



T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HRS-YL-2014-0004

**PSİKIYATRİ HASTALARININ
BAKIM VERİCİLERİNDE
ÖFKE VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Azime KORKMAZ

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA**

AYDIN-2014

**T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
HRS-YL-2014-0004**

**PSİKİYATRİ HASTALARININ
BAKIM VERİCİLERİNDE
ÖFKE VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Azime KORKMAZ

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA**

AYDIN-2014

KABUL VE ONAY

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Azime Korkmaz tarafından hazırlanan “**Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Öfke ve İlişkili Faktörler**” başlıklı tez, 27/06/2014 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı ve Soyadı :

Üniversitesi :

1- Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA

Adnan Menderes Üniversitesi

2- Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN

Adnan Menderes Üniversitesi

3- Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

Adnan Menderes Üniversitesi

İmzası:

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi Enstitü Yönetim Kurulunun..... Sayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Prof. Dr. Sacide KARAKAŞ

Enstitü Müdürü

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Santral : (256) 218 20 00 Direk Telefon : 218 20 44

09100- AYDIN
*Fax : (256) 218 20 44

ÖNSÖZ

Bakım verici kavramı; hastanın aile üyesi, uzak ya da yakın akrabası, ücretli ya da ücretsiz hasta ile ilgilenen, hastaya bakım, destek sağlayan bireyleri ifade etmektedir.

Bakım verici bir birey olmak her insan için zor bir durumdur. Kısıtlamalara neden olduğu düşünüldüğünde kişinin hayatına, duygularına, düşüncelerine etki edeceği bir gerçektir. Öfke; ağırlıklı olarak engellenmişlik duygusu ile ortaya çıkabilen baş etmesi zor bir duygudur. Yine kişinin artmış sorumlulukları toplum içinde davranışlarını da etkilemektedir. Bu durumun bakım verici bireyin atılganlık açısından davranışlarını da etkilediği düşünülebilir.

Çalışmada psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde öfke durumu araştırılmıştır. Psikiyatrik hastalığa sahip bir bireyle sürekli ilgilenmek durumunda olmak, bireyin hastasının hastalığı ile baş etmesinde sorun yaşamasına, aile ilişkilerinin bozulmasına ve hastaya kötü davranmasına neden olabilir. Hastaya kötü davranılması; hastalık prognozunun kötüye gitmesine ve hastalık relapslarına neden olabilir. Bu bireye olduğu kadar ülke ekonomisine de yük getirecektir. Bu nedenle bakım vericilerin öfke durumlarını belirlemek önemli görülmüştür.

Tez çalışması Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından ASYO-13004 proje kodu ile desteklenmiştir.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL VE ONAY	İ
ÖNSÖZ.....	İİ
İÇİNDEKİLER.....	İİİ
EKLER DİZİNİ.....	Vİİ
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	Vİİİ
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Genel Bilgiler	4
1.3.1. Öfkeye İlişkin Kuramlar.....	5
1.3.1.1.Psikoanalitik Kuram ve Öfke	5
1.3.1.2.Bilişsel-Davranışçı Kuram ve Öfke.....	6
1.3.1.2.1. Öfkenin Ellis ve Beck'in Bilişsel Davranışçı Modelleriyle açıklanması	8
1.3.1.2.2. Öfkeye yönelik daha yakın zamanlarda ileri sürülen bilişsel davranışçı açıklamalar.....	11
1.3.1.3. Sosyal Öğrenme Kuramı ve Öfke.....	12
1.3.1.4. James-Lange Kuramı ve Öfke	13
1.3.1.5. Cannon-Bard Kuramı ve Öfke.....	13
1.3.2. Öfke Nedenleri	13
1.3.3. Öfke İfade Etme Biçimleri	14
1.3.4. Öfke Yönetimi	17
1.3.5. Bakım Verici ve Öfke.....	19

