

Bir Hastaneye Başvuran Koroner Arter Hastalarından Oluşan Çalışma Grubunun Sağlık Denetim Odağı Algıları ve İlişkili Etmenler

Health Locus of Control Perceptions and Related Factors of the Study Group Formed by the Applicants of an Hospital with Coronary Artery Disease

Uz.Hem. Nilgün KURU,^a
Doç.Dr. Birgül PIYAL^b

^aGATA, Yoğun Bakım Başkanlığı,
^bHalk Sağlığı AD,
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 03.05.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 16.01.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Uz.Hem. Nilgün KURU
GATA, Yoğun Bakım Başkanlığı,
Ankara,
TÜRKİYE/TURKEY
knilgun@windowslive.com.tr

ÖZET Amaç: Bu çalışmanın amacı; koroner arter hastalarından oluşan çalışma grubunun sağlık denetim odağı algılarının ve ilişkili etmenlerin belirlenmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Kesitsel tipteki çalışma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Polikliniğinde Aralık 2009-Şubat 2010 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunu, en az 6 ay öncesinde koroner arter hastalığı (KAH) tanısı alan, 20-65 yaşları arasında ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler (n=300) oluşturmuştur. Sosyodemografik özellikler ve sağlık davranışlarına yönelik 33 maddelik kişisel bilgi formu ve 18 maddelik Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı (ÇYSDO) Ölçeği, çalışma grubuna yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. İstatistiksel değerlendirmede Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis Varyans Analizi testleri uygulanmıştır. **Bulgular:** Grubun %57,7'si erkek, %46,3'ü 50-59 yaşında ve %56,3'ü yüksek öğrenim mezunudur. İç denetim odağı, dış denetim odağı ve şans alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları ve cinsler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Benzer şekilde, dış denetim odağı ve şans alt ölçeği puan ortalamaları açısından da öğrenim durumu, meslek, KAH süresi, vücut ağırlığı koruma çabası ve beden kitle indeksi grupları arasında farklılık saptanmıştır (p<0,05). **Sonuç:** KAH tanılı bireyler hastalık yönetiminin etkin katılımcıları olarak yetkinleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Koroner arter hastalığı; davranış kontrolü

ABSTRACT Objective: Main objective of this study is to define health locus of control perceptions of the study group formed by coronary heart disease patients and related factors. **Material and Methods:** The cross sectional study has been carried out at cardiology polyclinic of Gülhane Military Medical Academy Ankara Training and Research Hospital between December 2009 and February 2010. Study group (n=300), consisted of 20-65 years of age persons those approved to participate to the study and those had coronary heart disease diagnosis at least 6 months before the data collection period. A 33-item questionnaire for socio demographic characteristics and health behaviours and the 18-item Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLOC), were applied to the study group with face to face interview technique. The statistical analysis techniques such as Mann Whitney U and Kruskal-Wallis were used for the comparison. **Results:** Of the group 57.7% were males, 46.3% were 50-59 years of age and 56.3% were higher education graduates. As regard to the average internal, external and chance HLOC subscale points, statistically significant differences had been found between age and gender groups (p<0.05). Similarly as regard to the average external and chance HLOC subscale points, between education, occupation, disease period, weight control effort and body mass index groups (p<0.05). **Conclusion:** Coronary heart disease patients have to be empowered as active participants as regard to management of the disease.

Key Words: Coronary artery disease; behavior control

Bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşturduğu küresel yük büyümeye devam etmekte olup bunu kontrol altına alma zorluğu, 21. yüzyılda kalkınmanın önündeki en büyük sorunlardan birini oluşturmaktadır. Başlıcaları kalp-damar hastalıkları, diyabet, kanserler ve kronik solunum yolu hastalıkları olan bulaşıcı olmayan hastalıkların, 2005 yılında 35 milyon ölüme neden olduğu hesaplanmaktadır. Bu nicelik, küresel ölçekte tüm ölümlerin %60'ına karşılık gelmekte, bunun %80'ini düşük ve orta gelirli ülkelerde görülen bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı ölümler oluşturmakta ve içinden 16 milyon ölüm de 70 yaş altı grubunu kapsamaktadır.¹ Türkiye'de de kronik hastalıkların oluşturduğu hastalık yükünde kalp ve damar hastalıklarının payı önemlidir.² Kalp ve damar hastalıklarından ölümlerin %20 kadarı sebrebrovasküler olaylardan kaynaklanırken, %50'si koroner arter hastalığı (KAH)'ndan kaynaklanmaktadır.³ KAH gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de gerek morbidite gerekse mortalitenin en önemli nedenidir.⁴ Ülkemizde 1990 yılından bu yana yürütülen Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasının 10 yıllık takip verilerine göre yaklaşık 2 milyon kişide KAH bulunduğu tahmin edilmektedir. KAH'ın ülkemizde yıllık mortalitesi ise erkeklerde %05,1, kadınlarda ise %03,3'tür.⁵ Bu veriler ile ülkemiz, Avrupa ülkeleri arasında maalesef KAH açısından yüksek sıralarda bulunmaktadır. Genel olarak genç bir nüfus yapısına sahip olmamıza karşın, ülkemizdeki KAH mortalitesinin yaşlı nüfus yapısına sahip gelişmiş toplumlardaki kadar yüksek olması özellikle gelecek için kaygı vericidir. Bu tablo bu şekilde devam ettiği sürece KAH'ı olan birey sayısının yıllar boyunca katlanarak artacağı tahmin edilmektedir.⁶

