problemlerini saptamakta, problemin çözümü için gerekli kurum ya da kişilere yönlendirmektedir. Yaşlılar için evde bakım hizmetlerinin yanı sıra, sosyal ve ruhsal sağlıklarını geliştirecek uygulamalar da yapılmaktadır. Mesai saatleri içerisinde; resim, ahşap ve yağlı boya, bilgisayar kullanma, okuma-yazma kursu, fiziksel egzersiz ve yürüyüş programları düzenlenmekte, yaşlıların fiziksel egzersiz ve yürüyüş programı öncesi ve sonrasında kurumda tansiyon ve kan şekeri ölçümleri yapılmaktadır. Özel günlerde, gönüllü yaşlılar tarafından oluşturulmuş halk oyunları ekibi ile gösteriler yapılmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini BOVYAM'a kayıtlı 320 yaşlı oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemi BOVYAM'a kayıtlı çalışma grubu seçim kriterlerine uyan 146 yaşlı oluşturmuştur.

Çalışma grubu seçim kriterleri;

*65 yaş ve üstü olmak,

*Anket sorularına doğru cevap vermeyi engelleyecek psikoz, demans, algılama ve iletişim sorunları olmamak,

* Yaşlı merkezinde yapılan sosyal aktivitelere (resim, ahşap/yağlı boyama ve fiziksel aktivite) katılmıyor olmak,

* Araştırmaya katılmaya istekli olmak.

Araştırma da hipertansiyonu olan ve olmayan grupları oluşturan vaka sayısını belirlemek için güç analizinden (power calculation) faydalanılmıştır. SS: ± 2 , $\alpha = \%5$

için, %85 güçte ($1-\beta$) beklenen örneklem büyüklüğü her bir grup için 73 kişi olarak hesaplanmıştır.

Örnekleme dâhil edilecek olan yaşlıların belirlenmesi için, yaşlı merkezindeki kayıtlar incelenmiş ve en az son altı aydır hipertansiyonu olan (224) ve hipertansiyonu olmayan (96) tüm bireyler numaralandırılmış, olasılıklı örnekleme yöntemlerinden basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak her bir gruba alınacak yaşlılar belirlenmiştir. Yaşlıların tümüne ev ziyaretleri yoluyla ulaşılmıştır.

Hipertansiyonu olan grupta il dışında olma (n:2), vefat etmiş olma (n:1), üç farklı zamanda gidildiği halde evde bulunmama (n:3) gibi nedenlerle 6 yaşlıya ulaşılamamıştır. Bu nedenle hipertansiyonu olan grup için yeniden örneklem seçimine gidilmiştir. Hipertansiyonu olan 65 yaş üzeri 6 birey evrendeki yaşlı bireylerden basit rastgele örnekleme yöntemi yardımıyla yeniden belirlenmiştir.

Benzer olarak hipertansiyonu olmayan grupta il dışında olma (n:3), kayıtlarda olmayıp son 3 ay içinde HT tanısı alma (n:7), vefat etme (n:3), üç farklı zamanda gidildiği halde evde bulunmama (n:2), gibi nedenlerle 15 yaşlıya ulaşılamamıştır. BOVYAM hipertansiyonu olmayan bireyler örnekleme tamamlamaya yetmediği için BOVYAM'ın üst katında hizmet veren Karaçayır Aile Sağlığı merkezinden yeniden örneklem seçimine gidilmiştir. İlgili merkezde görev yapan üç hekimin kayıtlarından hipertansiyonu olmayan 65 yaş üzeri 15 birey basit rastgele örnekleme yöntemi yardımıyla belirlenmiştir. Yapılan ev ziyaretleri ile bu bireylere ulaşılarak örneklem tamamlanmıştır.

3.6. Araştırmanın Değişkenleri

3.6.1. Bağımlı değişkenler: Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinden aldıkları puanlar araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.6.2. Bağımsız değişkenler: Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni ve eğitim durumu, birlikte yaşanılan kişiler, gelir durumu, uzun süre yaşanılan yer vb.), sağlık/hastalık özellikleri (hipertansiyon süresi, hipertansiyon dışında kronik bir hastalığın varlığı, son bir aydır algılanan fiziksel ve ruhsal sağlık) çalışmadaki bağımsız değişkenlerdir.

3.7. Tanımlar

Yaşlı: Dünya Sağlık Örgütüne göre 65 yaş üzerindeki kişiler yaşı olarak kabul edilmektedir.

Hipertansiyon: Arteriyal kan basıncının normal kabul edilen sınırların üstüne (sistolik ≥ 140 mm Hg, diastolik ≥ 90 mm Hg) çıkmasıdır.

Öfke: Sinirlilik veya kızgınlık halinden, yoğun hiddet durumuna kadar değişen dereceli duygusal bir durumdur.

3.8. Verilerin Toplanması

3.8.1. Veri toplama formunun hazırlanması

Veri toplamak için araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ile “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği” kullanılmıştır.

3.8.1.1. Kişisel bilgi formu

Üç bölüm ve toplam 27 sorudan oluşmuştur. **Birinci bölümde:** Yaşlıların sosyo-demografik özellikleri ve bazı günlük yaşam aktiviteleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, kimlerle yaşadığı, gelir durumu ve uzun süre yaşadığı yer, boş zamanlarını değerlendirme, egzersiz, uyku); **ikinci bölümde:** sağlık/hastalık özellikleri (algılanan fiziksel ve ruhsal sağlık, son bir aydır sağlık kuruluşuna başvurma, hipertansiyon dışında kronik hastalık, hipertansiyon süresi, hipertansiyon ilacı kullanma süresi, hipertansiyonun yaşama etkisi); **üçüncü bölümde:** öfke yaşama ve öfke kontrolüne (yaşadığı duyguya bağlı kan basıncında değişiklik olma, kendilerini nasıl tanımladıkları, öfkелendiğini fark etme durumu, öfkелendiğinde fiziksel rahatsızlık yaşıyıp/yaşamadığı, yaşanan fiziksel rahatsızlıkların neler olduğu, öfke nedenleri, öfke karşısında kullanılan başetme davranışları) ilişkin sorular yer almıştır.

3.8.1.2. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği

Araştırmada kullanılan Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, Charles D. Spielberger ve arkadaşları tarafından 1980 yılı başlarında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışması Özer tarafından 1994 yılında yapılmıştır (20).

Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği; SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZI olmak üzere iki ana ölçekten oluşmaktadır.

1. Sürekli Öfke (SL- ÖFKE) Ölçeği,
2. Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) Ölçeği

1. Sürekli Öfke (SL- ÖFKE) Ölçeği: Ölçekte kişinin kendisini genelde nasıl hissettiğini belirtmesi istenmektedir. Sürekli Öfke Alt Ölçeği 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 4'lü likert tiptedir. Ölçekte bulunan dörtlü dereceleme her maddenin karşısında yer alan “Hemen hiçbir zaman”(1) “Bazen”(2) “Çoğu zaman”(3) ve “Hemen her zaman”(4) şeklindedir. Bu bölümden alınacak en düşük puan 10 en yüksek puan ise 40'tır. Puan yüksekliği sürekli öfke düzeyinin yüksek olduğunu, düşüklüğü ise sürekli öfke düzeyinin düşük olduğunu göstermektedir (20). Ölçek çeşitli örneklem gruplarına uygulanmış ve iç tutarlık katsayıları ile ilgili yapılan araştırmalarda Sürekli Öfke Ölçeğinin α değeri .67 ile .92 arasında bulunmuştur (20). Çalışmamızda sürekli öfke ölçeğinin α değeri .74 olarak belirlenmiştir.

2. Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) Ölçeği: Ölçekte bireyin ifade edilen davranışı genelde ne sıklıkta gösterdiğini belirtmesi istenmektedir. Öfke İfade Tarzı Ölçeği üç alt ölçekten ve toplam 24 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerden 8 tanesi öfkeyi dışa vurma, 8 tanesi öfkeyi içte tutma ve 8 tanesi de öfke kontrolü ile ilgilidir (20).

2.1. Öfkeyi Dışa Vurma Alt Ölçeği: Kişinin öfkesini dışa vurma durumunu göstermektedir. Ölçekteki; 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 33. maddelerden oluşmaktadır. Öfkeyi dışa vurma ölçeğinin alfa değeri .69- .91 arasında bulunmuştur (20). Öfke dışa vurma alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu göstermektedir (70).

2.2. Öfkeyi İçte Tutma Alt Ölçeği: Kişinin öfkesini bastırarak içte tutma durumunu belirtir. Öfkeyi içte tutma alt ölçeği; 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27, 31. maddelerden oluşmaktadır ve ölçeğin alfa değeri .58- .76 arasında bulunmuştur (20). Öfke İçte Tutma Ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir (70).

2.3. Öfkeyi- Kontrol Etme Alt Ölçeği: Bireyin ilişkilerinde genelde ne ölçüde öfkesini kontrol edebildiğini, ne ölçüde sabırlı, hoşgörülü ve anlayışlı davrandığını ölçmektedir. Öfke kontrolü alt ölçeği; 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30, 34. maddeleri kapsamaktadır. Öfkeyi kontrol etme ölçeğinin alfa değeri .80- .90 arasında bulunmuştur (20). Öfke kontrol ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini göstermektedir (70).

SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ ölçeklerindeki her madde düzdür. Maddeler öfkenin yokluğundan değil, varlığından hareketle ölçüm yapmaktadırlar (20).

Yapılan çalışmada öfkeyi dışa vurma alt ölçeği α değeri .63, öfkeyi içte tutma alt ölçeği α değeri .57, öfkeyi- kontrol etme alt ölçeği α değeri .81 bulunmuştur.

3.8.2. Veri toplama formunun ön uygulaması

Literatür taraması sonucunda hazırlanan Kişisel Bilgi Formu ve “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği” evrenden basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 15 yaşlı ile görüşülerek ön uygulaması yapılmış, ön uygulamaya alınan yaşlılar örnekleme dâhil edilmemiş, yaşlılar tarafından anlaşılmayan sorular yeniden düzeltilerek veri toplama aşamasına geçilmiştir.

3.8.3. Veri toplama formunun uygulanması

Araştırmacı BOVYAM'a kayıtlı yaşlı bireylerin evlerine giderek, kendini tanıtmış, bilgilendirilmiş onam formu doğrultusunda yapılan araştırma hakkında bilgi vermiş, yüz yüze görüşme yöntemiyle gerekli verileri, Haziran-Eylül 2013 tarihleri arasında toplamıştır.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler kodlanarak bilgisayara aktarılmış bir istatistik paket program kullanılarak değerlendirilmesi yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, dağılımların karşılaştırılmasında “ki-kare testi”, sayısal verilerde ortalama ve standart sapma, iki grubun ortalamalarının karşılaştırılmasında “t testi” ve ikiden fazla grubun ortalamalarını karşılaştırmada ise “tek yönlü varyans analizi” tek yönlü varyans analizinin non-parametrik karşılığı

olan “Kruskal-Wallis H” testleri kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizinde anlamlı çıkan gruptaki farklılığın belirlenmesi için “Post Hoc Scheffe” testi kullanılmıştır. İki sayısal değişken arasındaki ilişki ise Pearson’s korelasyon testi ile incelenmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, BOVYAM’a kayıtlı 65 yaş ve üstü en az altı aydır hipertansiyonu olan 73 ve hipertansiyonu olmayan 73 yaşlı ile sınırlıdır. Bu nedenle sonuçlar genellenemez. Araştırmanın haftanın 3 günü ev ziyareti yapılarak yürütülmesi, ev ziyaretinin yapıldığı gün ve saatte yaşlıların evlerinde bulunmaması, o nedenle farklı günlerde aynı evlere tekrarlı ziyaret yapmak zorunda kalınması, eğitim düzeyi farklılıkları ve görme sorunları nedeniyle soru formunun yaşlılara okunarak doldurulması, ziyaretin yapıldığı tarihte terminal dönemde bir yaşlının olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur.

3.11. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uyulmasına özen gösterilmiş, araştırmaya başlamadan önce, araştırmanın evren ve örneklemi BOVYAM’a kayıtlı 65 yaş ve üzerindeki yaşlılar oluşturması nedeniyle Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi Koordinatörlüğü (EK-IV) ve Bolu Valiliği’nden yazılı izin alınmıştır (EK-V). Ayrıca Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (EK-VI). Araştırmaya dâhil edilme kriterlerine uyan yaşlılar araştırmaya alınırken gönüllülük ilkesine uyulmuş, veriler araştırmacı tarafından yaşlı bireylerle yüz yüze görüşme yapılarak elde edilmiştir. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alınmış, kimlik bilgilerinin açıklanmayacağı garantisi verilmiş ve araştırmada doldurulan formlar araştırmacının dolabında dosyalanmış ve araştırma bitiminden sonra yok edilmesi planlanmıştır.

4. BULGULAR

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlılarda öfke ve öfke ifade tarzlarının karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilen çalışmada bulgular dört bölümde ele alınmıştır.

- Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların sosyo-demografik özelliklerine ve bazı günlük yaşam aktivitelerine ilişkin bulgular,
- Sağlık/hastalık özelliklerine ilişkin bulgular,
- Öfke yaşama ve öfke kontrolüne ilişkin bulgular,
- Bazı tanımlayıcı özelliklerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzına etkisine ilişkin bulgular.

4.1. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Bazı Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1. Yaşlıların sosyo-demografik özelliklere ilişkin verilerinin gruplara göre karşılaştırılması (n:146)

Demografik Özellikler	GRUPLAR						X ²	p*
	HT Olan		HT Olmayan		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Yaş								
65-74	50	68.5	47	64.4	97	66.4	0.331	0.848
75-84	20	27.4	22	30.1	42	28.8		
85 ve üzeri	3	4.1	4	5.5	7	4.8		
Cinsiyet								
Kadın	45	61.6	33	45.2	78	53.4	3.964	0.046
Erkek	28	38.4	40	54.8	68	46.6		
Medeni Durum								
Evli	48	65.8	56	76.7	104	71.2	2.139	0.144
Bekar/Dul	25	34.2	17	23.3	42	28.8		
Eğitim Durumu								
Okur-yazar değil	10	13.7	10	13.7	20	13.7	0.260	0.992
Okur-yazar	8	11.0	7	9.6	15	10.3		
İlkokul	44	60.3	45	61.6	89	61.0		
Ortaokul	6	8.2	5	6.8	11	7.5		
Lise ve üzeri	5	6.8	6	8.2	11	7.5		
Uzun Süre Yaşadığı Yer								
İl	46	63.0	49	67.1	95	65.1	4.595	0.101
İlçe/kasaba	18	24.7	9	12.3	27	18.5		
Köy	9	12.3	15	20.5	24	16.4		
Evde Kimlerle Yaşadığı								
Yalnız	8	11.0	7	9.6	15	10.3	0.083	0.959
Eşiyle	30	41.1	31	42.5	61	41.8		
Geniş Aile	35	47.9	35	47.9	70	47.9		

Tablo 4.1.1. (Devam) Yaşlıların sosyo-demografik özelliklere ilişkin verilerinin gruplara göre karşılaştırılması (n:146)

Gelir Düzeyi	HT Olan n	%	HT Olmayan n	%	Toplam n	%	X ²	p*
Gelir-giderden ↓	11	15.1	3	4.1	14	9.6	5.081	0.079
Gelir-giderden ↑	4	5.5	5	6.8	9	6.2		
Gelir-gidere denk	58	79.5	65	89.0	123	84.2		
Toplam	73	100.0	73	100.0	146	100.0		

***Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.**

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1.1’de incelenmiştir. Hipertansiyonu olan (%68.5) ve olmayan (%64.4) yaşlıların çoğunluğunun 65-74 yaş grubunu oluşturduğu, hipertansiyonu olanların %65.8’inin olmayanların ise %76.7’sinin evli oldukları, her iki grupta da benzer olarak ilköğretim mezunlarının çoğunlukta olduğu (hipertansiyonu olan %60.3, olmayan %61.6), en uzun süre ilde yaşadıkları (sırasıyla %63.0, %67.1), her iki grubunda benzer oranlarda (%47.9) eş, çocuk ve torunları ile bir arada yaşamlarını devam ettirdikleri, hipertansiyonu olanların %79.5’inin, olmayanların %89.0’unun gelirlerini gidere denk olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların sosyo-demografik özelliklerinin (yaş, medeni durum, eğitim durumu, uzun süre yaşanılan yer, evde kimlerle yaşandığı, gelir düzeyi) birbirine benzer olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1, $p > 0.05$).

Yaşlıların cinsiyet durumu değerlendirildiğinde ise hipertansiyonu olan grupta kadınların oranı %61.6 iken, karşılaştırma grubunda bu oranın %45.2 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1, $p<0.05$).