1.3.5.1. Türkiyede Bakım Verici Profili ve Yapılan Çalışmalar	20
1.3.5.2. Yurtdışında Bakım Verici Profili ve Yapılan Çalışmalar.....	21
2.GEREÇ VE YÖNTEM.....	22
2.1. Araştırmanın Şekli.....	22
2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	22
2.3. Araştırmanın Zamanı	22
2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	23
2.6. Veri Toplama Araçları.....	23
2.6.1. Kişisel Bilgi Formu	23
2.6.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ).....	23
2.7. Ön Uygulama.....	24
2.8. Verilerin Toplanması.....	24
2.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
2.11. Araştırmanın Güçlükleri	25
2.12. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
3.BULGULAR	26
Tablo 1. Bakım Vericilerin Demografik Özellikleri	26
Tablo 2. Bakım Vericilerin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri.....	28
Tablo 3. Bakım Vericilerin Ruh Sağlığı Durumuna Ait Özellikleri.....	29
Tablo 4. Bakım Vericilerin Ruh Sağlığını Etkileyen Hastası ile İlgili Durumlara Ait Özellikler	30
Tablo 5. Bakım Vericilerin Bakım Verdiği Hastalara Ait Özellikler.....	31
Tablo 6. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Ortalamaları	32
Tablo 7. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeğinin Birbiri İle İlişkisi	33
Tablo 8. Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanlarının Karşılaştırılması	34

Tablo 9. Bakım Vericinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	37
Tablo 10. Bakım Vericinin Ruh Sağlığı Durumuna Ait Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	39
Tablo 11. Bakım Vericinin Ruh Sağlığını Etkileyen Hastası ile İlgili Durumlara Ait Özellikler ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	44
Tablo 12. Bakım Vericilerin Bakım Verdiği Hastalara Ait Özellikler ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	46
4.TARTIŞMA.....	48
4.1.Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması	48
4.2.Bakım Vericinin Hasta Bakımına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması	50
4.3. Bakım Vericinin Ruh Sağlığı Durumuna Ait Özelliklerin Tartışılması.....	51
4.4. Bakım Vericinin Ruh Sağlığını Etkileyen Hastası ile İlgili Durumlara Ait Özelliklerin Tartışılması	52
4.5. Bakım Vericilerin Bakım Verdiği Hastalara Ait Özelliklerinin Tartışılması.....	53
4.6. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Ortalamalarının Tartışılması	55
4.7. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği İlişkisinin Tartışılması.....	55
4.8. Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	55
4.9. Bakım Vericinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	57
4.10. Bakım Vericinin Ruh Sağlığı Durumuna Ait Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
4.11. Bakım Vericinin Ruh Sağlığını Etkileyen Hastası ile İlgili Durumlara Ait Özellikler ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması	61
4.12. Bakım Vericilerin Bakım Verdiği Hastalara Ait Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	62
5.SONUÇ.....	63
5.1. Sonuçlar	63
5.2. Öneriler	66
ÖZET	68

SUMMARY	70
KAYNAKLAR.....	72
ÖZGEÇMİŞ.....	84
TEŞEKKÜR	85

EKLER DİZİNİ

	Sayfa
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu.....	87
Ek 2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği.....	90
Ek 3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	92
Ek 4. Kurum İzni Formu.....	94
Ek 5. Etik Kurul Onay Formu.....	95

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

- SÖÖTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği
- AHA: Anger-Hostility-Agression (Öfke-Düşmancıl Duygular-Saldırganlık)
- EKT: Elektro Konvülsif Tedavi
- APA: Amerikan Psikoloji Birliği

1.GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Öfke, bireyin belirli bir saldırı, eleştiri ya da engel karşısında yaşadığı bir duygudur. Öfke, bireyin bir tehlikeyle ya da engellenmeyle karşılaştığında yaşadığı çaresizlik duygusunun, güçsüzlüğün, yetersizliğin yarattığı anksiyeteden kurtulmak amacıyla; hoşnutsuzluk göstermekten, kızgınlık ve şiddete kadar değişebilir. Son derece doğal, evrensel ve insani bir duygusal tepkidir; ancak zarar verici olabilen duygusal yaşantı olarak da tanımlanabilir. İstediklerini alamama, haksız davranışlara maruz kaldığını düşünme, arkadaş kaybı, kaçırılmış fırsatlar, kavgalar, engellenme, anlaşılmama, saygısızlık gibi durumlar öfkelenmeye neden olur (Çam ve Baysal 1998, Batıgün-Durak 2003, Üstün ve Yavuzarslan 1996).