KAH'ın yaşam süresine ve niteliğine olan olumsuz etkisi, maddi ve manevi maliyetlerin yüksekliği düşünüldüğünde ulusal ölçekte önleme politikaları geliştirilmesi gerekliliği daha iyi anlaşılacaktır.⁷ Değiştirilebilir birincil (hipertansiyon, sigara, kan lipitleri) ve ikincil (diyabet, stres, sedanter yaşam, obezite) risk etmenleri (Tablo 1, Polloc-Wilmore, 1990) konusunda toplumsal duyarlılık oluşturulmalı, bireylerin sağlık sorumlu-

TABLO 1: KAH'ın gelişiminde etkili olan risk etmenleri.

Birincil risk etmenleri	İkincil risk etmenleri
Değiştirilebilir risk etmenleri	Değiştirilebilir risk etmenleri
■ Hipertansiyon	■ Diyabet
■ Sigara	■ Stres
■ Kan lipitleri	■ Sedanter yaşam
LDL-kolesterol yüksekliği	■ Obezite
HDL-kolesterol düşüklüğü	Değiştirilemeyen risk etmenleri
Trigliserid yüksekliği	■ Yaş
	■ Cinsiyet
	■ Kalıtım

Polloc-Wilmore (1990).

luğu üstlenmeleri kolaylaştırılmalıdır. Bir yandan da sağlıklı seçeneklerin daha kolay seçenekler olduğu sağlığı destekleyici çevreler yaratılmalıdır.⁸

Ancak bireylerin sağlık davranışı sağlığı tehdit eden etmenlere ya da koruyucu önlemlere gösterilecek tepkiler yönünden değişiklik gösterir. Bu değişikliklerin bir bölümü, bireysel farklılıklar göz önünde bulundurularak açıklanabilir. Benzer sağlık tehlikelerine karşı bireylerin ne tür tepkiler gösterdiği belirlenerek bu değişiklikler ortaya konabilir.

Sağlık davranışının temelini açıklamaya yönelik kavramlardan birisi de denetim odağı (kontrol noktası) kavramıdır. Rotter ve ark. tarafından ortaya konulan bu kavram, bireyin beklentilerini ve beklentilerin güçlendiricilerle bağlantısını dikkate alan sosyal öğrenme geleneğinden kaynaklanmaktadır. Rotter'ın ölçeğinde yer alan sorular insanların davranışlarının sonuçlarıyla ilgili genel beklentilerini ölçmek amacıyla düzenlenmiştir. Sonuçları, doğrudan davranışlarının bir uzantısı olarak algılayan kişiler, "içten denetimli" ya da "iç denetim odaklı" olarak tanımlanmaktadır. Araştırma sonuçları genel olarak, içten denetimlilerin sorunlarını daha çabuk kabul ettiklerini, bunların çözümünde daha etkili ve seçtikleri çözüm yollarında daha ısrarlı olduklarını göstermektedir.⁹ "Dıştan denetimli" ya da "dış denetim odaklı" kişiler ise sonucun genel olarak kendi davranışlarından bağımsız olduğuna ve denetimin de kendileri dışındaki etmenlere bağlı olduğuna inanan bireyler olarak tanımlanmaktadır. Tanımdan da anlaşılacağı

üzere davranışları ve bu davranışların yol açacağı sonuçlar üzerinde kontrolü olduğuna inananlar 'içten denetimli', kontrolün diğer güçlü kişilere bağlı olduğuna inananlar da 'dıştan denetimli', kontrolün şans, kader ve benzeri kaynaklara bağlı olduğuna inananlar da 'kaderci' olarak nitelenmektedir.¹⁰