Tablo 4.1.2. Yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme aktivitelerinin gruplara göre dağılımı

Boş Zaman Aktivitesi	Hipertansiyonu Olan		Hipertansiyonu Olmayan	
	n	%	n	%
Televizyon izleme	67	91.8	60	82.2
El işi yapma	25	34.2	19	26.0
Kuran okuma	7	9.6	13	17.8
Gazete okuma	7	9.6	9	12.3
Alışveriş yapma	7	9.6	6	8.2
Kitap okuma	5	6.8	6	8.2
Kahveye gitme	4	5.5	2	2.8
Bahçeyle meşgul olma	1	1.4	7	9.6
Spor yapma	-	-	4	5.5
Müzik dinleme	-	-	3	4.1
Bulmaca çözme	-	-	1	1.4
Toplam	123*	100.0	120*	100.0

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların boş zamanlarını değerlendirme aktivitelerinin neler olduğu Tablo 4.1.2’de gösterilmiştir. Her iki grupta da hipertansiyonu olan grupta daha fazla olmak üzere, en fazla yapılan boş zaman aktivitesi televizyon izlemedir (HT olan: %91.8 hipertansiyonu olmayan grubunda ise %82.2). Hipertansiyonu olan ve olmayan grupta yapılan diğer aktiviteler sırasıyla; el işi yapma (HT olan: %34.2, HT olmayan: %26.0), kuran okuma (hipertansiyonu olan:%9.6, HT olmayan:%17.8), gazete okuma (HT olan: %9.6, HT olmayan: %12.3) alış-veriş yapma (HT olan: %9.6, olmayan: %8.2) kitap okuma (HT olan: %6.8, HT olmayan: %8.2) kahveye gitme (HT olan: %5.5, HT olmayan: %2.8) olarak bulunmuştur. Boş zaman aktivitesi olarak hipertansiyon olan grupta en az yapılan aktivite %1.4 ile bahçe işleri ile meşgul olma iken, karşılaştırma grubunda bulmaca çözme (%1.4) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3. Yaşlıların egzersiz yapma aktivitelerinin gruplara göre karşılaştırılması (n:146)

Egzersiz	GRUPLAR						X ²	p**
	HT Olan		HT Olmayan		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Egzersiz Yapma Durumu							0.000	1.00
Yapan	43	58.9	43	58.9	86	58.9		
Yapmayan	30	41.1	30	41.1	60	41.1		
Toplam	73	100.0	73	100.0	146	100.0		
Egzersiz Düzeni*							0.052	0.820
Düzenli	15	34.9	14	32.6	29	33.7		
Düzensiz	28	65.1	29	67.4	57	66.3		
Toplam	43	100.0	43	100.0	86	100.0		

*Yalnızca egzersiz yapanlar alınmıştır. **Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların egzersiz yapma aktivitelerinin gruplara göre karşılaştırılması Tablo 4.1.3’de verilmiştir. Yaşlıların egzersiz yapma alışkanlığı HT olan ve olmayan grupta aynı olup %58.9 olarak belirlenmiş, HT olanların %65.1’inin, HT olmayanların ise %67.4’ünün düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Egzersiz yapma durumu ve düzeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.1.3, p>0.05).

Tablo 4.1.4. Yaşlıların uykuya ilgili sorun yaşama durumlarının gruplara göre karşılaştırılması (n:146)

Uykuya Dalma ve Sürdürme ile İlgili Sorun Yaşama	GRUPLAR						X ²	p*
	HT Olan		HT Olmayan		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Yaşayan	49	67.1	30	41.1	79	54.1	9.958	0.002
Yaşamayan	24	32.9	43	58.9	67	45.9		
Toplam	73	100.0	73	100.0	46	100.0		

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların uykuya ilgili sorun yaşama durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.1.4’de belirtilmiştir. Hipertansiyonu olan grupta uykuya ilgili sorun yaşayanların oranı %67.1 iken, hipertansiyonu olmayan grupta bu oran %41.1 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.1.4, p<0.05).

4.2. Yaşlıların Sağlık/Hastalık Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Yaşlıların sağlık/hastalık özelliklerinin gruplara göre karşılaştırılması (n:146)

Sağlık/Hastalık Özellikleri	GRUPLAR						X ²	p*
	HT Olan		HT Olmayan		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Algılanan Beden Sağlığı							4.091	0.129
İyi	13	17.8	23	31.5	36	24.7		
Orta	55	75.3	44	60.3	99	67.8		
Kötü	5	6.8	6	8.2	11	7.5		
Algılanan Ruh Sağlığı							0.599	0.276
İyi	23	31.5	26	35.6	49	33.6		
Orta	50	68.5	47	64.4	97	66.4		
Son Bir Ayda Sağlık Kuruluşuna Başvurma							5.607	0.018
Evet	51	69.9	37	50.7	88	60.3		
Hayır	22	30.1	36	49.3	58	39.7		
HT Dışında Kronik Hastalık							9.855	0.002
Var	57	78.1	39	53.4	96	65.8		
Yok	16	21.9	34	46.6	50	34.2		
Toplam	73	100.0	73	100.0	146	100.0		

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Tablo 4.2.1’de hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların sağlık/hastalık özellikleri incelendiğinde, hipertansiyonu olan yaşlıların %75.3’ünün (n:55), hipertansiyonu olmayanların %60.3’nün (n:44) beden sağlığını orta düzeyde algıladıkları, ruh sağlığının da her iki grupta benzer olarak orta düzeyde algılandığı

(sırasıyla HT olan: %68.5, HT olmayan: %64.4) belirlenmiştir. Hipertansiyonu olan ve olmayan grupta algılanan beden ve ruh sağlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.2.1, $p>0.05$).

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların son bir ayda sağlık kuruluşuna başvurma durumları incelendiğinde; hipertansiyonu olanların (%69.9) hipertansiyonu olmayanlara (%50.7) göre sağlık kuruluşuna daha fazla başvurdıkları, hipertansiyonu olan bireylerin %78.1’inde hipertansiyon dışında başka bir kronik hastalık varken, karşılaştırma grubunun yarısının (%53.4) hipertansiyon dışında başka kronik hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Her iki grup arasında son bir ayda sağlık kuruluşuna başvurma ve hipertansiyon dışında kronik hastalığa sahip olma yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.2.1, $p<0.05$).

Tablo 4.2.2. Hipertansiyonu olan yaşlıların hipertansiyona ilişkin bazı özelliklere göre dağılımı (n:73)

Hipertansiyona İlişkin Bazı Özellikler	n	%
Hipertansiyon Süresi		
≤5 yıl	12	16.4
6-10 yıl	19	26.0
11-15 yıl	15	20.5
16-20 yıl	15	20.5
≥21yıl	12	16.4
Hipertansiyon İlacı Kullanma Süresi		
≤5 yıl	12	16.4
6-10 yıl	19	26.0
11-15 yıl	15	20.5
16-20 yıl	15	20.5
≥21	12	16.4
Hipertansiyonun Yaşama Etkisi		
Olan	66	90.4
Olmayan	7	9.6
Toplam	73	100.0

Hipertansiyonu olan yaşlıların hipertansiyona ilişkin bazı özellikleri Tablo 4.2.2’de verilmiştir. Yaşlılarda 6-10 yıldır hipertansiyonu olduğunu ve ilaç kullandığını ifade eden grubun oranının (%26) diğerlerinden daha fazla olduğu ve %90.4’ünün (n:66) hipertansiyon tanısına sahip olmanın yaşamlarını etkilediği yönünde görüş bildirdiği görülmüştür (Tablo 4.2.2).

4.3. Yaşlıların Öfke Yaşama ve Öfke Kontrolüne İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Yaşlıların yaşadığı duyguya bağlı kan basıncında değişiklik olma durumunun gruplara göre karşılaştırılması (n:146)

Yaşanılan Duyguya Bağlı Kan Basıncında Değişiklik Olma Durumu	GRUPLAR						X ²	p*
	HT Olan		HT Olmayan		Toplam			
	n	%	n	%	n	%		
Evet	69	94.5	42	57.5	111	76.0	7.52	.000
Hayır	2	2.7	20	27.4	22	15.1		
Bilmiyorum	2	2.7	11	15.1	13	8.9		
Toplam	73	100.0	73	100.0	146	100.0		

*Pearson Chi-Square testi uygulanmıştır.

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların yaşadığı duyguya bağlı kan basıncında değişiklik olma durumunun karşılaştırılması Tablo 4.3.1’de verilmiştir. Hipertansiyonu olan grupta, yaşadığı duyguya bağlı kan basıncında değişiklik olanların oranı %94.5, değişiklik olmayanların oranı %2.7 iken, hipertansiyonu olmayan grupta kan basıncında değişiklik olduğunu ifade edenler %57.5 ve değişiklik olmadığını belirtenlerin oranı ise %27.4 olarak saptanmış, gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.3.1, p<0.001).

Tablo 4.3.2. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların kendilerini tanımlama özelliklerine göre dağılımı (n:332)

Kendilerini Tanımlayan Özellikler	HT Olan		HT Olmayan	
	n	%	n	%
Açık sözlü	37	50.7	34	46.6
Çabuk sinirlenip parlayan	35	47.9	29	39.7
Açık tepki vermeyip içine atan	28	38.4	29	39.7
Sakin	27	37.0	32	43.8
İçine kapanık	16	21.9	10	13.7
Sorunları konuşarak çözmeye çalışan	15	20.5	12	16.4
Sorunları önemseyen	7	9.6	-	-
Eleştirilmekten rahatsız olan	4	5.5	13	17.8
Sık sık tartışmaya giren	3	4.1	1	1.4
Toplam	172*	100.0	160*	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların kendilerini tanımlama özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.3.2’de incelendiğinde; hipertansiyonu olan bireylerin kendilerini en fazla oranda sırasıyla açık sözlü (%50.7), çabuk sinirlenip parlayan (%47.9), açık tepki vermeyip içine atan (%38.4), sakin (%37.0), içine kapanık (%21.9), sorunları konuşarak çözmeye çalışan (%20.5), eleştirilmekten rahatsız olan (%5.5) bireyler olarak tanımladıkları, hipertansiyonu olmayan

karşılaştırma grubunda ise; açık sözlü (% 46.6), sakin (%43.8), çabuk sinirlenip parlayan (%39.7), açık tepki vermeyip içine atan (%39.7), eleştirilmekten rahatsız olan (%17.8), sorunları konuşarak çözmeye çalışan (%16.4), içine kapanık (%13.7), bireyler olarak ifade ettikleri görülmüştür (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.3. Yaşlıların öfkelenmediğini fark etme ve öfkelenmediğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumlarının gruplara göre karşılaştırılması (n:146)

Öfke ile İlgili Bazı Özellikler	GRUPLAR						X ²	p
	HT n	Olan %	HT Olmayan n	%	Toplam n	%		
Öfkelenmediğini Fark Etme								
Eden	70	95.9	71	97.3	141	96.6	0.207	1.00*
Etmeyen	3	4.1	2	2.7	5	3.4		
Öfkelenmediğinde Fiziksel Rahatsızlık Yaşama								
Yaşayan	61	83.6	53	72.6	114	78.1	2.561	0.110
Yaşamayan	12	16.4	20	27.4	32	21.9		
Toplam	73	100.0	73	100.0	146	100.0		

*Fisher's Exact Test Uygulanmıştır.

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların öfkelenmediğini fark etme ve öfkelenmediğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumlarının karşılaştırılması Tablo 4.3.3’de verilmiştir. Hipertansiyonu olan (%95.9) ve olmayan (%97.3) bireylerin büyük çoğunluğunun öfkelenmediklerini fark ettikleri, HT olan grubun %83.6’sının, HT olmayanların %72.6’sının öfkelenmediğinde fiziksel rahatsızlık yaşadıkları belirlenmiştir. HT olan ve olmayan yaşlıların öfkelenmediğini fark etme ve öfkelenmediğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumlarının birbirine benzer olduğu saptanmıştır (Tablo:4.3.3, $p > 0.05$).

Tablo 4.3.4. Yaşlıların öfkelenmediklerinde yaşadıkları fiziksel rahatsızlıkların gruplara göre dağılımı (n:181)

Yaşanılan Fiziksel Rahatsızlıklar	HT Olan		HT Olmayan	
	n	%	n	%
Baş ağrısı	41	56.2	34	46.6
Halsizlik ve yorgunluk	20	27.4	12	16.4
Ateş basması	15	20.5	3	4.1
Ellerde titreme	10	13.7	7	9.6
Mide ağrısı	9	12.3	7	9.6
Göğüs sıkışması	7	9.6	5	6.8
Bedende gerginlik	6	8.2	5	6.8
Toplam	108*	100.0	73 *	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Yaşlıların öfkelenmediklerinde yaşadıkları fiziksel rahatsızlıklar Tablo 4.3.4’te incelenmiştir. Her iki grupta da en fazla oranda baş ağrısı (HT olan: %56.2, HT

olmayan: %46.6) ile halsizlik ve yorgunluğun (HT olan: %27.4, HT olmayan: %16.4) yaşandığı, en az yaşanan fiziksel şikayetlerin ise göğüste sıkışma (HT olan: %9.6, HT olmayan: % 6.8) ve bedende gerginlik (HT olan: %8.2, HT olmayan: % 6.8) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.5. Yaşlıların öfke nedenleri ve öfkelendiklerinde kullandıkları başetme yöntemlerinin gruplara göre dağılımı

Özellik	HT n	Olan %	HT n	Olmayan %
Öfke Nedenleri				
Haksızlık yaşamak	60	82.2	49	67.1
Saygısızlık	51	69.9	31	42.5
Ailevi sorunlar	14	19.2	19	26.0
Anlaşılamama	10	13.7	5	6.8
Beklentilerin karşılanmaması	2	2.7	4	5.5
Toplam	137*	100.0	108*	100.0
Öfke Karşısında Kullanılan Başetme Davranışları				
Ortamdan uzaklaşıp, yalnız kalma	47	64.4	46	63.0
Kimseyle konuşmama / susma	47	64.4	29	39.7
Yakın arkadaşla durumu paylaşma	23	31.5	10	13.7
Ağlama	17	23.3	11	15.1
Bağırma, kavgaya etme	7	9.6	9	12.3
Öfkelenilen kişi ile konuşup, sorunu çözmeye çalışma	5	6.8	3	4.1
Öfkeyi kontrol etmeye çalışma/kendini telkinle rahatlatma	4	5.5	9	12.3
Sigara içme	2	2.7	3	4.1
Öfkenin sebebini bulmaya çalışma	1	1.4	2	2.7
Toplam	153*	100.0	122*	100.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların öfke nedenleri ve öfkelendiklerinde başvurdukları baş etme davranışları Tablo 4.3.5’de incelenmiştir. Hipertansiyonu olan ve olmayan bireyleri en fazla öfkeleniren nedenler sırasıyla; haksızlık yaşamak (HT olan: %82.2, HT olmayan: %67.1), saygısızlık (HT olan: %69.9, HT olmayan: %42.5) ve ailevi sorunlar (HT olan: %19.2, HT olmayan: %26) olarak belirlenmiştir.

Öfke ile baş etmede kullanılan baş etme davranışları ise sırasıyla, ortamdan uzaklaşıp yalnız kalma (HT olan: %64.4, olmayan: %63.0), kimseyle konuşmama ya da susma (HT olan: %64.4, HT olmayan: %39.7) ve yakın arkadaşla sorunu paylaşma (HT olan: %31.5, HT olmayan: %13.7) olarak ifade edilmiştir. Öfkeyle baş etmede en az olarak kullanılan baş etme davranışı ise her iki grupta da öfkenin sebebini bulmaya çalışma (HT olan: %1.4, HT olmayan: %2.7) olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.5).

4.4. Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzına Etkisine İlişkin Bulgular

Tablo 4.4.1. Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Yaşlıların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:146)

	Gruplar	Sayı	$\bar{X} \pm SS$	t	p*
Sürekli Öfke	HT olan	73	19.10±4.19	1.191	0.235
	HT olmayan	73	18.26±4.26		
Öfke İçer	HT olan	73	16.51±2.95	0.447	0.656
	HT olmayan	73	16.27±3.33		
Öfke Dışa	HT olan	73	13.82±3.04	0.212	0.832
	HT olmayan	73	13.71±3.19		
Öfke Kontrol	HT olan	73	21.01±3.56	1.232	0.220
	HT olmayan	73	21.85±4.56		

*Bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir.

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4.1’de gösterilmiştir. Hipertansiyonu olan ve olmayan grupta sürekli öfke ölçeği puan ortalaması ve öfke ifade tarzı ölçeğinin alt grupları olan öfke içer, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.4.1, $p>0.05$).

Tablo 4.4.2. Hipertansiyonu Olan Yaşlıların Cinsiyete Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n:73)

	Gruplar	Sayı	$\bar{X} \pm SS$	t	p*
Sürekli Öfke	HT olan kadınlar	45	19.04±4.49	0.138	0.891
	HT olan erkekler	28	19.18±3.74		
Öfke İçer	HT olan kadınlar	45	16.91±2.59	1.400	0.168
	HT olan erkekler	28	15.86±3.41		
Öfke Dışa	HT olan kadınlar	45	13.09±2.94	2.733	0.008
	HT olan erkekler	28	15.00±2.88		
Öfke Kontrol	HT olan kadınlar	45	20.22±3.48	2.514	0.015
	HT olan erkekler	28	22.28±3.36		

*Bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.4.2’de hipertansiyonu olan kadın ve erkek yaşlıların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Hipertansiyonu olan kadın ve erkek yaşlıların sürekli öfke puan ortalamalarının benzer ve öfke içer puan ortalamasının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu (sırasıyla HT olan kadın: 16.91±2.59, HT olan erkek: 15.86±3.41) ancak gruplar

arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4.2, $p>0.05$).