Öfke iki temel nedenle ortaya çıkabilir: Bu nedenlerden birincisi, bireyin kendisinden; ikincisi ise, karşısındaki bireylerin onda oluşturduğu duygulardan kaynaklanabilir. Eğer engellenme kişinin kendi dışındaki nedenlerden kaynaklanıyorsa, öfke çevresel faktörlere yöneltilir, eğer engellenme kişinin kendi içinden gelen bir nedene bağlı olarak ortaya çıkıyorsa, öfke duygusunun hedefi büyük bir olasılıkla kişinin kendisi olacaktır (Yılmaz 2009, Karanlı 2008).

Engellenmeler, her durumda şiddetli öfke tepkilerini ortaya çıkarmazlar. Engellenmenin kasıtlı olmadığı, bir kaza sonucu gerçekleştiği düşünülür ya da durum böyle algılanırsa birey daha az öfkelenir. Öfkeyi ortaya çıkaran diğer bir sebep de kışkırtmadır. Kışkırtmalar genelde karşıdaki bireyi tahrik eden ve onu bir davranışı yapmaya zorlayan durumlardır. Beck'e göre kışkırtma ve tehdit, öfkenin temel nedenlerindedir (Beck 1999, Yılmaz 2009).

Freud öfkeyi içgüdüsel olarak tanımlamaktadır. Freud'a göre insanlar iki dürtüden etkilenir. Bunlar ölüm ve yaşam dürtüleridir. Saldırganlık doğuştan gelen bir özelliktir, kontrol edilemez ve ölüm dürtüsünün bir ifadesidir. Freud'a göre kişiler bu dürtüler ile doğmaktadır. Doğrudan ifade edilmesi engellendiğinde dolaylı olarak ifade edilmektedir.

Dürtü gücü nedeniyle insanlar zarar verici davranmaya, öfkelenmeye eğilimlidir (Çam ve Baysal 1998, Batıgün-Durak 2003, Adana ve Arslantaş 2011).

Sullivan'a (1938) göre öfke; yaşanan anksiyeteden kaçınma aracıdır. Öfke, anksiyete ile ortaya çıkan duruma yönelik zarar verme girişimidir. Anksiyetenin kaynakları organik gereksinimlerdir. Fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal ya da hayali olarak "benlik" sistemini sürdürmeye yönelik bir tehdit organik gereksinimleri ortaya çıkarır. Öfke anksiyeteyi geçiştirici davranış biçimidir. Şiddetli öfke, engellenmiş kızgınlıktır. Kızgınlık tehdit unsuruna yönelmezse öfke oluşur. Sullivan'a göre kızgınlığın ifade edilmesi engellenirse ortaya çıkan durumlar; uyum sağlama, isyan etme ya da kötü niyetli davranışlara yönelme şeklindedir (Sullivan 1938).

Spielberger ve arkadaşlarının (1988) bildirdiğine göre Franz Alexander (1939), öfkeyi engel olunma ve derin kırgınlığın duygusal bir durumu olarak tanımlamıştır. Özel olarak öfke önemsiz kırgınlıklardan, aniden patlayan karşıt olma, düşmanlık, kızgınlık duygularını içeren bir yelpazede düşünülebilir. Genel olarak öfke bir enerji kaynağı olarak da görülmektedir (Akt. Spielberger ve ark 1988).

Berkowitz (1990) öfkeyi tehdit algısı, haksızlığa uğradığını düşünme veya hayal kırıklığı sonucunda ortaya çıkabilir şeklinde tanımlamıştır. Ancak, katlanması zor kötü korkular, yüksek ısı, acı verecek düzeyde düşük ısı gibi kontrol edilemeyen olaylar da öfke yaşanmasına neden olabilir. Öfke terimi duygu, motor davranışlar, fizyolojik reaksiyonlar, davranışlar veya bütün bunların karışımı olarak çeşitli şekillerde anlaşılabilir (Berkowitz 1990).