Son yirmi yıldır araştırmacılar fizik egzersiz, sigara içme, alkollü içecek tüketimi, ağırlık kaybı, hastalık yönetimi ve güvenli cinsellik uygulamaları gibi sağlık davranışlarını yönlendiren, altta yatan inanç uyumları olarak Sağlık Denetim Odağı (SDO) yapılanmasına çok önem vermektedirler.¹¹

Araştırmacılar aynı zamanda iç denetim odaklılıkla riskli sağlık davranışları arasında negatif korelasyon olduğu görüşündedirler. Tersine, şans/kader denetim odaklılıkla korelasyonun pozitif olduğu ileri sürülmektedir. Dış denetim odaklılıkla (güçlü başkaları) sağlık davranışları arasında ya negatif ya da karmaşık korelasyon öngörülmektedir.^{12,13}

Bireylerin sağlıklı davranışlar uyarlamalarını ve uygulamalarını engelleyen yanlar iyi belirlenmeli ve sağlıklı toplumlar geliştirme girişimlerinde göz önünde tutulmalıdır.¹²

Bu alanda yürütülen araştırmalar arttığı halde ülkemizde farklı toplum gruplarının sağlık durumunu algılamasına ilişkin bilgiler son zamanlarda yapılan çalışmalarla sınırlıdır. Ulaşılan yeni bulgular ulusal bilgi kaynaklarını zenginleştirecektir.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı; koroner arter hastalarından oluşan çalışma grubu özelinde SDO algılarının ve ilişkili etmenlerin belirlenmesidir. Böylelikle koroner arter hastalarına yönelik sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırma çabalarına bilimsel alt yapı hazırlanmasına katkı sağlanmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın evrenini, Aralık 2009-Şubat 2010 tarihleri arasında Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi (GATA AEAH) Kardiyoloji Polikliniğine hafta içi kontrole gelen durumu stabil, iletişim kurmada güçlüğü olmayan

ve uzman hekim tarafından en az 6 ay öncesinde klinik, anjiyografik ve/veya elektrokardiyografik olarak koroner arterlerde ateroskleroz sonucu KAH tanısı alan bireyler oluşturmuştur. Bu evrenden araştırmaya bilgilendirilmiş olur veren kabul, en az ilkökul mezunu ve 20-65 yaşları arasındaki 300 birey çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır.

Veri toplama; kişisel bilgi formu ve Çok Yönlü Sağlık Denetim Odağı (ÇYSDO) Ölçeği ile gerçekleştirilmiştir. Sosyodemografik özellikler ve sağlık davranışlarına yönelik 33 sorudan oluşan kişisel bilgi formu araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

ÇYSDO Ölçeği; bireyin sağlığını bilişsel olarak algılama düzeyini ölçer. B.S Wallston-K.A tarafından geliştirilen Likert tipi, 6 seçenekli, 3 boyutlu, 18 maddeden oluşan ÇYSDO ölçeğinin üç ayrı formu (A, B, C) vardır. Araştırmada çeviriden sonra dil geçerliliği ve güvenilirlik testleri Yrd.Doç.Dr. Ümit Çelen tarafından yapılmış ve Cronbach's Alfa değeri en yüksek (0,72) olan, 4-5 dakikada uygulanabilen B formu kullanılmıştır. Ölçeğin; İç Denetim Odağı, Dış Denetim Odağı ve Şans Etkisi olmak üzere üç alt boyutu vardır.¹⁴

ÇYSDO Ölçeği'nin alt boyutları, bu boyutların ölçekteki soru numaraları ve alt ölçeklerden alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar Tablo 2'de gösterilmektedir.

Likert tipi, 6 seçenekli ölçeğin seçenekleri; "Hiç Katılmıyorum"dan (1), "Tamamen Katılıyorum"a (6) kadar derecelendirilmiştir. Değerlendirme (aritmetik ortalama ya da frekans) bu gruplamaya göre yapılmaktadır.

GATA AEAH Etik Kurulu'ndan araştırma izni alınmıştır. Çalışma öncesi belirlenmiş olan 300 kişi

TABLO 2: ÇYSDOÖ alt ölçekleri ve alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar.