Hipertansiyonu olan kadınlarda öfke ifade tarzı ölçeği alt grubu olan öfke dışı puan ortalaması 13.09 ± 2.94 ve öfke kontrol puan ortalaması 20.22 ± 3.48 iken erkeklerde her iki alt grup puan ortalamalarının kadınlardan daha yüksek (sırasıyla öfke dışı: 15.00 ± 2.88 ve öfke kontrol: 22.28 ± 3.36) ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.2, $p<0.05$).

Tablo 4.4.3. Hipertansiyonu olmayan yaşlıların cinsiyete göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:73)

	Gruplar	Sayı	$\bar{X} \pm SS$	t	p*
Sürekli Öfke	HT olmayan kadınlar	33	17.82 $\pm$ 3.22	0.834	0.407
	HT olmayan erkekler	40	18.63 $\pm$ 4.98		
Öfke İçer	HT olmayan kadınlar	33	16.85 $\pm$ 2.88	1.376	0.173
	HT olmayan erkekler	40	15.80 $\pm$ 3.62		
Öfke Dış	HT olmayan kadınlar	33	13.18 $\pm$ 3.06	1.303	0.197
	HT olmayan erkekler	40	14.15 $\pm$ 3.27		
Öfke Kontrol	HT olmayan kadınlar	33	20.96 $\pm$ 3.86	1.545	0.127
	HT olmayan erkekler	40	22.57 $\pm$ 5.01		

*Bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.4.3’de hipertansiyonu olmayan yaşlıların cinsiyete göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamaları incelenmiştir. Hipertansiyonu olmayan kadın ve erkeklerde sürekli öfke, öfke içer, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.3, $p>0.05$).

Tablo 4.4.4. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların yaş gruplarına göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:146)

Gruplar	Değişkenler	Yaş Grupları			X^2	p*
		65-74 (n: 50) $\bar{X} \pm SS$	75-84 (n: 20) $\bar{X} \pm SS$	85 $\geq$ (n: 3) $\bar{X} \pm SS$		
HT Olan n: 73	Sürekli Öfke	19.52 $\pm$ 3.64	18.75 $\pm$ 5.31	14.33 $\pm$ 0.57	5.650	0.050
	Öfke İçer	16.86 $\pm$ 3.23	15.90 $\pm$ 2.10	14.67 $\pm$ 2.08	2.616	0.270
	Öfke Dış	14.12 $\pm$ 2.83	13.65 $\pm$ 3.40	10.00 $\pm$ 1.73	5.748	0.050
	Öfke Kontrol	21.00 $\pm$ 3.64	21.05 $\pm$ 3.53	21.00 $\pm$ 3.60	0.007	0.997
HT Olmayan n: 73		65-74 (n: 47) $\bar{X} \pm SS$	75-84 (n: 22) $\bar{X} \pm SS$	85 $\geq$ (n: 4) $\bar{X} \pm SS$		
	Sürekli Öfke	18.21 $\pm$ 4.00	18.59 $\pm$ 5.02	17.00 $\pm$ 3.55	0.286	0.867
	Öfke İçer	16.66 $\pm$ 3.57	15.50 $\pm$ 2.89	16.00 $\pm$ 2.16	2.288	0.319
	Öfke Dış	13.74 $\pm$ 3.22	14.14 $\pm$ 3.24	11.00 $\pm$ 0.81	3.666	0.160
	Öfke Kontrol	21.98 $\pm$ 4.95	21.82 $\pm$ 4.11	20.50 $\pm$ 1.91	0.532	0.767

*Kruskal-Wallis H testi ile değerlendirilmiştir.

Tablo 4.4.4’de hipertansiyonu olan ve olmayan grupta yaşa göre sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamalarının dağılımı incelenmiş, gruplar arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.4, $p>0.05$).

Tablo 4.4.5. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların medeni durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:146)

Gruplar	Değişkenler	Medeni Durumu		t	p*
		Evli (n: 48) $\bar{X} \pm SS$	Dul/Bekar (n: 25) $\bar{X} \pm SS$		
HT Olan n: 73	Sürekli Öfke	19.54±3.97	18.24±4.55	1.209	0.233
	Öfke İçe	16.44±3.17	16.64±2.54	0.295	0.769
	Öfke Dışa	14.25±2.80	13.00±3.37	1.587	0.120
	Öfke Kontrol	21.17±3.55	20.72±3.62	0.503	0.617
HT Olmayan n: 73		Evli (n: 56) $\bar{X} \pm SS$	Dul/Bekar (n: 17) $\bar{X} \pm SS$		
	Sürekli Öfke	18.36±4.34	17.94±4.13	0.359	0.722
	Öfke İçe	16.13±3.51	16.76±2.65	0.802	0.428
	Öfke Dışa	13.93±3.20	13.00±3.16	1.057	0.300
	Öfke Kontrol	22.14±4.62	20.88±4.38	1.025	0.314

*Bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir.

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların medeni durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4.5’de incelenmiştir. Hipertansiyonu olan ve olmayan grupta medeni duruma göre, sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.5, $p>0.05$).

Tablo 4.4.6. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların eğitim durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:146)

Gruplar	Değişkenler	Eğitim Durumu					F	p*
		OYD (n: 10) $\bar{X} \pm SS$	OY (n: 8) $\bar{X} \pm SS$	İlkokul (n: 44) $\bar{X} \pm SS$	Ortaokul (n: 6) $\bar{X} \pm SS$	Lise ve ↑ (n: 5) $\bar{X} \pm SS$		
HT Olan n: 73	S. Öfke	19.6±5.3	17.3±4.7	19.4±3.8	18.6±5.0	18.6±3.5	0.452	0.770
	Ö. İçe	16.5±1.4	16.7±3.4	17.0±2.8	15.3±3.6	13.2±2.8	2.266	0.071
	Ö. Dışa	12.3±2.4	14.2±4.3	14.0±2.9	13.6±3.4	14.2±2.1	0.744	0.566
	Ö. Knt.	18.4±1.8	21.7±3.6	21.2±3.7	21.8±3.8	22.4±2.5	1.811	0.137
HT Olmayan n: 73		OYD (n: 10) $\bar{X} \pm SS$	OY (n: 7) $\bar{X} \pm SS$	İlkokul (n: 45) $\bar{X} \pm SS$	Ortaokul (n: 5) $\bar{X} \pm SS$	Lise ve ↑ (n: 6) $\bar{X} \pm SS$		
	S. Öfke	18.7±3.8	18.4±2.9	18.6±4.4	15.4±3.5	16.5±4.8	0.957	0.437
	Ö. İçe	16.7±2.7	15.7±2.8	16.8±3.2	15.4±5.4	13.0±2.4	2.014	0.102
	Ö. Dışa	13.4±3.3	13.8±3.1	14.1±3.2	12.4±2.5	12.1±3.1	0.754	0.554
	Ö. Knt.	19.6±4.2	20.5±1.7	21.8±4.8	24.2±0.4	25.0±5.6	1.873	0.125

*ANOVA testi ile değerlendirilmiştir.

S.Öfke: Sürekli Öfke, Ö. İçe: Öfke İçe, Ö.Dışa: Öfke Dışa, Ö.Knt: Öfke Kontrol
OYD: Okur yazar değil, OY: Okur yazar

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların eğitim durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4.6'da verilmiştir. Hipertansiyonu olan ve olmayan bireylerin eğitim durumları ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.6, $p>0.05$).

Tablo 4.4.7. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların öfkelendiğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:146)

Gruplar	Değişkenler	Öfkelendiğinde Fiziksel Rahatsızlık Yaşama		t	p*
		Evet (n: 61) $\bar{X} \pm SS$	Hayır (n: 12) $\bar{X} \pm SS$		
HT Olan n: 73	Sürekli Öfke	19.11±4.46	19.00±2.55	0.123	0.903
	Öfke İçe	16.54±2.66	16.33±4.31	0.161	0.875
	Öfke Dışa	13.89±3.03	13.50±3.20	0.384	0.706
	Öfke Kontrol	20.72±3.49	22.50±3.68	1.543	0.143
HT Olmayan n: 73		Evet (n: 53) $\bar{X} \pm SS$	Hayır (n: 20) $\bar{X} \pm SS$		
	Sürekli Öfke	18.91±4.05	16.55±4.44	2.168	0.047
	Öfke İçe	16.94±2.97	14.50±3.64	2.678	0.012
	Öfke Dışa	14.06±3.23	12.80±2.98	1.568	0.125
	Öfke Kontrol	20.96±4.06	24.20±5.08	2.556	0.016

*Bağımsız gruplarda t testi ile değerlendirilmiştir.

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların öfkelendiğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4.7'de verilmiştir. Hipertansiyonu olan bireylerin fiziksel rahatsızlık yaşama ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.7, $p>0.05$).

Hipertansiyonu olmayan grupta ise, fiziksel rahatsızlık yaşayanların sürekli öfke puan ortalaması 18.91±4.05 iken, yaşamayanların puan ortalaması 16.55±4.44 ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.7, $p<0.05$). Aynı grupta fiziksel rahatsızlık yaşama ile öfke ifade tarzı ölçeğinin öfke içe ve öfke kontrol alt gruplarının puan ortalamaları arasındaki fark da istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.7, sırasıyla t: 2.678, $p<0.05$; t: 2.556, $p<0.05$).

Hipertansiyonu olmayan karşılaştırma grubunda fiziksel rahatsızlık yaşama ile öfke dışı puan ortalamaları arasında ki fark ise istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.7, $p>0.05$).

Tablo 4.4.8. Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların uzun süre yaşadığı yere göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması (n:146)

Gruplar	Değişkenler	Uzun Süre Yaşadığı Yer			F	p
		İl (n: 46) $\bar{X} \pm SS$	İlçe (n: 18) $\bar{X} \pm SS$	Köy (n: 9) $\bar{X} \pm SS$		
HT Olan n: 73	Sürekli Öfke	19.22±4.26	18.61±4.17	19.44±4.30	0.166	0.847*
	Öfke İç	16.59±3.15	16.72±2.42	15.67±3.04	0.421	0.658*
	Öfke Dış	13.85±3.01	13.72±2.80	13.89±3.98	0.013	0.987*
	Öfke Kontrol	21.37±3.65	20.44±2.99	20.33±4.24	0.617	0.542*
HT Olma- yan n: 73		İl (n: 49) $\bar{X} \pm SS$	İlçe (n: 9) $\bar{X} \pm SS$	Köy (n: 15) $\bar{X} \pm SS$		
	Sürekli Öfke	17.78±4.49	18.33±3.80	19.80±3.59	1.304	0.278*
	Öfke İç	15.71±3.49	15.56±1.81	18.53±2.53	4.815	0.011**
	Öfke Dış	13.49±3.19	13.56±3.20	14.53±3.27	0.618	0.542*
	Öfke Kontrol	22.71±4.60	21.33±1.93	19.33±4.79	3.425	0.038**

*ANOVA testi ile değerlendirilmiştir.

**Post Hoc Scheffe Testi ile değerlendirilmiştir.

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların uzun süre yaşadığı yere göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 4.4.8'de verilmiştir. Hipertansiyonu olan bireylerin yaşadığı yere göre; sürekli öfke, öfke iç, öfke dış ve öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.8, $p>0.05$).

Hipertansiyonu olmayan karşılaştırma grubunun yaşadığı yere göre öfke iç puan ortalamasının; il (15.71±3.49) ve ilçede yaşayanlarda (15.56±1.81), köyde yaşayanlara (18.53±2.53) göre düşük olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede köyde yaşayanlarla ilde yaşayanlar arasında öfke iç puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.8, $p<0.05$).

Aynı grupta yaşanan yere göre öfke kontrolüne bakıldığında ise ilde (21.71±4.60) ve ilçede (21.33±1.93) yaşayanların öfke kontrol puan ortalamasının, köyde yaşayanlara (19.33±4.79) göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede ilde yaşayanlarla köyde yaşayanlar arasında öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.8, $p<0.05$).

Hipertansiyonu olmayan karşılaştırma grubunda yaşananlara göre sürekli öfke ve öfke dışı puan ortalamalarının dağılımındaki fark ise istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.8, $p>0.05$).

Tablo 4.4.9. Hipertansiyonu olan yaşlıların, hipertansiyon süresi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanları arasındaki ilişki (n:73)

		Sürekli Öfke	Öfke İçe	Öfke Dışa	Öfke Kontrol
Hipertansiyon Süresi	r	0.093	0.025	- 0.239*	-0.147

Pearson korelasyon ile değerlendirilmiştir, * $p<0.05$

Tablo 4.4.9’da hipertansiyonu olan yaşlıların, hipertansiyon süresi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. HT olan yaşlıların hipertansiyon süresi ile sürekli öfke ve öfke içe puanları arasında pozitif yönde zayıf, hipertansiyon süresi ile öfke kontrol puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmakla birlikte bu ilişkinin anlamlı olmadığı (Tablo 4.4.9, $p>0.05$) görülmüştür. Hipertansiyon süresi ile öfke dışı puanları arasında ise negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.9, $p<0.05$). Hipertansiyon tanısı alma süresi arttıkça öfkeyi dışı yansıtırma puanlarının azalma yönünde eğilim gösterdiği gözlenmiştir.

5. TARTIŞMA

Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlılarda öfke ve öfke ifade tarzlarının karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilen çalışmada bulgular dört bölüm altında tartışılmıştır.

- Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Günlük Yaşam Aktiviteleri
- Yaşlıların Sağlık/Hastalık Özellikleri
- Yaşlıların Öfke Yaşama ve Öfke Kontrolüne İlişkin Özellikleri
- Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı

5.1. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Günlük Yaşam Aktiviteleri

Yaşlı nüfusu tüm dünya ve ülkemizde giderek artmaktadır. Ülkemizde ki yaşlıların %60.30'u 65-74 yaş grubunda yer almaktadır (79). Yürütülen çalışmada da HT olan yaşlıların %68.5'i ve HT olmayanların %64.4'ünün 65-74 yaş grubundaki yer aldığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.1, $p > 0.05$).

Araştırma kapsamına alınan yaşlıların yarıdan fazlasının (%53.4) kadın olduğu saptanmıştır. TÜİK 2013 verilerine göre kadınların doğuştan beklenen yaşam süresi 79.2 yıl iken erkekler için ise 74.7 yıldır (79). Gruplara göre bakıldığında HT olan grupta kadınların oranı %61.6, HT olmayan grupta %45.2 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1, $p < 0.05$). Yapılan çalışmalar erişkin nüfusta erkeklerde, ileri yaşlarda ise kadınlarda hipertansiyon prevalansının daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Ülkemizde Paten T (6) çalışmasına göre 65 yaş ve üstü erkeklerde HT prevalansı %67.2 iken kadınlarda %81.7 olarak saptanmıştır. Kadınlardaki HT oranının yüksek olması menopozdaki hormonal değişikliklerle beraber HT görülme oranının yükselmesi ve kadınların doğumdan beklenen yaşam sürelerinin uzun olmasıyla ilişkilendirilebilir (9, 79, 80). HT olan grupta kadınların daha fazla olması literatür ile uygunluk göstermektedir.

Gruplar eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde, HT olan yaşlıların %60.3'ü ve olmayanların %61.6'sı ilkokul mezunudur. Lise ve üzeri eğitime sahip bireylerin oranı HT olan grupta %6.8 iken, HT olmayan grupta %8.2 olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.1, $p > 0.05$). Yürütülen çalışmaya benzer olarak, Beyazaslan (56)'ın, Ayrancı ve ark. (81)'nin çalışmasında da bireylerin yarıdan fazlasının ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir.

Bir toplumun sosyo-ekonomik düzeyi o toplumun sağlık düzeyini etkileyen en önemli faktörlerden biridir (82). Levenstein ve ark. (83)'nin çalışmasında, gelir düzeyinin düşük olması ve işsizlik gibi sosyo-ekonomik faktörlerin hipertansiyon ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda yaşlıların gelir durumu değerlendirildiğinde, HT olan bireylerin %79.5'inin ve HT olmayan gruptaki bireylerin %89'unun gelirlerinin gidere denk olduğu belirlenmiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır (Tablo 4.1.1, $p > 0.05$). Hipertansiyonu olan farklı yaş grupları ile yapılan çalışmalarda da benzer olarak, Beyazaslan (56) bireylerin %69.7'sinin, Erkek ve ark. (14) %79.41'inin, Savaşan ve Özgür (16) %67.9'unun orta gelir düzeyine sahip olduklarını belirlemişlerdir.