Hankins ve Hankins' e göre (2000) öfke, kişinin belirli bir saldırı, eleştiri ya da engel karşısında yaşadığı, içsel ve evrensel bir duygudur. Ancak ifade edilişi öğrenmeye bağlı olduğundan, kişiden kişiye değişmektedir (Hankins and Hankins 2000).

Genel olarak öfke, kızgınlık, saldırganlık ve düşmanlık terimleri sık sık birbiri yerine kullanılmaktadır. Spienberger, Jacobs, Russell ve Crane (1983) anlam ayrımını sağlamak adına bu terimleri şu şekilde açıklamışlardır:

Öfke; genellikle orta düzeyde sinirlenme ya da sıkıntıdan, hiddet ve şiddetli öfkeye kadar çeşitli yoğunluktaki duyguları açıklamak için kullanılan emosyonel durumdur. Düşmanlık, genel olarak kızgınlık duygusunu içerir ancak kişilere ya da nesnelere zarar verme yönelimli saldırgan davranışları da ifade eder. Saldırganlık, diğer insanlara ve nesnelere yönelik cezalandırıcı ve yıkıcı davranışları ifade eder (Spielberger ve ark 1983).

Spielberger ve arkadaşları (1995) öfkeyi ikiye ayırmıştır. *Sürekli öfke* görece kararlı bir kişinin, herhangi bir şeyi, öfkeyi tetikleyen bir durum olarak algılayıp, ona özgü bir irritasyon, kızgınlık ya da patlama ile yanıt vermesidir. *Durumsal öfke* ise, amaca yönelmiş davranışın engellenmesi ya da haksızlık olarak algılanması karşısında şiddetle kızgınlık, sinirlilik, hiddet gibi duyguların yaşandığı duygu durumudur (Spielberger ve ark 1995).

Öfkenin ifade edilmesinde, birey eğer öfkesini diğer insanlara, nesnelere, çevreye yönelik olarak ifade ediyorsa 'öfke dışı' olarak sınıflandırılmıştır. Öfke dışı kavramı durumsal öfkenin fazla olmasını ve saldırgan davranışı içine almaktadır. Bu kişiler kişi ya da nesnelere zarar verme, ağır eleştiride bulunma ya da tehdit etme gibi davranışlarda bulunurlar. Öfkelerini egolarına, kendi bedenlerine yönelten ya da bastıran kişiler 'öfke içte' olarak sınıflandırılırlar. İçe yönelmiş öfkenin psikoanalitik açıdan anlamı öfkeden çok, depresyon ve suçluluk duygusu ifadesidir ve bunlar kişinin egosuna ya da benliğine yönelmiştir. Düşünceler ve hatırlanan durumlar öfkeyi harekete geçirici olaylarla ilişkilidir. Hatta öfke duyguları yansıtılmış ya da inkar edilmiş olabilir (Spielberger ve ark 1995).

Araştırmacıların, "öfke özellikleri" arasında en çok vurguladıkları, öfke ifadesinin öğrenilen bir özellik oluşu ve olumsuz saldırganlık öğeleri taşıyan öfke ifade biçimlerinin yerine, yeni ve daha uygun ifade biçimlerinin öğrenilebileceğidir. Kişi olgunlaşırken, öfkenin nasıl sosyal olarak kabul edilen yollardan aktarılacağını öğrenir. Daha az fiziksel dışavurumlara başvurur ve daha ince sözel dışavurumları tercih eder (Soykan 2000).

Öfke, son derece normal ve yaşamda gerekli bir duygusal tepkidir. Öfke, kişiyi tehditlere karşı uyardır, kendini korumada, motivasyon sağlamada önemlidir. Öfke, kontrol edilebildiği sürece sağlıklıdır ve sağlıklı, işe yarar olabilmesi için inkar edilmemesi, bastırılmaması gerekir. Sağlıklı ifade edilmesi önemlidir. Öfke bir problem çözme aracı, intikam yolu ya da başkalarını suçlama biçimi değildir. Şiddete başvurmak ya da suç işlemek için mazeret değildir. Öfke başkalarını kontrol etme yolu da değildir (Soykan 2000).