Alt ölçekler	Soru Numaraları (1-18 maddeler)	En Düşük Puan	En yüksek Puan
İç Denetim Odağı	1, 6, 8, 12, 13, 17	6	36
Dış Denetim Odağı	3, 5, 7, 10, 14, 18	6	36
Şans Etkisi	2, 4, 9, 11, 15, 16	6	36

hedefine ulaşıldığında veri toplama sonlandırılmıştır. Araştırma sonuçları GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniğine başvuran KAH tanılı bireylerle sınırlıdır. Çalışmada KAH'lı bireylerin sosyodemografik özellikleri ve hastalığa ilişkin özellikleri bağımsız değişkenler grubunu, sağlık denetim odağı ölçeği ve alt ölçekleri ise bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır. İstatistiksel değerlendirmede Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis Varyans Analizi testleri uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışma grubunu oluşturanların %57,7'si erkek, %46,3'ü 50-59 yaşları arasındadır. Kendi bildirimlerine göre %44,7'si ilde yaşamaktadır, %93,7'si evlidir ve %56,3'ü yüksekokul ve üniversite mezunudur. Grubun %69,3'ü çalışmadığını, %29,3'ü devlet memuru olduğunu, %53'ü (n=159) hastalık tanısının üzerinden 25-120 ay arasında süre geçtiğini belirtmiştir. %30'u KAH dışında kronik hastalığı olduğunu, %74,7'si KAH nedeniyle hastanede yattığını bildirmiştir.

Tablo 3'te çalışma grubunun ÇYSDO Ölçeği alt ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri sunulmaktadır. Araştırmada en yüksek puan dış denetim odağı alt ölçeğinden (27,96±3,89), en düşük puan ise şans etkisi (19,94±5,24) alt ölçeğinden alınmıştır.

Tablo 4'te KAH tanılı bireylerin ÇYSDO Ölçeği alt ölçek puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı verilmektedir. İç denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları ve cinsler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p<0,05). Altmış yaş ve üzeri grubunun ve erkeklerin iç denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4.).

Dış denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları, cinsler, öğrenim durumu grupları ve meslek grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). Elli-elli dokuz yaş grubunun, kadınların, ilköğretim mezunlarının ve ev hanımlarının dış denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4).

Şans etkisi alt ölçeği puan ortalamaları açısından yaş grupları, cinsler, öğrenim durumu grupları

TABLO 3: Çalışma grubunun ÇYSDO Ölçeği alt ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri (n=300).

İstatistikler	İç Denetim O	Dış Denetim O	Şans Etkisi
Ortalama	27,01	27,96	19,94
Ortanca	28,00	28,00	20,50
Tepe Değeri	27,49	28,40	20,54
Standart Sapma	4,23	3,89	5,24
Standart Hata	0,24	0,22	0,30
Minimum	11,00	13,00	6,00
Maksimum	36,00	36,00	31,00

ve meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). 50-59 yaş grubunun, kadınların, ilköğretim mezunlarının ve ev hanımlarının şans etkisi alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 4).

Tablo 5'te çalışma grubunun ÇYSDO Ölçeği alt ölçek puan ortalamalarının KAH özelliklerine göre dağılımı sunulmaktadır. İç denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları açısından KAH ile ilgili bilgi alma durumu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,05). KAH konusunda bilgi alanların iç denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5).

Dış denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları açısından KAH süresi grupları ve başka kronik hastalık bulunma durumu grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05). KAH süresi iki yıl ve daha fazla olanların ve başka kronik hastalığı olanların dış denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5).

Şans etkisi alt ölçeği puan ortalamaları açısından KAH süresi grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). KAH süresi iki yıl ve daha fazla olanların şans etkisi alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 5).

Tablo 6'da KAH tanılı bireylerin ÇYSDO Ölçeği alt ölçek puan ortalamalarının vücut ağırlığı özelliklerine göre dağılımı verilmektedir. Dış denetim odağı ve şans alt ölçeği puan ortalamaları açısından vücut ağırlığı koruma çabası ve beden kitle indeksi (BKİ) grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,05). Hiçbir zaman vücut ağırlığını koruma çabası olmadığını

TABLO 4: KAH tanılı bireylerin ÇYSDO Ölçeği alt ölçek puan ortalamalarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı.