Gelişmekte olan ülkelerde hızlı kentleşmeye bağlı olarak, köyden kente göç oranları artmıştır. Sanayileşmeyle birlikte köyden kente göç, bireylerin daha stresli bir ortamda yaşamlarını sürdürmesine neden olmaktadır (28, 82, 84). Yapılan çalışmada yaşlıların uzun süre yaşadığı yer incelendiğinde; HT olan (%63.0) ve olmayan grubun (%67.1) yarıdan fazlasının en uzun süre ilde yaşadıkları ve gruplar arasında istatistiksel olarak fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.1, $p > 0.05$). Çelik ve ark. (15)'nin yaptığı çalışmada da HT olan (%72.9) ve olmayan (%72.9) grubun yarıdan fazlası, Savaşan ve Özgür (16)'ün çalışmasında %77.4'ünün en uzun süre ilde yaşadığı saptanmıştır. Çalışma sonuçları literatürle benzerdir.

Yaşlılık döneminde yaşlıların aktiviteleri yavaşlamakta, yaşam memnuniyetleri azalmakta ve boş zaman aktiviteleri ile ilgili sorunlar yaşanabilmektedir (85). Boş zaman; bireyin kendisi ve başkaları için bütün zorluklardan ve bağlantılardan kurtulduğu, kendi isteği doğrultusunda seçeceği bir faaliyetle uğraştığı zamandır. Ancak boş zamanların verimsiz kullanılması fiziksel ve

ruhsal sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (86). Yapılan çalışmada yaşlıların çoğunluğunun boş zamanlarını televizyon izleyerek geçirdiği (HT olan: %91.8, HT olmayan: %82.2) bulunmuştur (Tablo 4.1.2). Bahar ve ark. (87)'nın Gaziantep huzurevinde kalan 71 yaşlı bireyle yaptığı çalışmasında yaşlıların boş zamanlarını dinlenerek (%33.8), televizyon izleme-dinlenme (%32.42) ile geçirdikleri saptanmıştır. Yaşlılarda boş zamanların daha çok televizyon izlenerek geçirilmesi yaşam boyu edinilen hobilerin eksikliğinin de bir göstergesi olarak düşünölebilir.

Yaşlılarda düzenli egzersiz ve aktivite, sağlıklı yaşlanmayı ve ileri yaşlarda hastalıkların artmış prevalansını önlemeyi sağlamada oldukça önemlidir (88). Düzenli yapılan egzersiz anksiyete ve depresyonu azaltıp, olumlu düşünmeyi ve stresle başetmeyi kolaylaştırır. Bunun yanında düzenli yapılan fiziksel aktivite; bilişsel fonksiyonların korunması ve devamlılığının sağlanması, yaşam kalitesinin artmasına, mortalite ve morbiditenin azalmasına katkıda bulunur (89). Ancak yaşlılarla yapılan çalışmalarda egzersizin bir yaşam biçimi haline gelmediği, düzenli egzersiz yapılmadığı görölmektedir. Yürütölen çalışmada da yaşlılar egzersiz aktivitelerine göre karşılaştırıldığında; her iki grupta da egzersiz yapanların (%58.9) ve yapmayanların oranı (%41.1) birbirine eşit bulunmuştur (Tablo 4.1.1, $p > 0.05$). Ancak yaşlıların yarısından fazlası egzersiz yaptıklarını ifade etmelerine rağmen HT olan grupta egzersizlerini düzenli yapanların oranı yalnızca %34.9 ve HT olmayan grupta da benzer olarak %32.6 olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1.1, $p > 0.05$). Yalçın (90)'ın, 18-65 yaş arası 1936 birey üzerinde yaptığı çalışmada bireylerin sadece %26.3'ünün düzenli egzersiz yaptıkları belirlenmiştir. Hipertansiyon gelişiminde önemli faktörlerden birinin fiziksel inaktivite olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla fiziksel aktivitesi az olan yani sedanter yaşamı olanlarda hipertansiyon yüksek oranda görölmektedir. Yaşlılarda egzersizin bir yaşam biçimi haline gelmeyişinde, bireylerin özellikle kas-iskelet sistemi hastalıklarının olması, yaşlanmayla birlikte kas kütle ve kuvvetinde azalma, kemik kütlelerinde azalma nedeniyle düşme korkusu, egzersiz yapmanın sağlık üzerindeki etkileri konusunda yeterli bilgilerinin olmaması etkili olabilir (89, 91).

Yaşlanma ile birlikte uyku kalitesi değişmekte ve yaşla beraber uyku etkinliği giderek azalmaktadır (92). Yaşın ilerlemesiyle uykuya dalmada güçlükler, sık sık

uyanma, derin uykuda geçen süre de kısalma görülmektedir (92, 93, 94, 95). Yürütülen çalışmada HT olan ve olmayan yaşlıların uykuya ilgili sorun yaşıyıp yaşamama durumları karşılaştırıldığında; HT olan grupta uykuya ilgili sorun yaşayanlar %67.1 iken, HT olmayan grupta bu oran %41.1 olarak saptanmış ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.1.4, $p<0.05$). Demir (96)'in çalışmasında, HT olan bireylerin kullandıkları antihipertansif ilaçların uyku bütünlüğünü ve uyku kalitesini bozduğu belirlenmiştir. Aynı zamanda uyku süresi ile ilgili sorunların da HT'a neden olabildiği ifade edilmektedir (94, 95, 97). Yapılan çalışmada HT olan yaşlıların uyku ile ilgili problem yaşayanların oranının HT olmayan gruba göre daha yüksek olması literatürle uyumlu olduğu düşünülmektedir.

5.2. Yaşlıların Sağlık/Hastalık Özellikleri

Yaşlanma ile beraber fiziksel yetilerde azalma ve işlevsel kayıp, fiziksel güç kaybıyla başlayan zorlanmalar, yetersizlik duygusu, eş kaybı, başkalarına yük olma korkusu bireyleri olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Mevcut sağlık problemlerinin yanı sıra bireylerin beden ve ruh sağlığına ilişkin algıları da sağlık ve hastalık üzerinde etkili olabilmektedir (7, 88, 98).

Yapılan çalışmada hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların beden ve ruh sağlıklarına ilişkin algıları incelendiğinde; HT olan ve olmayan yaşlıların beden sağlıklarını çoğunlukla orta ve iyi düzeyde algıladıkları (HT olan: orta %75.3, iyi %17.8; HT olmayan: orta %60.3, iyi %31.5) beden sağlığını “kötü” olarak algılayanların oranının ise düşük olduğu (HT olan: %6.8, HT olmayan: %8.2) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.1, $p>0.05$).

Yaşlıların ruh sağlığına ilişkin algıları değerlendirildiğinde, her iki grupta da ruh sağlığını kötü olarak değerlendiren olmadığı görülmüş, beden sağlığı algısına benzer olarak ruh sağlığının da orta ve iyi düzeyde algılandığı (sırasıyla; HT olan: %31.5, HT olmayan: %35.6) ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.2.1, $p>0.05$). Beden ve ruh sağlığına ilişkin algının HT olan ve olmayan grupta benzer olması HT olmayan grupta başka kronik hastalıkların olması ile ilişkili olabilir. Hipertansiyonu olan bireyler ile yapılan

çalışmalarda da yürütülen çalışmaya benzer olarak gerek ruh sağlığının gerekse beden sağlığının orta düzeyde algılandığı ancak ruh sağlığına ilişkin algının, beden sağlığı algısından daha iyi olduğu saptanmıştır. Yaşlı bireyler; ruhsal durum değişikliklerinin çok farkında olmamaları, belirtilerin soyut kavramları içermesi ve kültürel olarak ruhsal sorunların toplumda sağlık sorunlarına göre kabul görmemesi, damgalanmaya yol açması gibi nedenlerle ruh sağlığını, beden sağlığına göre daha iyi olarak değerlendirebilmektedir (14, 16, 99).

Yaşlıların fiziksel ve ruhsal sağlığını etkileyebilen en önemli unsurlardan biri, birden fazla kronik hastalığa sahip olmadır (100). Ülkemizde de 65 yaş ve üzeri bireylerin %90'ında bir kronik hastalık, %35'inde iki, %23'nde  ve %14'nde dört yada daha fazla kronik hastalığın bir arada bulunduğu bildirilmektedir (101). Bu araştırmada da HT olan bireylerin %78.1'inin HT dışında en az bir kronik hastalığa sahipken HT olmayanlarda bu oranın %65.8 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1, $p<0.05$). Kronik hastalıklar sağlığı olumsuz yönde etkileyerek, sağlık kurumlarına daha fazla başvurulmasına neden olmaktadır (102, 103). Çalışmamızda HT olanların (%69.9), HT olmayanlara (%50.7) göre sağlık kuruluşuna daha fazla başvurdıkları ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.1, $p<0.05$). Bu fark HT olan yaşlıların antihipertansif ilaçlarını düzenli kullanmama nedeniyle ortaya çıkan sorunların tedavisi için sağlık kuruluşuna başvurmak zorunda kalmalarına bağlı olabilir.

Yaşlıların HT tanısına sahip olma ve HT nedeniyle ilaç kullanmak zorunda olmaları yaşam kalitesini etkilemektedir. Yapılan araştırmada HT olan yaşlıların kaç yıldır hipertansiyona sahip oldukları ve ilaç kullandıkları incelenmiş, 6-10 yıl süresince hipertansiyonu olduğunu ve ilaç kullandığını ifade edenlerin oranının (%26) en fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.2). l ve ark. (104)'nın 35 yaş üzeri 439 yetişkinle yaptığı çalışmada 6-10 yıl süresince HT olanların oranı %24.1, Okan (105)'ın 65 yaş üzeri 108 yaşlıyla yaptığı çalışmada %25 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmadaki bulgular literatürle paralellik göstermektedir.

Araştırmada yaşlıların %90.4' (n:66) hipertansiyon tanısına sahip olmanın yaşamlarını etkilediği yönünde görüş bildirmiştir (Tablo 4.2.2). Yaşlıların

çoğunluğunun (%90.4) hipertansiyonun yaşamlarını etkilediğini söylemeleri, semptomları tüm yönleriyle yaşamları nedeniyle olabilir. Aynı zamanda yaşlılarda HT kontrolünün yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Savaşan ve Özgür (16)'ün çalışmasında erişkin bireylerin %61.4'ü hipertansiyonun yaşamlarını etkilediğini belirtmiştir. Çalışmamız, Savaşan ve Özgür (16)'ün çalışmasıyla farklılık göstermektedir. Bu fark yaş grubuna bağlı olabilir.

5.3. Yaşlıların Öfke Yaşama ve Öfke Kontrolüne İlişkin Özellikleri

Stres kan basıncı değişikliğine neden olan önemli faktörlerden biri olarak değerlendirilmekte ve emosyonel stres kan basıncında akut yükselmeye neden olmaktadır (16, 35). Çalışmamızda hipertansiyonu olan grupta, yaşadığı duyguya bağlı kan basıncında değişiklik olanların oranı %94.5 iken hipertansiyonu olmayan grupta kan basıncında değişiklik olduğunu ifade edenler %57.5 olarak belirlenmiş ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.3.1, $p<0.001$). Ulutürk (27)'ün ve Arsakay (106)'ın çalışmasında da strese bağlı kan basıncında değişiklik olduğunu ifade edenlerin oranının çalışma bulgularımızla benzer (%88.2 ve %75.6) olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar hipertansiyon seyrinde stresörlerin rolünü ortaya koymaktadır.

Kişilik özellikleri, bireylerin agresif ve düşmanca duygularına karşı sürdürdüğü mücadele esansiyel hipertansiyonun psikodinamiğini oluşturmaktadır. Kişilik özellikleri bireylerin olayları kontrol edebilmesi, kriz durumlarını yönetebilmesi ve psikosomatik hastalıkların seyrinde önemlidir (17, 107, 108, 109). Yürütülen çalışmada da hipertansiyonu olan bireylerin kendilerini en fazla oranda açık sözlü (%50.7), çabuk sinirlenip parlayan (%47.9), açık tepki vermeyip içine atan (%38.4) ve sakin (%37.0) bireyler olarak ifade ettikleri, HT olmayan karşılaştırma grubunda da benzer olarak kendilerini; açık sözlü (% 46.6), sakin (%43.8), açık tepki vermeyip içine atan (%39.7) ve çabuk sinirlenip parlayan (%39.7) kişiler olarak tanımladıkları görülmüştür (Tablo 4.3.2). Ulutürk (27)'ün çalışmasında da bireylerin benzer kişilik özelliklerine (açık sözlü %51.4, çabuk sinirlenip parlayan %38.2, sakin %39.1) sahip oldukları saptanmıştır.

Öfkeyle başa çıkabilmenin ilk yolu öfkeli olduğumuzu kabul ederek bunu kendimize itiraf edebilmektir. Öfkeli olduğumuzda öfke duygusunun kabullenilmesi ve bu duyguya ilişkin farkındalık geliştirilmesi gerekmektedir. Bireyler ancak kendilerini izleyerek, bireyin kendi öfkesini ve öfkenin çeşitli bileşenlerini gözlemleyerek farkındalık geliştirirler (14, 56, 58, 107). Çalışmamızda HT olan grupta öfkелendiğini fark edenler %95.9, fark etmeyenler %4.1 iken HT olmayan grupta öfkелendiğini fark edenler %97.3 (n:71), fark etmeyenler %2.7 (n:2) olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.3, $p > 0.05$). Erkek ve ark. (14)'nın çalışmasında öfkeyi fark etme %94.1 iken, fark etmeme %5.9 olarak bulunmuş, sonuçlar bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Bireylerin tamamına yakınının öfkелendiğini fark etmeleri öfke duygusunun kabullenilmesi ve bu duyguya ilişkin farkındalık geliştirmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Öfke duygusu, vücutta itici uyarılarla birlikte baş ağrısı, halsizlik-yorgunluk gibi fizyolojik değişimler oluşturmakta ve bu değişimler, vücudun içinde bulunduğu duygusal duruma uymasına yardımcı olmaktadır (27, 28, 29, 51, 58). Yapılan araştırmada HT olan grubun %83.6'sının, HT olmayanların %72.6'sının öfkелendiğinde fiziksel rahatsızlık yaşadıkları ve öfkелendiğinde fiziksel rahatsızlık yaşama yönünden gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.3.3, $p > 0.05$). Ulutürk (27)'ün çalışmasında da antihipertansif kullanan bireylerde fiziksel rahatsızlık yaşama %81.81 iken, karşılaştırma grubunda %75.7 olarak bulunmuştur. Yapılan çalışma ve Ulutürk'ün çalışma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Yaşın ilerlemesiyle birlikte yaşın getirdiği sınırlamalar, başkaları tarafından kendisine saygısızca ya da haksız biçimde davranıldığını hissetme, aile ve evlilik ilişkilerinin gerginleşmiş olması, gerek aile/arkadaşlar gerekse toplum tarafından reddedilme duygusu engellenme ve öfkeye neden olur (58, 61, 66). Yapılan çalışmada da hipertansiyonu olan ve olmayan bireyleri öfkелendiren nedenler olarak haksızlık yaşamak (HT olan: %82.2, HT olmayan: %67.1), saygısızlık (HT olan: %69.9, HT olmayan: %42.5), ailevi sorunlar (HT olan: %19.2, HT olmayan: %26), anlaşılama (HT olan: %13.7, HT olmayan: %6.8), beklentilerin karşılanmaması (HT olan: %2.7, HT olmayan: %5.5) olarak belirlenmiştir (Tablo 4.3.5). Bu bulgular

öfke nedeni olarak gösterilen karşılanmayan beklentiler ve doyurulmamış istekler bakımından literatürle benzerlik göstermektedir (14, 19, 23).

Kişi öfkelenildiğinde salgılanan hormonlar sempatik sinir sistemini devreye sokar. Bunun yanında endokrin sistem etkilenimi nedeniyle; kas geriliminin artması, kaşların çatılması, yüzün kızarması, kan basıncının yükselmesi, hızlı nefes alıp-verme, sıcak basması, terleme, uyuşma, titreme, ağızda kuruluk, beyin zonklaması ve baş ağrısı olur (28, 29, 58). Yürütülen çalışmada yaşlıların öfkelendiklerinde yaşadıkları fiziksel rahatsızlık en fazla oranda baş ağrısı (HT olan %56.2, HT olmayan %46.6), halsizlik ve yorgunluk (HT olan %27.4, HT olmayan %16.4), ellerde titreme (HT olan %13.7, HT olmayan %9.6) olarak bulunmuştur (Tablo 4.3.4). Yapılan çalışmada HT olan bireylerini olmayanlara göre öfke duygusunun yol açtığı fizyolojik semptomları daha fazla yaşadığı görülmektedir. Çubukçun (110), hipertansiyonu olan yaşlıların %73.4'ünün tansiyon yüksekliğini hissettiğini, tansiyonları yükseldiğinde %57.8'inin ense ve baş ağrısı yaşadıklarını belirlemiştir. Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir.

Literatürde yaşlı bireylerin öfke ile baş etme davranışları incelendiğinde, duyguların içe atılması şeklinde duygu odaklı olup, genellikle sorun çözücü olmadığı ifade edilmektedir (14, 29). Çalışmada yaşlıların çoğunluğunun öfkeyle baş edebildiği, öfkeyle baş etmede kullanılan baş etme davranışları ise sırasıyla, ortamdaki uzaklaşıp yalnız kalma (HT olan: %64.4, olmayan: %63.0), kimseyle konuşmama ya da susma (HT olan: %64.4, HT olmayan: %39.7) ve yakın arkadaşıyla paylaşma (HT olan: %31.5, HT olmayan: %13.7) olarak ifade edilmiştir (Tablo 4.3.5). Yapılan çalışmada HT olan bireylerin olmayanlara göre daha yüksek oranda susmayı ve yakın arkadaşıyla paylaşmayı tercih ettiğini buda bize öfke duyguları içte tutmayı ya da yakın arkadaşıyla paylaşarak geçici çözümlere başvurduğunu düşündürmektedir. Ulutürk (27)'ün çalışmasında antihipertansif kullanan bireylerin öfke ile baş etmede; bağırma ve kavgaya etme %19.1, kimseyle konuşmama %17.3, ortamdaki uzaklaşıp yalnız kalma %15.5, karşılaştırma grubunda ise öfkeyi kontrol etmeye çalışma %27.1, ortamdaki uzaklaşıp yalnız kalma %19.6, sorunu çözmeye çalışma %15 davranışlarını kullandıkları bulunmuştur. Yürütülen çalışmada

yaşlıların birden fazla seçeneği işaretlemeleri nedeniyle yüzdelikler Ulutürk'ün çalışmasından daha yüksektir.

5.4. Bazı Tanımlayıcı Özelliklere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı

Öfke yaşamımızda hem yapıcı hem yıkıcı fonksiyonları olan bir duygu olup, bu fonksiyonlar öfkenin ifade biçimlerine göre değişmekte ve öfke duygusu ifade edilme şekline göre yorumlanmaktadır. Bireyler öfke duygusunu hafifletmek için içinde bulunduğu toplumun ve sosyal sistemin etkisiyle öfkelerini çeşitli şekilde ortaya koyarlar. Bu öfkeyi dışa vurma, içe atarak bastırma ya da kontrol etme şeklinde olabilmektedir. Yaşamlarında birçok olayı üzücü ve engelleyici olarak algılayan, sürekli öfke yaşayan bireylerde beden ve ruh sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir (20, 49, 58). Literatürde HT olan, antihipertansif ilaç kullanan bireylerde sürekli öfke düzeyinin sağlıklı bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (14, 16, 20, 27, 56, 106, 111). Yapılan çalışmada HT olan ve olmayan yaşlıların sürekli öfke ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, HT olan yaşlıların sürekli öfke puan ortalaması (19.10 ± 4.19), HT olmayan grubun puan ortalamasından (18.26 ± 4.26) yüksek bulunmuş ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4.1, $p > 0.05$). Yapılan çalışmalarda da yürütülen çalışmaya benzer olarak, Çelik ve ark. (15) esansiyel hipertansiyonu olan erkek yetişkinlerde, sürekli öfke puan ortalamasını (21.9 ± 5.2), sağlıklı erkeklerin ortalamasından (19.6 ± 6.2) yüksek ve anlamlı ($p < 0.05$), Ulutürk (27) antihipertansif kullanan bireylerde sürekli öfke puan ortalamasını (19.99 ± 6.02), HT olmayan grubun ortalamasından (17.68 ± 4.67) yüksek fakat farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ($p > 0.05$) saptamıştır (15, 27). Yalnızca HT olan kontrol grubu olmayan bireyler ile yapılan çalışmalarda ise sürekli öfke puan ortalaması, bizim çalışma bulgularımızdan daha yüksek bulunmuştur (16, 20, 111). Bu çalışmalarda HT olan bireylerin hastane ve sağlık ocağı örnekleminde seçilmesi, farklı yaş aralığındaki bireyleri içermesi, çalışmamızın ise 65 yaş ve üstü bireylerle yürütülmesi ve Sciheman (72) göre, öfke düzeyinin ilerleyen yaşla beraber genellikle daha düşük olması bu farklılığı yaratmış olabilir.

Bireylerde öfkenin içe atılması kan basıncı artışına ya da hipertansiyon riskine neden olabilmektedir (111, 112). Karabulut ve ark. (111)'nın HT olan bireylerde öfke ve anksiyete düzeylerinin belirlenmesine yönelik yaptığı çalışmada HT olan bireylerin öfke içe puanları arttıkça sistolik kan basıncında artma olduğu belirlenmiştir. Everson ve ark. (112) ise, HT olmayan erkekler ile yaptıkları çalışmada öfke içe puanı 1 puan arttıkça, hipertansiyon olma riskinin %12 oranında arttığını ve öfkeli ruh hali ile hipertansiyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu belirlemişlerdir. Glenn ve ark. (113)'da benzer olarak hipertansiyonlu yaşlı erişkinler üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda, olumlu duygu puanlarındaki her 1 puanlık artışının kan basıncını düşürdüğünü belirtmiştir.

Yapılan çalışmada hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların öfke içe alt ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına baktığımızda; HT olan grubun puan ortalamasının (16.51 ± 2.95), HT olmayan gruptan (16.27 ± 3.33) biraz yüksek olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4.1, $p > 0.05$). Yürütülen çalışmanın aksine HT olan bireylerle yapılan çalışmalarda öfke içe alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (16, 20, 27, 56, 111). Ulutürk (27)'ün HT olan (15.29 ± 3.85) ve olmayan bireylerle (11.79 ± 3.55) yaptığı çalışma da ise öfke içe puan ortalamaları çalışmamızdan daha düşük ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) olduğu bulunmuştur. Literatürde hipertansif bireylerin öfke duygularını bastırdıkları, öfke duygularını ifade etmekten çok, inkâr mekanizmasını kullanarak tehdit eden uyaranlardan kaçınarak kendilerini korudukları belirtilmektedir (114, 115). Yürütülen çalışmada genel olarak hem hipertansiyonu olan hem de olmayan grubun öfke içe puan ortalamalarının düşük bulunması, olumlu bir özellik olarak düşünülebilir.

Öfkeyi ifade etme şekillerinden bir diğeri olan öfkenin saldırgan davranışlarla dışı vurularak boşaltılması istendik olmamasına rağmen sık tercih edilen bir yoldur. Yapılan çalışmalarda ilerleyen yaşla birlikte öfke düzeyinin azaldığı ifade edilmektedir (71, 72). Literatürde aşırı öfke ifadesi ile HT arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmaların yanı sıra (111, 112), aşırı öfke ifadesinin kan basıncı üzerinde etkisinin olmadığını gösteren (15, 116) çalışmalar da mevcuttur.

Yürütülen çalışmada hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların öfke dışı alt ölçeği puan ortalamalarını karşılaştırdığımızda; HT olan yaşlıların puan ortalaması (13.82 ± 3.04) ile HT olmayan grubun puan ortalamasının (13.71 ± 3.19) birbirine yakın olduğu, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4.1, $p > 0.05$). Çelik ve ark. (15) 20-35 yaş grubunda HT olan ve olmayan erkekler üzerinde yaptığı çalışmada, HT olan ve olmayan grubun öfke dışı alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının yürütülen çalışmadan daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (15). Araştırma bulgularındaki bu farklılık, örnekleme oluşturan bireylerin yaşları, cinsiyetleri, kişisel özelliklerinin farklılığı ve araştırmanın yapıldığı ortamla ilgili olabilir.

Öfkeyi ifade etmede diğer önemli bir başlıkta öfkenin kontrol edilmesidir. Öfke kontrolü; bireylerin yaşadığı ya da hissettiği öfke duygusunu doğru bir şekilde ifade etme becerisi kazanmasıdır. Öfkenin kontrol edilmesi, bireyin başkalarıyla olan ilişkilerinde sabırlı, anlayışlı, soğukkanlı ve hoşgörülü davranma ve çoğu zaman öfkesini kontrol etme ve sakinleşme eğilimi içinde olmasıdır (27, 56, 58, 60, 70). Yapılan çalışmada HT olan ve olmayan yaşlıların öfke kontrol alt ölçeği puan ortalamalarını karşılaştırdığımızda; HT olan ve olmayan grupta öfke kontrol puan ortalamaları (olan: 21.01 ± 3.56 , olmayan: 21.85 ± 4.56) birbirine yakın ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.4.1, $p > 0.05$). Beyazaslan (56)'ın HT olan yetişkinlerle öfke kontrol eğitiminin öfke ve duygu kontrol durumlarına etkisini değerlendirmek için yapmış olduğu çalışmasında eğitim öncesinde öfke kontrolü açısından gruplar arasında fark olmadığı ($p < 0.05$) belirlenmiştir. Benzer olarak Çelik ve ark. (15) HT olan ve olmayan sağlıklı erkeklerde, Ulutürk (27) HT olan ve olmayan erişkinlerde öfke kontrol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını ($p < 0.05$) saptamışlardır.

Literatürde öfke üzerinde etkili olduğu düşünülen faktörlerden biri de cinsiyettir. Yapılan çalışmada cinsiyete göre, öfke düzeyleri değerlendirildiğinde; hipertansiyonu olan kadın ve erkek yaşlıların sürekli öfke puan ortalamalarının benzer ve öfke içe puan ortalamasının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu

ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4.2, $p>0.05$). HT olan kadın ve erkek yaşlıların öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları değerlendirildiğinde ise, erkeklerin öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamasının kadınlardan yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.2, $p<0.05$). Farklı yaş gruplarında, hipertansiyonu olan kadın ve erkekler ile yapılan çalışmalarda, Karabulut ve ark. (111) hipertansiyonu olan erkeklerin sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamalarını, Erkek ve ark. (14) ile Ulutürk (27), sürekli öfke ve öfke dışı puan ortalamalarını erkeklerde kadınlardan yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamışlardır. Savaşan ve Özgür (16)'ün HT olan yetişkin bireylerle yaptığı çalışmada ise öfke içe puan ortalamasının kadınlarda erkeklerden daha yüksek ve anlamlı ($p<0.05$), öfke dışı puan ortalamaları ise erkeklerde kadınlardan daha yüksek ve anlamlı olduğunu belirlemişlerdir ($p<0.05$).

Araştırmamızda HT olmayan kadın ve erkeklerde sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.3, $p>0.05$).

Lerner (50) kadınların öfkenin ilişkiyi bozacağına inanmaları nedeniyle, öfkelerini doğrudan ifade etmediklerini ve içe yansıttıklarını belirtmiştir. Erkeklerde HT olan ve olmayan grupta öfke dışı puan ortalamasının kadınlardan yüksek olması, erkek egemen toplumumuzda öğrenilmiş davranış olarak değerlendirilebilir. Ayrıca geleneksel cinsiyet rolleri, erkek ve kadınların yetiştirme tarzındaki farklılıkların sonuçlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sürekli öfke ve öfke kontrolü yaş dönemlerine göre değişiklik gösterebilmektedir. Yapılan çalışmalarda ileri yaşlarda öfkeye yol açan durum ve tepkilerin azaldığı ve yaş ilerledikçe öfkenin daha iyi kontrol edildiği görülmektedir (27, 71, 72, 106). Araştırmaya alınan yaşlıların çoğunluğu 65-74 yaş grubundadır. HT olan ve olmayan grupta sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışı puan ortalamalarının yaş arttıkça azaldığı, öfke kontrol puan ortalamasının ise yaşla birlikte fazla bir farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.4.4, $p>0.05$). Ulutürk (27)'ün çalışmasında da yürütülen çalışmaya benzer olarak hipertansiyonu olan ve olmayan bireylerin sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışı puan ortalamaları yaş arttıkça azalırken

($p>0.05$), bizim çalışmamızın aksine öfke kontrol puan ortalamasının yaşla birlikte arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma bulgularındaki farklılık çalışmamızın 65 yaş üstü yaşlı bireylerle ve ev ortamlarında yapılırken, Ulutürk'ün çalışmasının orta yaş grubundaki bireylerle sağlık ocağında yapılmış olmasından kaynaklanmış olabilir.

Yapılan çalışma da HT olan ve olmayan yaşlıların medeni durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde, HT olan ve olmayan grupta evli olanların dul/bekarlara göre sürekli öfke, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4.4.5, $p>0.05$). Erkek ve ark. (14)'nın çalışmasında da benzer olarak, evli ve HT bireylerin sürekli öfke ve öfke dışı puan ortalamalarının bekârlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Evli olma bireylerin aile, ev, eş ve çocuk/torun bakımındaki sorumlulukları nedeniyle daha fazla sorun ve öfke yaşamalarına neden olabilir.

Öfke üzerinde etkisi olabilen bir diğer etken de eğitim durumudur. Yapılan araştırma da yaşlıların eğitim durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamaları değerlendirildiğinde; HT olan grupta eğitim düzeyi arttıkça sürekli öfke ve öfke içe puan ortalamaları düşerken, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları yükselmektedir. HT olmayan grupta ise eğitim düzeyi arttıkça sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışı puan ortalamaları düşerken, öfke kontrol puan ortalamaları yükselme göstermektedir. Ancak HT olan ve olmayan grupta eğitim düzeylerine göre, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamalarının arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.6, $p>0.05$). Karabulut ve ark. (111)'nin hipertansiyonlu bireylerle yaptığı çalışmada yürütülen çalışmaya benzer olarak eğitim düzeyi arttıkça sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışı puan ortalamaları azalırken öfke kontrol puan ortalamasının arttığı ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Savaşan ve Özgür (16)'ün hipertansiyonlu bireylerle yaptığı çalışmada ise eğitim düzeyi arttıkça sürekli öfke, öfke içe ve öfke kontrol puan ortalamasının azaldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, öfke dışı puan ortalamasının ise arttığı ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını saptamışlardır. Çalışmamızda olduğu gibi yukarıdaki bazı çalışmalarda da eğitim düzeyi yüksek bireylerin öfkelerini daha fazla

dışa yansıtımalarının nedeni öfke ve yüksek tansiyon ilişkisi konusundaki bilgi birikimi ve farkındalıklarından kaynaklı olabilir. Literatürde ve çalışmalarda eğitim seviyesi ve yaş arttıkça öfke kontrolünün arttığı belirtilmektedir. Çalışma bulguları bu anlamda literatürü desteklemektedir.

Yapılan çalışmada hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların öfkelenildiğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumuna göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamaları değerlendirilmiş; hipertansiyonu olan bireylerin fiziksel rahatsızlık yaşama ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.4.7, $p>0.05$). Ulutürk (27)'ün çalışmasında da benzer olarak hipertansiyonu olan bireylerde fiziksel rahatsızlık yaşama ile sürekli öfke, öfke iç, öfke dış ve öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır.

HT olmayan grupta ise, fiziksel rahatsızlık yaşayanların sürekli öfke ve öfke içe puan ortalamaları fiziksel rahatsızlık yaşamayanlara göre yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.7, $p<0.05$). Ulutürk (27)'ün çalışmasında HT olmayan grupta fiziksel rahatsızlık yaşayanların öfke içe puan ortalaması yaşamayanlardan yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda HT olmayan yaşlıların öfkelenildiğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumuna göre öfke kontrol puan ortalamaları incelendiğinde, diğerlerinin aksine fiziksel rahatsızlık yaşamayanların öfke kontrol puanlarının yaşayanlara göre daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.7, $p<0.05$). Bu sonuç bireylerin kişilik özellikleri ile ilişkili olabilir.

İş olanakları nedeniyle köyden kente göç artmakta, köyden kente göçle birlikte kent yaşamına alışık olmayan yaşlılar günlük yaşamını devam ettirebilmek için birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. İlde yaşayanlar kırsal kesimdekilere göre daha fazla trafik problemi, gürültü, stres ve sıkıntı yaratan durumla karşılaşmaktadır. Stres ve gerginlik yaratan bu etkenler öfke düzeyini artırmaktadır (28, 117). Yapılan araştırmada HT olan ve olmayan yaşlıların uzun süre yaşadığı yere göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamaları değerlendirilmiş; HT olan bireylerin yaşadığı yere göre; sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır

(Tablo 4.4.8, $p>0.05$). Savaşan ve Özgür (16)'ün hipertansiyonu olan bireylerle yaptığı çalışmada yürütülen çalışmadan farklı olarak öfke içe puan ortalamasının büyük şehirde yaşayanlarda köyde yaşayanlardan düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Yürütülen çalışmanın 65 yaş üzeri yaşlılarda yapılması, çoğunun vakitlerini evlerinde geçirmeleri, alış-veriş, faturaların ödenmesi gibi ihtiyaçların oğul/gelin/kız/torun tarafından giderilmesi nedeniyle stres yaratan durumla daha az karşılaşmalarına bağlı olabilir.

HT olmayan karşılaştırma grubunun ise yaşadığı yere göre öfke içe puan ortalamasının; il (15.71 ± 3.49) ve ilçede yaşayanlarda (15.56 ± 1.81), köyde yaşayanlara (18.53 ± 2.53) göre düşük olduğu görülmüştür. Yapılan istatistiksel değerlendirmede köyde yaşayanlarla ilde yaşayanlar arasında öfke içe puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.4.8, $p<0.05$). Ortalamalar köyde yaşayan bireylerin öfkelerini en fazla içinde tutan grup olduğunu, il ve ilçede yaşayanların ise öfkesini en az içinde tutan grup olduğunu göstermektedir. Ohiro ve ark. (116)'nın Japon toplumundaki çalışmasında ise sürekli öfke, öfke içe ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmalar arasındaki farklılıklar, öfke ifade tarzlarının değerlendirilmesinde yerleşim yeri faktörünün kültürel ve toplumsal açıdan farklı etkileri olabileceğini göstermektedir.