Değişkenler	n	İç Denetim Odağı	Dış Denetim Odağı	Şans Etkisi
Yaş				
20-49	111	27,38±4,09	26,81±3,64	18,72±4,86
50-59	138	26,41±3,95	28,67±4,09	20,88±5,22
60 ve üzeri	51	27,82±5,06	28,51±3,31	20,06±5,64
İstatistiksel Analiz		p=0,014 $\chi^2=8,467$	p=0,000 $\chi^2=16,574$	p=0,003 $\chi^2=11,571$
Cinsiyet				
Kadın	127	26,15±4,49	28,91±3,41	21,47±4,95
Erkek	173	27,64±3,92	27,26±4,07	18,82±5,17
İstatistiksel Analiz		p=0,001 z=-3,197	p=0,001 z=-3,293	p=0,000 z=-3,957
Öğrenim durumu				
İlköğretim	86	26,66±4,93	29,59±3,29	22,59±4,97
Lise	45	26,76±4,29	28,11±4,11	18,80±5,06
Yüksekokul	103	26,95±3,09	27,96±3,43	20,00±4,41
Üniversite	66	27,73±3,67	25,71±4,12	17,17±5,27
İstatistiksel Analiz		p=0,407 $\chi^2=2,899$	p=0,000 $\chi^2=36,629$	p=0,000 $\chi^2=40,353$
Meslek				
Em. memur	35	27,82±3,82	27,05±4,01	19,77±4,23
Em.polis subay	64	26,84±4,13	27,90±4,17	19,35±5,36
Ev hanımı	85	26,04±4,80	29,88±3,12	22,34±5,00
Memur	88	27,64±3,53	26,43±3,32	18,05±4,81
Serbest çalışan	28	27,28±4,77	28,14±4,54	20,10±5,62
İstatistiksel Analiz		p=0,13 $\chi^2=7,067$	p=0,000 $\chi^2=39,769$	p=0,000 $\chi^2=30,174$

TABLO 5: KAH tanılı bireylerin ÇYSDO Ölçeği alt ölçek puan ortalamalarının KAH özelliklerine göre dağılımı.

Değişkenler	n	İç Denetim Odağı	Dış Denetim Odağı	Şans Etkisi
KAH Süre				
İki yıldan az	126	27,34±4,32	27,29±4,02	19,25±5,17
İki yıl ve üzeri	174	26,77±4,16	28,44±3,73	20,44±5,25
İstatistiksel Analiz		p=0,117 z=-1,569	p=0,014 z=-2,453	p=0,035 z=-2,103
KAH Bilgi				
Evet	148	27,52±4,27	27,72±3,64	19,57±5,18
Hayır	152	26,51±4,14	28,19±4,12	20,30±5,29
İstatistiksel Analiz		p=0,023 z=-2,268	p=0,155 z=-1,423	p=0,299 z=-1,038
Başka Kro. Has				
Evet	90	26,28±4,93	28,50±4,58	20,82±5,44
Hayır	210	27,31±3,86	27,72±3,54	19,56±5,12
İstatistiksel Analiz		p=0,139 z=-1,479	p=0,030 z=-2,173	p=0,085 z=-1,720

TABLO 6: KAH tanılı bireylerin ÇYSDO Ölçeği alt ölçek puan ortalamalarının vücut ağırlığı özelliklerine göre dağılımı.

Değişkenler	n	İç Denetim Odağı	Dış Denetim Odağı	Şans Etkisi
Vücut AKÇ				
Hiçbir zaman	50	26,52±4,03	28,86±4,27	21,34±4,70
Bazen	107	27,09±4,51	28,60±3,76	20,45±5,34
Sık sık	54	26,78±3,72	26,41±4,29	20,94±4,04
Düzenli Olarak	89	27,33±4,31	27,62±3,26	17,93±5,53
İstatistiksel Analiz		p=0,715 f=0,454	p=0,002 f=5,14	p=0,000 f=6,918
BKİ				
Normal	42	28,43±3,61	26,48±4,30	18,88±5,12
Şişman	158	26,96±3,99	27,29±3,79	19,30±5,19
Obez	100	26,49±4,17	29,63±3,20	27,40±5,11
İstatistik Analiz		p=0,113 $\chi^2=4,364$	p=0,000 $\chi^2=30,953$	p=0,002 $\chi^2=12,847$

Vücut AKÇ : Vücut Ağırlığı Koruma Çabası.

belirtenlerin ve BKİ açısından obez olanların dış denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 6).

Çalışma grubunda sigara içenlerin sigara içme özellikleri Tablo 7'de sunulmaktadır.

Sigara kullanma durumu grupları arasında dış denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$), içmiş-bırakmış olanların dış denetim odağı alt ölçeği puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 8).

TARTIŞMA

Çalışmada elde edilen bulgular, veri toplama döneminde GATA AEAH Kardiyoloji Polikliniğine başvuran bireylerle sınırlıdır.

TABLO 7: Çalışma grubundan sigara içenlerin sigara içme özellikleri (n=87).

Sigara içme Özellikleri				
Adet/gün	1-5	6-10	11-20	≥21
Sayı (%)	11(12,70)	53 (60,90)	21 (24,20)	2 (2,20)
Süre/yıl	5-15	16-26	27-37	≥38
Sayı (%)	19 (21,87)	24 (27,50)	31(35,63)	13 (15,00)

KAH tanılı bireylerin sağlık denetim odağı algılamalarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde edilen bulgular öncelikle KAH tanılı bireylerin dıştan denetimli olduklarını söylemek mümkündür. Çalışma grubu en yüksek puanı dış denetim odağı alt ölçeğinden (27,96±3,89), en düşük puanı ise şans etkisi (19,94±5,24) alt ölçeğinden almıştır.

TABLO 8: KAH tanılı bireylerin ÇYSDO Ölçeği alt ölçek puan ortalamalarının sigara kullanma durumu özelliklerine göre dağılımı.

Değişkenler	n	İç Denetim Odağı	Dış Denetim Odağı	Şans Etkisi
Sigara Kullanma Durumu				
Hiç içmedim	131	26,86±4,42	28,53±3,79	20,60±5,14
İçtim Bıraktım	72	26,75±4,50	27,61±3,88	19,42±5,42
Azalttım	10	27,40±5,52	30,70±2,86	22,60±4,35
Halen içiyorum	87	27,40±3,54	27,07±3,92	19,07±5,13
İstatistiksel Analiz		p=0,740 f=0,418	p=0,005 f=4,43	p=0,500 f=2,63

Enç ve Özdemir'in 2002 yılında yürüttüğü "Hipertansiyonlu Bireylerin Sağlığı Geliştiren Davranışlarının Değerlendirilmesi" çalışmasında (n=60) olguların içsel kontrol düzeyinin (24,72) düşük dışsal kontrol düzeyinin (25,33) ve şans etkisi düzeyinin (24,63) yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁵

Tabak ve Akköse, 2005'te ergenlerin sağlık denetim odağı algılama düzeylerini, bu konuda ergenlere yapılacak eğitimin sağlık denetim odağı algılamalarına olan etkisini ve sağlık davranışlarına yansımalarını belirlemek amacıyla bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışma sonucunda bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki öz denetim özelliğini belirleyen iç denetim odağı algısında, beklentiler doğrultusunda, eğitim sonunda önemli yükselme olmuştur.¹⁵ Çalışma grubuna da iç denetim odaklılığı artırabilecek eğitimler düzenlenmesi önerilebilir.

Çalışma grubunu oluşturan erkekler kadınlara göre daha iç denetim odaklıdır. Erkeklerin kadınlara göre daha iç denetim odaklı olması öğrenim düzeylerinin daha yüksek olmasıyla ilişkili olabilir. Ayrıca çalışma grubunu oluşturan erkekler kadınlara kıyasla ağırlıklı bir şekilde çalışmış ya da çalışmakta olan kişilerdir. Bu da daha iç denetim odaklı olmalarını etkileyen bir öge olabilir.

Çalışmamızdaki 50 yaş ve üstü bireylerde dış denetim odağı ve şans etkisi alt ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur. Enç ve Özdemir'in çalışmasında 60 yaş ve üstü bireylerde, güçlü dışsal kontrol düzeyi ve şans etkisi daha yüksek düzeyde gözlenmiştir.¹⁵ Yaşla birlikte başkalarına olan bağımlılığın artması, kronik hastalıkların ortaya çıkması sonuçları bu yönde etkilemiş olabilir.

İlköğretim ve lise mezunlarında dışsal kontrol düzeyi ve şans etkisi daha yüksek saptanmıştır. Enç ve Özdemir'in çalışmasında elde edilen bulgular bu çalışmada elde edilen bulgularla uyumludur.¹⁵ Öğrenim düzeyinin düşük olması bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu diğer insanlara bıraktığını ve sağlığı üzerinde şans, talih, kader gibi dışsal etmenlerin etkisinin olduğunu düşündüğünü gösterebilir.

Çalışmamızdaki obezlerde ve hiç vücut ağırlığını kontrol çabası olmayanlarda dışsal kontrol dü-

zeyi puanı ve şans etkisi puanı daha yüksek saptanmıştır. Enç ve Özdemir'in çalışmasında da obez olanlarda şans etkisi ve dışsal kontrol düzeyi puanı daha yüksektir.¹⁵

Çalışmamızda ev hanımlarının, serbest çalışanların ve kadınların dışsal kontrol ve şans etkisi alt ölçeği puanları daha yüksek bulunmuştur. Enç ve Özdemir'in çalışmasında da ev hanımları ve serbest çalışanlarda dışsal kontrol ve şans etkisi daha yüksek düzeyde saptanmıştır.¹⁵ Bu bulgular ev hanımlarının ve serbest çalışanların öğrenim düzeylerinin düşük olmasıyla ya da yaşamlarının kendileri tarafından denetlenemez niteliğiyle ilişkilendirilebilir.