HT olmayan yaşlılarda öfke kontrolüne bakıldığında ise ilde (21.71 ± 4.60) ve ilçede (21.33 ± 1.93) yaşayanların öfke kontrol puan ortalamasının, köyde yaşayanlara (19.33 ± 4.79) göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede öfke kontrol puan ortalamaları açısından ilde yaşayanlar ile köyde yaşayanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (Tablo 4.4.8, $p<0.05$). Küçük yerleşim yeri ya da kırsal bölgede yaşayanlar nüfusun az olması sebebiyle birbirlerini daha fazla tanıyabilmektedirler. Bu nedenle birbirlerine karşı rahat, ilişkiler samimi ve davranışlarını kontrol etme ihtiyacı hissetmeyebilirler. Büyük ilde ilişkiler genellikle daha resmi ve kontrollüdür. Bu nedenle öfkelendiklerinde öfkelerini kontrol etmeleri beklenen bir durum olarak düşünülebilir. Yürütülen çalışmada da HT olmayan ve ilde yaşayan yaşlıların köyde yaşayanlara göre öfkelerini daha iyi kontrol edebildiği belirlenmiştir.

Araştırmamızda hipertansiyonu olan yaşlıların, HT tanısı alma süresi ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanları arasındaki ilişki incelenmiş, HT olan yaşlıların hipertansiyon süresi ile sürekli öfke ve öfke içe puanları arasında pozitif yönde zayıf, hipertansiyon süresi ile öfke kontrol puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmakla birlikte bu ilişkinin anlamlı olmadığı (Tablo 4.4.9, $p>0.05$), HT süresi ile öfke dışı puanları arasında ise negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 4.4.10, $p<0.05$). Hipertansiyon tanısı alma süresi artıkça öfkeyi dışı yansıtma puanlarının azalma yönünde eğilim gösterdiği gözlenmiştir. Bu sonuç yaşlıların HT tanısı ile yaşamlarını devam ettirmeye alışmış olmalarından kaynaklanabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hipertansiyonu olan yaşlıların sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının hipertansiyonu olmayan yaşlı bireylerden farklı olup olmadığının ortaya konması amacıyla yapılan bu araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

6.1. Yaşlıların Sosyo-Demografik Özellikleri ve Bazı Günlük Yaşam Aktivitelerine İlişkin Sonuçlar

- Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların yaş, medeni durum, eğitim durumu, uzun süre yaşanan yer, evde yaşanan bireyler ve gelir düzeyi açısından birbirine benzer ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,
- Hipertansiyonu olan grupta kadınların oranı %61.6 iken, karşılaştırma grubunda bu oranın %45.2 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Hipertansiyonu olan yaşlıların %91.8'inin, olmayanların %82.2'sinin boş zamanlarını televizyon izleyerek geçirdiği,
- Her iki grupta da egzersiz yapan (%58.9) ve yapmayanların oranının (%41.1) birbirine eşit olduğu, yaşlıların yarıdan fazlası egzersiz yaptıklarını ifade etmelerine rağmen HT olan grupta egzersizlerini düzenli yapanların oranının yalnızca %34.9 ve HT olmayan grupta da benzer olarak %32.6 olduğu, egzersiz yapma durumu ve düzeni açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı,
- Hipertansiyonu olan grupta uykuyla ilgili sorun yaşayanlar %67.1 iken, hipertansiyonu olmayan grupta bu oran %41.1 olarak belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.

6.2. Yaşlıların Sağlık/Hastalık Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

- Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların beden ve ruh sağlıklarını çoğunlukla orta ve iyi düzeyde algıladıkları, algılanan beden ve ruh sağlığı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,
- Hipertansiyonu olan bireylerin %78.1'i HT dışında en az bir kronik hastalığa sahipken HT olmayanlarda bu oranın %65.8 olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Hipertansiyonu olan yaşlılarda, 6-10 yıldır hipertansiyonu olan ve ilaç kullandığını ifade edenlerin oranı %26 iken, 5 yılın altında ve 21 yılın üzerinde hipertansiyonu olanların oranının %16.4 olduğu,
- Hipertansiyon tanısı alan yaşlıların %90.4'ünün, hipertansiyon nedeniyle yaşamlarının etkilendiği yönünde görüş bildirdiği görülmüştür.

6.3. Öfke Yaşama ve Öfke Kontrolüne İlişkin Sonuçlar

- Yaşlılarda yaşadığı duyguya bağlı kan basıncında değişiklik olduğunu ifade edenlerin oranı HT olan grupta %94.5 iken HT olmayan grupta %57.5 olarak belirlenmiş ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Hipertansiyonu olan bireylerin kendilerini en fazla oranda açık sözlü (%50.7), çabuk sinirlenip parlayan (%47.9), açık tepki vermeyip içine atan (%38.4) ve sakin (%37.0) bireyler olarak ifade ettikleri, HT olmayan karşılaştırma grubunda da benzer olarak kendilerini; açık sözlü (% 46.6), sakin (%43.8), açık tepki vermeyip içine atan (%39.7) ve çabuk sinirlenip parlayan (%39.7) kişiler olarak tanımladıkları,
- Hipertansiyonu olan grupta öfkelenildiğini fark edenlerin oranı %95.9 iken HT olmayan grupta %97.3 olduğu, HT olan grubun %83.6'sının, HT olmayanların %72.6'sının öfkelenildiğinde fiziksel rahatsızlık yaşadıkları, gruplar arasında öfkelenildiğini fark etme ve

öfkелendiğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumlarının birbirine benzer olduğu,

- Yaşlıların öfkелendiklerinde yaşadıkları fiziksel rahatsızlıkların her iki grupta da en fazla oranda baş ağrısı, halsizlik ve yorgunluk olduğu,
- Yaşlıları öfkелendiren nedenler arasında en fazla ifade edilen haksızlık yaşamanın hipertansiyonu olan grupta %82.2, HT olmayanlarda %67.1 olduğu,
- Öfkeyle baş etmede HT olan yaşlıların %64.4'ünün HT olmayanların %63'ünün ortamdaki uzaklaşıp yalnız kalmayı tercih ettikleri, en az oranda tercih edilen baş etme davranışının öfkenin sebebini bulmaya çalışma olduğu (HT olan: %1.4, HT olmayan: %2.7) görülmüştür.

6.4. Bazı Tanımlayıcı Özelliklerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzına Etkisine İlişkin Sonuçlar

- Hipertansiyonu olan ve olmayan grupta sürekli öfke ölçeği puan ortalaması ve öfke ifade tarzı ölçeğinin alt grupları olan öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı,
- Hipertansiyonu olan kadın ve erkek yaşlıların sürekli öfke puan ortalamalarının benzer ve öfke içe puan ortalamasının kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı,
- Hipertansiyonu olan erkeklerin öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamasının HT olan kadınlardan yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Hipertansiyonu olmayan kadın ve erkeklerde sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmadığı,
- Hipertansiyonu olan ve olmayan grupta sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışı puan ortalamalarının yaş arttıkça azaldığı, öfke kontrol puan ortalamasının ise HT olan grupta değişmezken HT olmayan grupta

azaldığı, ancak her iki grupta da yaşa göre, sürekli öfke ve öfke ifade tarz ölçeği puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı olmadığı,

- Hipertansiyonu olan ve olmayan grupta; evli olanların dul/bekarlara göre sürekli öfke, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı,
- Hipertansiyonu olan ve olmayan grupta eğitim düzeylerine göre, sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olmadığı,
- Hipertansiyonu olan bireylerin fiziksel rahatsızlık yaşama ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği kontrol puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel yönden anlamlı bulunmadığı,
- Hipertansiyonu olmayan grupta fiziksel rahatsızlık yaşayanların sürekli öfke ve öfke içe puan ortalamalarının fiziksel rahatsızlık yaşamayanlara göre yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Hipertansiyonu olan yaşlıların yaşadığı yere göre sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında istatistiksel yönden anlamlı fark olmadığı,
- Hipertansiyonu olmayan karşılaştırma grubunda; ilde yaşayanların öfke içe puan ortalamasının (15.71 ± 3.49), köyde yaşayanlara (18.53 ± 2.53) göre düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu,
- Hipertansiyonu olmayan yaşlılarda ilde yaşayanların öfke kontrol puan ortalamasının (21.71 ± 4.60), köyde yaşayanlara (19.33 ± 4.79) göre yüksek ve istatistiksel olarak aradaki farkın anlamlı olduğu,
- Hipertansiyonu olan yaşlıların hipertansiyon süresi ile sürekli öfke ve öfke içe puanları arasında pozitif yönde zayıf, hipertansiyon süresi ile öfke kontrol puanları arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmakla birlikte bu ilişkinin anlamlı olmadığı, HT süresi ile öfke

dışa puanları arasında ise negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Araştırmadan elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda;

- Hipertansiyonu olan ve olmayan yaşlıların çoğunluğunun vakitlerini TV izleyerek geçirdikleri, boş zamanlarını etkin olarak değerlendirmedikleri göz önüne alındığında, yaşlılara yönelik sosyal gruplar oluşturularak, boş zamanlarını daha aktif geçirmelerine yönelik düzenlemelerin yapılması (yürüyüş programlarının oluşturulması, yaşlıların aktif katılımlarıyla ilgi alanlarına yönelik kursların açılabilmesi için gerekli kurumlarla işbirliğine gidilmesi,
- Hipertansiyonu olan ve olmayan grupta düzenli egzersiz yapanlarının oranının düşük olması nedeniyle yaşlılara yönelik uygun egzersiz programlarının oluşturulması ve katılımlarının teşvik edilmesi,
- Hipertansiyonu olan yaşlıların yarıdan fazlasının, olmayanların yarıya yakının uykuyla ilgili sorun yaşamaları, yaşam kalitesini etkileyeceğinden, uyku hijyenine yönelik danışmanlık yapılması,
- Hipertansiyonu olan ve olmayan grubun yarıdan fazlasının öfkелendiğinde fizyolojik semptom yaşamaları nedeniyle, öfke duygusunun kontrolüne ilişkin sağlık çalışanları tarafından eğitimlerin düzenlenmesi,
- Hipertansiyonu olan yaşlıların çoğunluğunun antihipertansif ilaç kullanıyor olmasına rağmen yaşadığı duyguya bağlı kan basıncında değişiklik olduğunu ifade etmeleri, hipertansiyonu olmayan grubun da yarıdan fazlasının kan basıncında değişiklik olduğunu belirtmesi emosyonel stresin kan basıncı değişikliğindeki rolüne işaret etmektedir. Bu nedenle hipertansiyonu olan ve olmayan gruba stres yönetimi ve stresle başetme konusunda eğitimlerin verilmesi,
- Hipertansiyonu olan erkeklerin, öfke dışa puan ortalamasının kadınlardan yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olması sebebiyle erkek yaşlılara öfkelerini kontrollü bir şekilde ifade edebilmeleri konusunda eğitim verilmesi,

- Hipertansiyonu olmayan yaşlılarda, köyde yaşayanların ildekilere göre öfkelerini daha fazla içte tutmaları ve öfke kontrollerinin düşük olması nedeniyle, öfkenin uygun şekilde ifade edilmesi ve öfke kontrolüne yönelik eğitimlerin verilmesi,
- Yaşlılara öfkenin nasıl ifade edilebileceği ve öfke kontrolüne ilişkin eğitim materyalleri geliştirilip ücretsiz olarak dağıtılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. **Arıcı M.** Hipertansiyon tedavisinde 2004: Neler değişti? Neden değişti? *Türkiye Tıp Dergisi*, **2004**;11(3): 133-144.
2. **Yorgun H, Kabakçı G.** Yaşlılarda hipertansiyonun tanı ve tedavisi. *Geriatric Dergisi*, **2010**. http://www.geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_460.pdf (02.06.2013).
3. **Kearney PM, Welton M, Reynolds K, Whelton PK.** Global burden of hypertension: analysis of worldwide data *Lancet*, **2005**; 365: 217-23. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=112&sid=55cc24b7-209f-4420-a9f0-3452ec2833fe%40sessionmgr112> (02.06.2013).
4. World Health Organization-WHO. World Health Statistics: Part II highlighted topics, *WHO Library Cataloguing-in Publication Data*, **2012**: 33-46. URL: http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Full.pdf (19.06.2013).
5. Center for Disease Control and Prevention-CDC. Vital and health statistics: summary health statistics for u.s. adults: national health interview survey 2010, *National Center for Health Statistics, DHHS Publication*, **2010**: 10(52): 1-207. URL: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_10/sr10_249.pdf (19.06.2013).
6. **Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, et al.** Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the Patent study) in 2003. *J Hypertens*, **2005**; 23(10): 1817-1823.
7. **Sönmez Y, Bozkurt T, Tanrikulu B, Keskin İ.** Altmışbeş yaş ve üzeri nüfusta hipertansiyon prevalansı ve etkileyen etmenler. *Sted Dergisi*, **2007**; 16(5) 70-74.
8. **Ülger Z, Cankurtaran M.** Yaşlı hastalarda hipertansiyona yaklaşım. *Güncel İç Hastalıkları Dergisi*, **2008**. http://www.gihd.org/Upload/37/189/38-yasli_hastalarda_hipertansiyona_yaklasim.pdf (01.06.2013).
9. **Hacıhasanoğlu R.** Birinci basamakta hipertansiyon hastalarına yönelik eğitimin ve evde izlemin ilaca uyum ve hipertansiyonun yönetimine etkisi, Doktora Tezi, *Erzurum Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Erzurum, **2007**: 136s.
10. **Heidenreich PA, Trogdon JG, Khavjou OA, Butler J, Dracup K, Ezekowitz MD, et al.** Forecasting the future of cardiovascular disease in the united states : a policy statement from the american heart association. *Circulation*, **2011**; 123(8): 933-944. URL:<http://circ.ahajournals.org/content/early/2011/01/24/CIR.0b013e31820a55f5.full.pdf+htm> (19.06.2013).
11. **Kaplan NM.** Management of hypertensive patients with multiple cardiovascular risk factors. *Am J Hypertens*, **2001**; 14(6): 221s-224s. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895706101020933> (02.06.2013).
12. **Gök H.** Klinik Kardiyoloji. 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.Şti., **2002**: 619-659.
13. **Vos LE, Oren A, Uiterwaal C, Gorissen WHM, Diederick E, Grobbee Bots ML.** Adolescent blood pressure and blood pressure tracking into young adulthood are related to subclinical atherosclerosis: The atherosclerosis risk in young adults (ARYA) study. *Am J Hypertens*, **2003**; 16(7): 549-55.

14. **Erkek N, Özgür G, Gümüş A.** Hipertansiyon tanısı alan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2006**. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1369.pdf> (01.06.2013).
15. **Çelik C, Özdemir B, Çaycı T, Aparcı M, Özmenler KN, Özgen F, Özşahin A.** Esansiyel hipertansiyonda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. *Gülhane Tıp Derg*, **2009**; 51: 158-161.
16. **Savaşan A, Özgür G.** Bir sağlık ocağına başvuran hipertansiyon tanılı hastalarda sürekli öfke ve öfke tarzları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2010**. <http://www.hemsirelik.ege.edu.tr/files/cilt26sayi3-2010.pdf#page=83> (01.06.2013).
17. **Çelik C, Özdemir B.** Esansiyel hipertansiyonda psikolojik etmenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, **2010**. http://cappsy.org/archives/vol2/no1/cap_02_04.pdf (04.06.2013).
18. **Trabulut S, Altıparmak MR.** Yaşlıda hipertansiyon, Beğen T, Erdinçler DS, Altıparmak MR. Ed. Geriatrik ve Hasta Sorunları, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, İstanbul, **2011**: 113-121.
19. **Kökdemir H.** Öfke ve öfke kontrolü. Pivalko, **2004**. <http://www.elyadal.org/pivolka/12/ofke.htm> (02.06.2013).
20. **Özer AK.** Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifade tarzı (Öfke-Tarz) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, **1994**; 9(31): 26-35.
21. **Yu BH, Dimsdale JE, Mills PJ.** Psychological states and lymphocyte beta-adrenergic receptor responsiveness. *Neuropsychopharmacology*, **1999**; 21: 147-152.
22. **Schum JL, Jorgensen RS, Verhaeghen P, Sauro M, Thibodeau R.** Trait anger, anger expression, and ambulatory blood pressure: A meta-analytic review. *Journal Of Behavioral Medicine*, **2003**. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=108&sid=172c36b6-1b36-4294-aeae-de39eb34bcc9%40sessionmgr110>
23. **Soykan Ç.** Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, **2003**; 11(2): 19-27.
24. **Tambağ H, Öz F.** Aileleri ile birlikte ve yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerin öfke ifade etme biçimleri. *Kriz Dergisi*, **2005**; 13(1): 11-21.
25. **Batıgün AD, Şahin NH, Demirel EK.** Bedensel hastalıkları olan bireylerde stres, kendilik algısı, kişilerarası tarz ve öfke ilişkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, **2011**; 22(4): 245-254.
26. **Thomas KS, Nelesen RA, Dimsdale JE.** Relationships between hostility, anger expression and blood pressure. *Psychosom Med*, **2004**; 66: 298-304.
27. **Ulutürk E.** Antihipertansif kullanan bireylerin öfke ve öfke duygusunu ifade düzeylerinin belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Eskişehir, **2006**: 106s.
28. **Kısaç İ.** Üniversite öğrencilerinin bazı değişkenlere göre sürekli öfke ve öfke ifade düzeyleri, Doktora Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **1997**: 188s.
29. **Özmen A.** Seçim kuramına ve gerçeklik terapisine dayalı öfkeyle başa çıkma eğitim programının ve etkileşim grubu uygulamasının üniversite öğrencilerinin öfkeyle başa çıkma becerileri üzerindeki etkisi, Yayınlanmamış Doktora Tezi, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, **2004**: 210s.

30. **Zungur M, Yıldız A.** Hipertansif hastaya yaklaşım. *Sted Dergisi*, **2004**; 13(8): 297-303
31. **Halil M, Arıoğlu S.** Yaşlıda hipertansiyon: Birinci basamakta yaklaşım. *Klinik Gelişim*, **2004**; 17(2): 70-79.
32. **Kırkpantur A, Turgan Ç.** Geriatrik yaş grubunda hipertansiyon. Arıoğlu S.Ed. Geriatri ve Geriontoloji. 1.Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitap Sarayı, **2006**: 805-816
33. **JNC VII Complete Version.** National high blood pressure education program. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, **2003**; 42:1206-1252.
34. <http://cukurovatip.cu.edu.tr/halksagligi/dersnotlari/B%C3%B6l%C3%BCm-15-Kronik%20Hastal%C4%B1klar-KARA.pdf> (30.06.2013).
35. **Şarlı Ş.** Hipertansiyon hastalığı olanlarda tedaviye uyum, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, *Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, Kayseri, **2011**: 98s.
36. **Vatansever Ö.** Esansiyel hipertansiyonlu hastaların ilaç tedavisine uyum öz-etkililik düzeylerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anabilim Dalı*, Edirne, **2011**: 83s.
37. **Ateş S.** Hipertansiyon ve öfke. *Hemşirelik Forumu*, **2013**; 5(1): 39-43.
38. **Port CM.** Pathophysiology, Concept of Altered Health States, Alterations in Blood Pressure: Hypertension and Orthostatic Hypotension. 5 h, Lippincott Philadelphia New-York: **1998**.
39. **Rutledge T, Hogan BE.** A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. *Psychosom Med*, **2002**; 64(5): 758-66.
40. **Yazıcı K, Yazıcı EA.** Kardiyovasküler hastalıklarda psikososyal risk etkenleri. *Anadolu Psikiyatri Derg* **2003**; 4: 106-112.
41. **Kaplan MS, Nunes A.** The psychosocial determinants of hypertension. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, **2003**; 13: 52-59
42. **İkitimur B, Erdine S.** Yaşlanan toplumun sorunu: Yaşlılarda hipertansiyon zemininde kalp yetersizliği. *Klinik Gelişim*, **2011**; 24: 30-33.
43. **Fotherby MD, Putter JF.** Reproducibility of ambulatory and clinic blood pressure measurement in elderly hypertensive subjects. *Journal Hypertension*, **1993**; 11: 573-579.
44. **Sağ C, Köse S, Kurşaklıoğlu H.** Hipertansiyon ve j eğrisi fenomeni. *T Klin Kardiyoloji*, **1997**; 10: 37-41.
45. **Alparslan BG.** Yürüyüş ve gevşeme egzersizinin primer ve dirençli hipertansiyonun kontrolüne etkisi, Doktora Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2008**: 114s.
46. **Dalak H.** Esansiyel hipertansiyonu olan bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sosyal destek arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2010**: 150s.

47. **Özkan M.** Afyonkarahisar ili Dinar ilçesi 40 yaş ve üzeri popülasyonda hipertansiyon prevalansı ve ilişkili faktörlerin araştırılması, Yüksek Lisans Tezi, *Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2008**: 97s.
48. **Ulusoy Ş.** Hipertansiyon tedavisinde yeni kılavuzlar, tedavide değişenler, yeni sorunlar. **2010**. http://www.turkhipertansiyon.org/kongre2010/sukru_ulusoy.pdf, Erişim Tarihi: 02/10/2013
49. **Terakye G.** Hasta Hemşire İlişkileri, 5. Baskı, Ankara: Zirve Ofset Ltd. Şti., **1998**: 56-65.
50. **Lerner H.** Öfke Dansı, Çev: Gül,S., 10. Baskı, İstanbul: Varlık Yayınları, **2010**.
51. **Albayrak B, Kutlu Y.** Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilimi ve Sanatı Dergisi*, **2009**; 2(3): 57-68.
52. **Balkaya F, Şahin NH.** Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Derg*, **2003**; 14(3): 192-202
53. **Özmen A.** The theoretical approaches and the factors causing the emergence in individuals. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, **2006**; 39-56.
54. **Öz S, Aysan F.** Öfke yönetimi eğitiminin okul psikolojik danışmanlarının öfkeyle başa çıkma ve güvengencilik becerilerine etkisi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2012**; 4(6): 52-69.
55. **Kaplan A.** Öfke yönetimi becerileri programının ilköğretim 5. Sınıf öğrencilerinin saldırganlık düzeyi ve benlik saygısına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, İzmir, **2007**: 112s.
56. **Beyazaslan T.** Öfke kontrol eğitiminin hipertansiyon tanısı alan hastaların öfke ve duygu kontrol durumlarına etkisi, Yüksek Lisans Tezi, *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, Gaziantep, **2012**: 118s.
57. **Şahin HN, Batıgün DA, Uzun C.** Anksiyete bozukluğu: Kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından bir değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Derg*, **2011**; 12: 107-113.
58. **Tambağ H.** Aileleri ile birlikte ve yetiştirme yurtlarında yaşayan adölesanların öfke ifade etme biçimleri, Yüksek Lisans Tezi, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2004**: 98s.
59. **Kaya N, Kaya H, Atar YN, Turan N, Eskimez Z, Palloş A, Aktaş A.** Hemşirelik ve ebellek öğrencilerinin öfke ve yalnızlık özellikleri. *Hemşirelik Eğitimi ve Araştırma Dergisi*, **2012**; 9 (2): 18-26.
60. **Gündoğdu R.** Yaratıcı drama temelli çatışma çözme programının ergenlerde öfke, saldırganlık ve çatışma çözme becerisine etkisi, Doktora Tezi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Konya, **2009**: 274s.
61. **Morgan Clifford T.** Psikolojiye giriş. Çev: H. Arıcı ve Ark. 17. Baskı, Ankara: Meteksan Yayınları, **2006**.
62. **Savaşan A.** Hipertansiyonu olan hastalarda öfke ve özbakım gücü ilişkisi, Yüksek Lisans Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü*, İzmir, **2006**: 104s.
63. **Gençtan E.** İnsan Olmak. 24. Baskı, İstanbul: Remzi Kitapevi, **1994**.

64. **Rayes LR, Meininger CJ, Liehr P, Chan W, Mueller WH.** Anger in adolescents, sex, ethnicity, age differences, and psychometric preoperties, *Nursing Research*, **2003**; 52(1): 2-11.
65. **Danışık DN.** Ergenlerin sürekli öfke ifade tarzları ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Bolu, **2005**: 112 s.
66. **Yılmaz S.** Hemşirelerin öfke ifade etme ve iletişim biçimleri, Yüksek Lisans Tezi, *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İstanbul, **2009**: 108s.
67. **Kısaç İ.** Gençlerin öfkelerini ifade ettikleri hedef kişiler. *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, **2005**; 25(2): 71-81.
68. **Çelik HC, Acar T.** Kronik hemodiyaliz hastalarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, **2007**; 12(1): 23-27.
69. **Engin E.** Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin öfke düzeyleri ile iş motivasyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi, Doktora Tezi, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, İzmir, **2004**: 203s.
70. **Arslan C.** Öfke ve öfkeyi ifade etme biçimlerinin, stresle başa çıkma ve kişiler arası problem çözme açısından incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, **2010**; 10(1): 7-43.
71. **Siegel JM.** The multidimensional anger inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, **1986**; 51(1): 191-200.
72. **Schieman S.** Age and anger. *Journal of Health and Social Behavior*, **1999**; 40: 273-289.
73. **Demir B.** Hemodiyaliz hastalarında gevşeme egzersizlerinin öfke ve öfke kontrolü üzerine olan etkisinin incelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı*, Erzurum, **2009**: 79s.
74. **Scuteri A, Parsons D, Chesney MA, Anderson DA.** Anger inhibition potentiates the association of high end-tidal CO₂ with blood pressure in women. *Psychosom Med*, **2001**; 63: 470-475.
75. **Suls J, Wan CK, Costa PT.** Relationship of trait anger to resting blood pressure: A meta-analysis. *Health Psychology*, **1995**; 14(5): 444-456.
76. **Park YJ, Baik S, Choi Y, Shin H, Moon S, Khim S.** The relation of trait anger and anger expression to cardiovascular responses and depression in middle-aged Korean women. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, **2005**; 35(7): 1371-1378.
77. **Akça AF.** Temel Hemşirelik. Ertem UT, Özcan NK, Güneş B, Işık DR, Savran S. Eds. İstanbul Medical Yayıncılık: Elma Ofset. İstanbul, **2007**; 37s.
78. **Bilge A, Ünal G.** Öfke, öfke kontrolü ve hemşirelik yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **2005**; 21(1): 189-196.
79. **Türkiye İstatistik Kurumu.** (2013). İstatistiklerle Yaşlılar. [http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id\(07.04.2014\)](http://www.tuik.gov.tr/HbPrint.do?id(07.04.2014)).
80. **Elliott P, FRCP, FFPHM, FMedSci.** Tuz ve kan basıncı. Izzo LJ, Black RH. Ed. Primer Hipertansiyon. 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, **2004**: 277-279.
81. **Ayrancı Ü, Köşgeroğlu N, Yenilmez Ç, Aksoy F.** Eskişehir’de yaşlıların sosyoekonomik özellikleri ve sağlık durumları. *Sted Dergisi*, **2005**; 14(5): 113-119.

82. **Aparcı M, Kardeşoğlu E, Yiğiner Ö, Özmen N, Cingözbay BY, Cebeci BS.** Sosyoekonomik düzeyi farklı bölgelerde bulunan iki sağlık ocağında takip edilen hipertansiyon hastalarının tedaviye uyum süreci ve değişik özelliklerinin karşılaştırılması. *TAF Prev Med Bull*, **2008**; 7(4); 333- 338.
83. **Levenstein S, Smith MW, Kaplan GA.** Psychosocial predictors of hypertension in men and women. *Arch Intern Med*, **2001**; 161: 1341- 1346.
84. **Bilir N.** Türkiye’de ve Dünya’da yaşlılarda demografik özellikler. Arıoğlu S. Ed. Geriatri ve Geriontoloji. 1.Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitap Sarayı, **2006**: 3-9.
85. **Kurt G, Beyaztaş YF, Erkol Z.** Yaşlıların sorunları ve yaşam memnuniyeti. *Adli Tıp Dergisi*, **2009**; 24(2): 24-32.
86. **Yüksel YM, Dinçer F, Büyükköse TH, Lale HZ.** Yaşlıların boş zaman değerlendirmesi üzerine bir inceleme. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, **2014**; 3(1): 107-115.
87. **Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G.** Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi, *Anadolu Psikiyatri Derg*, **2005**; 6: 227-239.
88. **Kırdı N, Bumin G, Kayıhan H.** Geriatrik yaş grubunda yaşam kalitesi ve değerlendirmesi. Arıoğlu S. Ed. Geriatri ve Geriontoloji. 1. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitap Sarayı, **2006**: 245-254.
89. **Soyuer F, Soyuer A.** Yaşlılık ve fiziksel aktivite. *İnönü Üniveristesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2008**;15(3): 219-224.
90. **Yalçın MB.** Edirne ilinde hipertansiyon prevalansı ve eşlik eden etyopatolojik risk faktörleri, Uzmanlık Tezi, *Trakya Üniversitesi*, Edirne, **2002**: 95s.
91. **Öztürk A, Aykut M, Günay O, Gün İ, Özdemir M, Çıtıl R, Öztürk Y.** Kayseri ilinde 30 ve üzeri yaş grubunda hipertansiyon prevalansı ve etkileyen faktörler. *Erciyes Tıp Dergisi*, **2011**; 33(3): 219-228.
92. **Atik ÖD, Zeydan EZ, Coşar AA,** Uyku sorunları hipertansiyona neden olur mu?. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, **2012**; 1-7.
93. **Fadıloğlu Ç, İlkbay Y, Yıldırım KY.** Huzurevinde kalan yaşlılarda uyku kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2006**; 9(3): 165-169.
94. **Önal AE, Şeker Ş, Temizkan N, Kaya İ, Tezoğlu C, Gür ÖS, Güngör G.** Yaşlılıkta uyku sorunları ve ilgili faktörler: +65 Aktif yaşlanma projesi sonuçları. *Turkish Journal of Geriatrics*, **2012**; 15(4): 390-395.
95. **Yılmaz TTT,** Uyku bozuklukları ve birinci basamak sağlık hizmetleri açısından önemi. *Smyrna Tıp Dergisi*, **2012**; 94-98.
96. **Demir B.** Yaşlılıkta uyku bozuklukları. Arıoğlu S.Ed. Geriatri ve Geriontoloji. 1.Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitap Sarayı, **2006**: 853-859.
97. **Gangwisch JE, Heymsfield SB, Boden-Albala B, Buijs RM, Kreier F, Pickering TG, et al.** Short sleep duration as a risk factor for hypertension: Analyses of the first national health and nutrition examination survey. *Hypertension*, **2006**; 47: 833-839.
98. **Özyurt CR, Tunç B, Hatipoğlu S.** Yaşlıların yaşlılıkla ilgili tutumları: Manisa’da bir kentsel ve kırsal bölge örneği. *The Journal of Academic Geriatrics*, **2012**; 5: 29-37.

99. **Arnoğlu S, Ülger Z.** Kırılgan yaşlı. Arnoğlu S. Ed. Geriatri ve Geriontoloji. 1.Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitap Sarayı, **2006**: 385-394.
100. **Ellidokuz H, Ellidokuz E, Uçku R, Aydın Ü.** Kurumda ve evde yaşayan yaşlılarda sağlık durumu değerlendirmesi. *Sağlık ve Toplum*, **2005**; 15(2): 40-44.
101. **Tatar M.** Geriatri Merkezlerinin Örgütlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi Sempozyum Kitabı. Ankara, **2002**.
102. **Toros A, Öztekin Z.** Health Services Utilization Survey in Turkey. Health protect General Coordination Unit. Ministry of Health, Ankara, **1995**.
103. **Yardımcı EA.** İstanbul'da yaşayan yaşlı öğretmenlerin sağlık sorunlarının günlük yaşam aktiviteleri ve aletli günlük yaşam aktiviteleri ile ilişkisi, Uzmanlık Tezi, *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı*, İstanbul, **2005**: 179s.
104. **Çöl M, Özdemir O, Ocaktan EM.** Park sağlık ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi kontrol durumları ve davranışsal faktörler. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine*, **2006**; 59 (4): 144-149.
105. **Okan A.** Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi'ne kayıtlı 65 yaş ve üstü kişilerin hipertansiyon farkındalığı ve evde bakım uygulamaları, *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bolu, **2010**: 135s.
106. **Arsakay G.** Hipertansiyon ruhsal etkenler, öfke ve kontrolü, problem çözme yolları, Uzmanlık Tezi, *Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Ankara, **2001**: 79s.
107. **Özdemir E.** Muş E Tipi Kapalı İnfaz Kurumu'nda kasten adam öldürmek suçundan gelen hükümlü erkeklerde öfke ve öfke ifade tarzları ile saldırganlık ilişkisinin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, *Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Adana, **2009**: 94s.
108. **Karşlı E.** Kişilerarası tarz, kendilik algısı, öfke ve psikosomatik bozukluk, Yüksek Lisans Tezi, *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*, Ankara, **2008**: 177s.
109. **Özmen M.** Hipertansiyon, kişilik yapısı ve stres. *Hipokrat Dergisi*, **2002**; 11(11): 339-342.
110. **Çubukçu S.** Edirne'deki 65 yaş üzeri bireylerde hipertansiyon prevalansı, hipertansiyonun günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Yüksek Lisans Tezi, *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, Kayseri, **2005**: 125s.
111. **Karabulut N, Kılıç D, Köse S.** Hipertansiyonlu bireylerde öfke ve anksiyete düzeyleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, **2004**; 1-8.
112. **Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Julkunen J, Salonen JT.** Anger expression and incident hypertension. *Psychosom Med*, **1998**; 60: 730-735.
113. **Glenn V. Ostir, Phd, Ivonne M. Berges, Phd, Kyriakos S. Markides, Phd, and Kenneth J. Ottenbacher, Phd.** Hypertension in older adults and the role of positive emotions. *Psychosom Med*, **2006**; 68: 727-733.
114. **Balkaya F.** Öfke: Temel boyutları, nedenleri ve sonuçları. *Türk Psikoloji Yazıları*, **2001**; 4(7): 21-45.