İçsel denetimli bireylerin sağlık sorunlarına dikkat çekildiğinde, hastalık hakkında bilgi toplama diğer kişilerden daha eğilimli oldukları yapılan çalışmalarda görülmüştür.¹⁶ Bu grupta içsel kontrol düzeyi yükseltilmeye çalışılabilir ve sağlığı geliştiren davranışlar uyarılma ve yeni sağlıklı davranış kazanma eğilimleri desteklenebilir.

Hasta bireylerde sağlıklı bireylere göre daha yüksek beklenen içsel sağlık kontrol düzeyi bizim çalışmamız ve Enç ve Özdemir'in çalışmasında da düşük bulunmuştur. Bu sonuç çalışma grubunu oluşturanların hastalık yönetimi açısından güçsüzlüklerine işaret edebilir. Ancak bu bulgu; tanı konulmasından araştırma kapsamına alınmaya kadar geçen süreyle de ilişkili olabilir. Çünkü denetim algısı oldukça karmaşıktır. İç denetim odaklı kişilerin dış denetim odaklılara kıyasla psikososyal müdahalelerden daha çok yararlandığı sıklıkla bildirilmiştir.^{14,17} Bu sonucun bir açıklaması; içsel uyumlu kişilerin kontrol istemeye daha yatkın olmaları ve kontrol kazanmalarına ya da kontrolü yeniden kazanmalarına izin verecek çabalarla etkin bir şekilde uğraşmaya daha çok motive olmalarıdır. Oysa böyle bir motivasyon fiziksel olarak sağlıklı ya da akut hastalığı olan bireylerin niteliği olabilir, büyük olasılıkla kronik bir hastalığı olanlar için geçerli değildir. Örneğin; Wortman and Dunkel-Schetter (1979), içsel uyumlu kronik hastaların sağlık durumlarını belirgin bir şekilde değiştirmek konusundaki yetersizlikleri nedeniyle hayal kırıklığı ya da çaresizlik hissedebileceklerini ileri sürerler.

Tersine dışsal uyumlu bireyler, çevrelerini kontrol etmeye çalışmadıkları için, büyük hayal kırıklığı yaşamazlar ve daha olumlu bir psikolojik durumu sürdürebilirler. Bu durumda dış denetim odaklı (kronik hastalığı olan) hastalar iç denetim odaklılara göre sağlık profesyonellerinin önerileri açısından daha alıcıdır ve sonuçta sağlık bakımlarını geliştirmede üretken bir işlev üstlenmeye daha yatkındırlar.¹² Çalışma grubunda sigara kullanmayı bırakanların dış denetim odağı alt ölçeği puan ortalamalarının yüksekliği de bu yorumla açıklanabilir (Tablo 8).

Bu bilgiler; KAH tanılı bireylere yönelik sağlığı geliştirme programlarında göz önünde tutulmalıdır.

SONUÇ

Çalışma grubunu oluşturan KAH tanılı bireylerin Sağlık Denetim Odağı Algılama düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanan çalışmadan aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- En yüksek puan, dış denetim odağı alt ölçeğinden alınmıştır.
- En düşük puan, şans etkisi alt ölçeğinden alınmıştır.
- Yaş arttıkça dış denetim odağı ve şans etkisi alt ölçeği puanlarının yükseldiği saptanmıştır.
- Erkekler, kadınlara göre daha iç denetim odaklıdır.
- Yüksekokul ve üniversite mezunlarında iç denetim odaklılık daha yüksek boyuttadır.
- Vücut ağırlığı normal bireyler, daha iç denetim odaklıdır,
- Ev hanımlarında ve serbest çalışanlarda dış denetim odaklılık ve şans etkisi düzeyi daha yüksektir,

Çalışma grubunu oluşturanların hastalık yönetimi açısından başarısız olduğu görülmektedir. Bu durum KAH tanılı bireylere yönelik düzenle-

nen sağlığı geliştirme programlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bunun için gruba öncelikle sağlık, sağlık sorumluluğu, sağlığın önemini kavrayabilecekleri ve öz bakım gücünü güçlendirmeye yönelik eğitim programları verilebilir. Ayrıca grup için hazırlanacak olan sağlığı geliştirme programları öncelikle iç denetim odaklılığı geliştiren davranışlara doğrudan etkisi olan bilişsel algılama etmenlerinin geliştirilmesi yönünde olmalıdır.

İçsel kontrol düzeyi düşük, güçlü dışsal kontrol ve şans etkisi düzeyi olan bireylere, sağlık sorumluluklarını ve bilinçlerini artırmaya yönelik programlar sunulmalıdır.

KAH tanılı bireylerde kardiyak esenlendirme ve ikincil koruma programlarının yararları bir çok ülkede kanıtlanmıştır. Bu nedenle de kardiyak hastaların tedavisinde kardiyak esenlendirme ve ikincil koruma zorunlu hale gelmiştir. Ülkemizde de kardiyak esenlendirme merkezlerinin açılması desteklenmelidir.

Kardiyak esenlendirme programları kapsamında KAH tanısı alan hastaların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen bireysel ve hastalık ile ilgili özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, yaşanılan yer, gelir düzeyi, ilave hastalık tanısı...) dikkate alınmalı ve eğitim programları bu öğelere göre düzenlenmelidir.

Bireylerin ve toplumların, bulaşıcı olmayan hastalıklara ilişkin tütün kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel hareketsizlik ve alkol kullanımı şeklindeki ortak ve değiştirilebilir risk etmenlerine maruziyet düzeyini ve belirleyicilerini azaltmak ve bunu yaparken bireylerin ve toplumların daha sağlıklı seçimler yapma ve sağlıkta iyi olmayı destekleyen yaşam biçimi davranış kalıplarını izleme kapasitelerini güçlendirme gibi öneriler özümsemeli ve sağlık sisteminin bütün basamaklarında hizmet sunumu bu öneriler doğrultusunda düzenlenmelidir.^{1,18} Önemli olan her düzeyde korumadır. Koruma da ancak, eşgüdüm içinde yürütülen çok sektörlü (eğitim, gıda) çabalarla gerçekleştirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Çom S, Keskinçilç B, Yardım N. [World Health Assembly document A61/18]. İmamecioğlu R, editör. Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı. Yayın No: 783. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2010. p.10-32.
2. Çom S, Keskinçilç B, Yardım N. [World Health Assembly resolution WHA61/14]. İmamecioğlu R, editör. Küresel Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi 2008-2013 Eylem Planı. Yayın No: 783. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2010. p.32-4.
3. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı. Risk Faktörlerine Yönelik Stratejik Plan ve Eylem Planı. Yayın No: 743. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2008. p.1-115.
4. Yalçın R, Cemri M, Boyacı B, Timur T, Kaynak D, Akat A, et al. [Coronary artery disease]. Gazi Tıp Dergisi 2006;17(1):1-33.
5. Hennekens CH. Increasing burden of cardiovascular disease. Current knowledge and future firections for research on risc factors. Circulation 1998;97(11):1095-102.
6. Onat A, Kahraman G, Ökçün B, Dönmez K, Keleş İ, Sansoy V. [Rates of death and of coronary events in the Turkish adult survey: 5-year follow-up of the cohort]. Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi 1996;24(1):8-15.
7. Kültürsay H. [Introduction and epidemiology]. Koroner Kalp Hastalığı. Primer ve Sekonder Koruma. İstanbul: Argos İletişim Hizmetleri; 2001. p.2-11.
9. Çom S, Keskinçilç B, Yardım N. [Making health]. İmamecioğlu R, editör. Avrupa Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü Stratejisi. Yayın No: 782. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2010. p.7-17.
10. Dönmez A. [Locus of control: basic research areas]. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi 1987;19(1):260-75.
11. Norman P, Bennett P. Health locus of control. Predicting Health Behaviour. 1sted. Buckingham: Open University Press; 1996. p.62-94.
12. Tabak RS, Piyal B, Çelen Ü, Karakoç S, Özen Y. The relationship between adolescents' locus of control and healthy dietary behaviours and its implications for school psychologists and other health related professionals: results from a Turkish Study. J School Psychology Int 2009;30(6):626-43.
13. Burish TG, Carey MP, Wallston KA, Stein MJ, Jamison RN, Lyles JN. Health locus of control and chronic disease: an external orientation may be advantageous. J Soc Clin Psychol 1984;2(4):326-32.
14. Wallston KA, Wallston, BS, De Vellis RF. Development of the multidimensional health locus of control (MHLOC) scales. Health Educ Monogr 1978;6(2):160-70.
15. Enç N, Özdemir Ü. [Evaluation of health promoting behaviors of individuals with high blood pressure]. İstanbul Üniversitesi Kardiyoloji Enst Dergisi 2002;4(13):31-40.
16. Tabak R, Akköse K. [Levels and health effects of sensing behavior of adolescents health locus of control]. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006;2(5):118-30.
17. Wallston KA, Wallston BS, Kaplan GD, Maides SA. Development and validation of the Health Locus of Control (HLOC) scale. J Consult Clin Psychol 1976;44(4):580-5.
18. Wyer SJ, Earll L, Joseph S, Harrison J, Giles M, Johnston M. Increasing attendance at a cardiac rehabilitation programme: an intervention study using the Theory of Planned Behaviour. Coronary Health Care 2001; 5(3): 154-9.