115. **Topçuoğlu V.** Renin düzeyine göre gruplandırılan esansiyel hipertansiyon hastalarının öfke, anksiyete, depresyon, aleksitimi ve psikolojik profillerinin karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, **1998**: 66s.
116. **Ohira T, Iso H, Tanigawa T, Sankai T.** The relation of anger expression with blood pressure levels and hypertension in rural and urban Japanese communities, *J Hypertens.* **2002**; 20(1): 21-27.
117. **Yardım N.** Yaşlanma ve kronik hastalıklar. Aslan D. Ertem M. Ed. Yaşlı Sağlığı Sorunları ve Çözümler 1.Baskı, Palme Yayıncılık: **2012**: 60-64.

8. EKLER

EK-I:

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcı;

Bu soru formu bilimsel amaçlı bir araştırma içindir. Soru formundaki bilgiler grup halinde değerlendirilecek ve bireysel inceleme yapılmayacaktır. Elde edilen kişisel veriler bir başkasıyla paylaşılmayacaktır. Sorulan soruların doğru ya da yanlış cevabı bulunmamaktadır. Önemli olan aşağıdaki soruları size en uygun olduğunu düşündüğünüz şekilde cevaplandırmanızdır. Bu çalışmayla hipertansiyon tanısı konulan bireylerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının hipertansiyonu olmayan bireylerden farklı olup olmadığının ortaya konması amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılarak bu amacın gerçekleşmesine katkı sağladığınız için teşekkür ederim.

Soruları size uygun şekilde cevaplayınız lütfen.

A. Sosyo- Demografik Özellikler ve Bazı Günlük Yaşam Aktiviteleri

1) Doğum tarihi:/...../.....

(gün) (ay) (yıl)

2) Cinsiyeti: a) Kadın b) Erkek

3) Medeni durumu:

a) Evli b) Bekar c) Diğer.....

4) Eğitim durumu:

a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul
d) Ortaokul e) Lise ve üzeri

5) Uzun süre yaşadığınız yer:

a) Büyük şehir b) İl c) İlçe/kasaba d) Köy

6) Sağlık güvencesi: a) Var b) Yok

7) Evde kimlerle birlikte yaşıyorsunuz?

a) Yalnız b) Eşi ile birlikte c) Ailesi ile (eşi, çocukları)
d) Aile dışında birileri ile (akraba)
e) Diğer (Lütfen belirtiniz).....

8) Size göre gelir düzeyiniz:

- a) Gelir-giderden az b) Gelir-giderden fazla c) Gelir-gideri karşılıyor

9) Boş zamanlarınızda ne yaparsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Televizyon izlerim b) Kitap okurum c) Müzik dinlerim
d) Spor yaparım e) Alışveriş yaparım f) Gazete okurum
g) Bulmaca çözerim h) El işi yaparım ı) Diğer.....

10) Egzersiz alışkanlığı;

- a) Var b) Yok (ise 12. Soruya geçin)

11) Egzersiz alışkanlığınız var ise nasıl?

- a) Düzenli (Her gün mutlaka 30 dak- 1 saat arası yürürüm)
b) Düzensiz (Ara sıra yürürüm)
c) Diğer (açıklayınız).....

12) Uykuya dalma ve sürdürme ile ilgili sorunuz olur mu?

- a) Evet b) Hayır

B. Yaşlının Sağlık/Hastalık Özellikleri

13) Son bir aydır beden sağlığını nasıl algılıyorsunuz?

- a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

14) Son bir aydır ruh sağlığını nasıl algılıyorsunuz?

- a) Çok iyi b) İyi c) Orta d) Kötü e) Çok kötü

15) Son bir aydır doktora/ sağlık kuruluşuna başvurduğunuz mu?

- a) Hayır
b) Evet (ne için başvurdu?

16) Hipertansiyon hastalığınız var mı?

- a) Var
b) Yok (Yok ise 21. soruya geçiniz)

17) Ne kadar süredir hipertansiyonunuz var?.....

18) Ne kadar süredir hipertansiyon ilacı kullanıyorsunuz?.....

19) Hipertansiyon yaşamınızı etkiledi mi?

- a) Evet b) Hayır

20) Hipertansiyon dışında ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?

- a) Var b) Yok

C. Öfke Yaşama ve Öfke Kontrolüne İlişkin Özellikler

21) Duygusal durumunuza bağlı olarak (öfkelenip/sinirlenince, üzülünce, stres) kan basıncınızda değişiklikler (iniş-çıkış) oluyor mu?

- a) Evet b) Hayır c) Bilmiyorum

22) Siz kendinizi nasıl tanımlarsınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

- a) Sakin b) Çabuk sinirlenip parlayan
c) İçine kapanık d) Sık sık tartışmaya giren
e) Açık sözlü f) Sorunları konuşarak çözmeye çalışan
g) Sorunları önemsemeyen h) Açık tepki vermeyip içine atan
i) Eleştirilmekten rahatsız olan i) Diğer.....

23) Öfkelendiğinizizi fark eder misiniz?

- a) Evet b) Hayır

24) Neler sizi öfkeler? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Haksızlık yaşama b) Beklentilerin karşılanmaması
c) Ailevi sorunlar d) Saygısızlık
e) Anlaşılamama f) Diğer(açıklayınız).....

25) Öfkelendiğinizde fiziksel rahatsızlığınız olur mu?

- a) Evet b) Hayır (ise 27. soruya geçin)

26) Cevabınız “evet” ise, ne tür bir fiziksel rahatsızlık? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Başım ağrır b) Göğsüm sıkışır c) Ellerim titrer d) Midem ağrır
e) Ateş basar f) Kendimi halsiz ve yorgun hissederim
g) Bedenimin kasıldığını hissederim h) Diğer.....

27) Çok öfkelendiğinizde öncelikle ne yaparsınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a) Kimse ile konuşmam, surat asarım / susma
b) Öfkemi kontrol etmeye çalışırım / kendi kendini telkinle rahatlama
c) Öfkenin sebebini bulmaya çalışırım
d) Yakın arkadaşım ile paylaşıyorum
e) Ortamdan uzaklaşıp, yalnız kalıp düşünürüm,
f) Öfkelendiğim kişi ile konuşup, sorunu çözmeye çalışırım

EK II:

SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZ ÖLÇEĞİ

1-Bölüm: Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her bir ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi, ifadelerin sağ tarafındaki sayılardan uygun olanına çarpı işareti koymak suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1. Çabuk parlarım				
2. Kızgın mizaçlıyım				
3. Öfkesi burnunda bir insanım				
4. Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım				
5. Yaptığım bir şeyden sonra takdir edilmemek canımı sıkar				
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim				
7. Öfkelenince ağzıma geleni söylerim				
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir				
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir				
10. Yaptığım iş kötü olarak değerlendirildiğinde çılgına döner				

2- Bölüm: Yönerge: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak kişilerin öfke duyguları ile ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlamada kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke kızgınlık duyduğunuzda genelde ne sıklıkla ifadede tanımlanan şekilde davrandığınızı veya tepki gösterdiğinizi sayılardan uygun olanına işaret koyarak belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeyin.

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

EK-III.

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	
HİPERTANSİYONU OLAN VE OLMAYAN YAŞLILARDA ÖFKE DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI	
Sayın Katılımcı; Bolu Valiliği Yaşlı Merkezine kayıtlı yaşlılarla “Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Yaşlılarda Öfke Durumlarının Karşılaştırılması” adlı bir çalışma yapmayı planlamaktayım. Bu araştırma bilimsel bir tez çalışmasıdır. Hipertansiyon yaşlılarda yaygındır. Özellikle toplumdaki yaşlıların %60-80’i tansiyon hastasıdır. Yaşlıların çoğu tansiyon hastası olduğunun farkında değildir. Tedavi edilmediğinde hipertansiyonun sonuçları öldürücü olabilen ciddi bir sağlık sorunudur. Hipertansiyon tanısı alan hastaların antihipertansif kullandıkları dönemde sağlık ve aile ile ilgili stresörlerle karşılaştıklarında tansiyonlarının yüksek olması ve ilaç kullanıyor olmasına rağmen psikolojik faktörlere bağlı tansiyon değişikliğinin yaşanması hipertansiyonun seyrinde psikolojik faktörlerin etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Öfke yüksek tansiyon ile yakından ilişkilidir. İçte tutulan ya da bastırılan öfke sonucunda; kalp-damar rahatsızlıkları, baş ağrısı, migren ve hipertansiyon oluşmakta bu durum aynı zamanda kişilerarası ilişkileri ve bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Tüm bu bilgiler ışığında, hipertansiyon tanısı konulan bireylerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının hipertansiyonu olmayan bireylerden farklı olup olmadığının ortaya konmasıyla yaşlı bakım kalitesinin artması ve daha sonra yapılacak olan çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırma için sizlerden “Kişisel Bilgi Formu” ve “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği”ni cevaplandırmanız istenecektir. Araştırmaya katılmakta tamamen özgürsünüz. Araştırmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ve sizden ücret talep edilmeyecektir. Araştırmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekme hakkına sahipsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararınıza engel bir duruma yol açmayacaktır. Size ait veriler gizli tutulacak ve kimliğiniz belirtilmeden sağlık alanındaki çalışmalarda, yaşlı eğitimi ve danışmanlığında, yaşlı bakım kalitesinin artmasında yol gösterici olmak üzere bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın, kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.	
Yaşlının: Adı-Soyadı: Bilgilendirilme Tarihi: Tel: Adres: İmzası:	Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Nevin ÇITAK BİLGİN Araştırmacı: Fatma AYHAN

EK-IV

T.C
BOLU VALİLİĞİ
YAŞLI MERKEZİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ

SAYI : BVYMK/02

KONU: Uygulama izni

B O L U

22.01.2013

Sayın Fatma AYHAN

Koordinatörlüğümüze “Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Yaşlılarda Öfke Durumlarının Karşılaştırılması” konulu, 11.01.2013 tarihli araştırma izni ile ilgili başvurunuz incelenmiş olup çalışmanızın Merkezimizde yapılabilmesi için gerekli izin uygun görülmüştür.


Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN
Yaşlı Merkezi Koordinatörü

EK-V

T.C
BOLU VALİLİĞİ
YAŞLI MERKEZİ KOORDİNATÖRLÜĞÜ

SAYI : BVYMK/61

KONU: Uygulama İzni

BOLU

22.01.2013

BOLU VALİLİĞİ'NE

Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Fatma AYHAN'nın "Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Yaşlılarda Ötke Durumlarının Karşılaştırılması" konulu çalışmanın Bolu Valiliği Yaşlı Merkezi'ne kayıtlı yaşlılarda yapılmasını takdirlerinize arz ederim.

Teklif Eden

Prof. Dr. Feray GÖKDOĞAN
Yaşlı Merkezi Koordinatörü


OLUR

22/01/2013

H. Needet ÖZEROĞLU

Vali a.

Vali Yardımcısı

EK-VI



Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu

Fatma AYHAN
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı, Dahiliye Hemşireliği

Sayın Fatma AYHAN

“Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Yaşlılarda Öfke Durumlarının Karşılaştırılması”
konulu araştırmanız ile ilgili olarak Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna yapmış olduğunuz başvuru (Protokol NO. 2013/09) Kurulumuzun 07.01.2013 tarihli ve 2013/09 toplantısında değerlendirilerek etik olarak uygun bulunmuştur. Bilgilerinize sunarız.

Prof. Dr. Hamit COŞKUN (Başkan)

Doç. Dr. Mithat DURAK (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Dilşad ÇOKNAZ (Üye)

Doç. Dr. Mehmet ERYİĞİT (Üye)

Doç. Dr. Altay EREN (Üye)

Yrd. Doç. Dr. Seval ALKOY (Üye)

Av. Zuhale DEMİRCİ (Üye)

EK-VII

RE: Saygılarımla.

31 Mayıs 2012 Perşembe 13:41

Tarih :

Kimden :

Kadir Ozer <kozer@dogus.edu.tr> [Adres Defterine Ekle]

Kime :

fatma_ertan <fatma_ertan@mynet.com>

Sn.Ayhan, söz konusu ölçeği araştırmanızda kullanabilirsiniz. Sonuçlarını benimle paylaşabilirseniz sevinirim.

Prof.Dr.A.Kadir Özer

Doğuş Üniversitesi/Dogus University

Fen-Edebiyat Fakültesi/Faculty of Arts & Sciences

Psikoloji Bölümü/Department of Psychology

Tel: +90 544 5555/1225

<http://psikoloji.dogus.edu.tr/>

Email: kozer@dogus.edu.tr

From: fatma_ertan [mailto:fatma_ertan@mynet.com]

Sent: Thursday, May 31, 2012 1:32 PM

Subject: Saygılarımla.

Sayın Kadir ÖZER

"Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Yaşlılarda Öfke Durumlarının Karşılaştırılması" konulu araştırmamda izniniz olursa Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeğini kullanmak istiyorum.

Teşekkür ederim. Saygılarımla

Fatma AYHAN,

AİBÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi.

A.İ.B.Ü
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TEZ DANIŞMANI / TEZ BAŞLIĞI DEĞİŞİKLİK FORMU

Gönderen : Hemşirelik.....EABD Başkanlığı

Öğrencinin Adı Soyadı : Fatma AYHAN.....

Öğrenci No. : 21110804.....

Programı : Yüksek Lisans ☒ Doktora ☐

Mevcut Tez Başlığı : Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Yaşlılarda Öfke Durumlarının Karşılaştırılması

Yeni Tez Başlığı :

ESKİ	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Prof.Dr.Feray GÖKDOĞAN	Emekli Oldu
Ortak Tez Danışmanı		

YENİ	Ünvanı, Adı Soyadı	İmza
Tez Danışmanı	Yrd.Doç.Dr.Nevin ÇITAK BİLGİN	
Ortak Tez Danışmanı		

12.02.2013
Tarih

Danışman

Anabilim Dalı Başkanı

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

Tarih: 15 02 2013

Karar No: 2013/21

15 02 2013
Tarih

Doç. Dr. M. Esra KOÇOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Enstitü Müdürü

Bu form iki kopya doldurulacaktır.

EK- VIX

T.C.
ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ : 15.02.2013
TOPLANTI SAYISI : 2013/03

Enstitü Yönetim Kurulu 15.02.2013 tarihinde saat 11:00'da Enstitü Müdürü Doç. Dr. Esra KOÇOĞLU başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

TOPLANTIYA KATILANLAR: Doç.Dr. M. Esra KOÇOĞLU
Yrd.Doç.Dr. Mehmet TOSUN
Prof.Dr. Kenan GÜMÜŞTEKİN
Doç.Dr. Necmiye ÜN YILDIRIM
Yrd.Doç.Dr. Orçun TOPTAŞ

TOPLANTIYA KATILMAYANLAR:

KARAR NO: 2013/21

Enstitümüz Hemşirelik Anabilim Dalı 12.02.2013 tarih ve 2013-03 nolu toplantısında alınan 3 numaralı kararı görüşüldü.

Hemşirelik Anabilim dalında tez danışmanlığı yürütmekte olan Prof.Dr. Feray GÖKDOĞAN'ın 24.01.2013 tarihinde emekliye ayrılması nedeniyle yürütmekte oldu tez danışmanlıklarının ilgili anabilim dalınca aşağıdaki şekilde değiştirilmesi teklif edilmektedir. Danışman değişikliklerinin teklif edildiği şekli ile uygun olduğuna;

Öğr. No	Öğr. Adı Soyadı	Tez Danışmanı Unvanı, Adı ve Soyadı
21110804	Fatma AYHAN	Yrd.Doç.Dr. Nevin ÇITAK BİLGİN
2910803	Seval İLHAN	Yrd.Doç.Dr. Serpil YÜKSEL
21010805	Derya BOZTAŞ	Yrd.Doç.Dr. Arzu İLÇE
21010803	Çiğdem KARAGÜLLE	Yrd.Doç.Dr. Makbule TOKUR KESGİN
21110801	Dilek UYGUR	Yrd.Doç.Dr. Bedriye AK
21110805	Sultan ÖZEL	Yrd.Doç.Dr. Yurdanur DİKMEN
21010802	Keziban TÜRKEN GEL	Yrd.Doç.Dr. Makbule TOKUR KESGİN

Oy birliği ile karar verilmiştir.



9. ÖZGEÇMİŞ

Fatma Ayhan 07.05.1970 tarihinde Kırcaali’de doğdu. İlk orta ve lise eğitimini Bursa’da tamamladı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’ndan 1993 yılı Haziran ayında mezun oldu. 1993 yılında Hacettepe Üniversitesi Büyük Acil servisinde hemşire olarak çalışmaya başladı. 1998-2001 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Erişkin Hastanesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğünde supervisor olarak görev yaptı. Mart 2001’de Abant İzzet Baysal Üniversitesi Bolu Sağlık Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak göreve başladı. O tarihten beri aynı görevine devam etmektedir.