Öfkenin, zararlı madde kullanımının, nefes darlığının, depresyonun nedenleri arasında etkili bir yeri olduğu belirtilmektedir (Durmuş ve Pirinçci 2008, Uzun 2008).

Öfkenin işlevleri de şu şekilde tanımlanmıştır:

- Öfke hisseden birey aynı zamanda enerjik hisseder.
- Öfke işlerin yolunda gitmediğine dair bir işarettir. İncinmişlik, engellenmişlik belirtisidir.
- Öfke başkalarına karşı olumsuz duyguların ifadesini kolaylaştırır.

Öfke bir savunma şeklidir. Karşıdaki bireye/bireylere güçsüzlük yerine güç ve kararlılık ifadesi olarak kullanılır (Yılmaz 2009).

Bakım verici bireylerden öfke ile ilgili bilgiler toplanarak, bakım vericilerin öfke ve diğer değişkenlerle ilgili durumlarını belirlenmesi, aralarında nasıl bir ilişki olduğunun incelenmesi ve bu bilgiler doğrultusunda bakım vericilerin ihtiyaç duyabileceği yaklaşımların, alınabilecek önlemlerin ve verilebilecek desteğin planlanması gerekir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Psikiyatrik hastalığa sahip bir bireyle sürekli ilgilenmek, o hastaya bakım veren aile üyesinin (bakım vericinin) öfke yönetimini güçleştirir. Bu da bakım vericinin hastasının hastalığı ile baş etmesinde sorun yaşamasına, aile ilişkilerinin bozulmasına ve hastaya kötü davranmasına dolayısıyla hastalığın prognozu kötüye gitmesine ve hastalık relapslarına neden olabilir. Bu nedenle bakım vericilerin öfke durumlarını belirlemek önemlidir. Bu çalışmada psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde öfke ve ilişkili faktörleri araştırmak amaçlanmıştır. Bakım vericilerin öfke durumlarını belirlemenin; ihtiyaç duyulan yaklaşımların, alınabilecek önlemlerin ve verilebilecek desteğin planlanmasında etkili olacağı düşünülmüştür.

1.3. Genel Bilgiler

Bu bölümde öfkeye ilişkin kuramlar, öfke nedenleri, öfke ifade etme biçimleri, öfke yönetimi ve bakım verici ve öfke konularında genel bilgiler verilmiştir.

1.3.1. Öfkeye İlişkin Kuramlar

1.3.1.1. Psikoanalitik Kuram ve Öfke

İçgüdüsel kökenli bu kurama göre, insanoğlu bazı davranışları doğal olarak yapmak için programlanmıştır. Bu görüşün en önemli destekleyicisi Sigmund Freud'dur. Freud, öfke duygusunu önce doğuştan gelen, bütün canlılarda ortak olan, öğrenmeyle değişmeyen evrensel bir içgüdü olarak düşünmüş ve cinsel içgüdüye bağlı olduğunu savunmuştur. Freud'a göre öfke duygusu ve saldırganlık içgüdüleri de, yaşam içgüdüleri olarak nitelendirilen libido ve kendini korumayı öne sürmektedir. Daha sonra yaşamı ve içgüdüleri Eros ve Tetanos olarak ikiye ayrılmıştır. Freud'un açıklaması şu şekildedir:

"Yaşayan maddeyi korumaya yönelik içgüdüünün yanı sıra, bu birimleri parçalamaya ilkel, inorganik durumlarına döndürmeye karşıt bir güdünün olması gerektiği sonucuna vardım". İnsanın gereksinimlerini karşılayabilmesi, var olabilmesi, denge ve düzenini sağlayabilmesi için kimi kez yoğun çaba harcaması, dışarıdan gelen saldırılara karşı koyması, hatta saldırması zorunludur. Freud'a göre bu, depolanmış bir saldırganlıktır ve ölüm içgüdüdür. Bu içgüdü arttıkça açığa vurulur ve öfke duygusunun dışa vurumu gerçekleşir, enerji azalır ve bir rahatlama olur. Freud'a göre bu, insanın kendine yönelik olan yıkıcı eğilimlerinden kaynaklanır. Çoğu insanda ölüm içgüdüleri yaşam içgüdüleri tarafından engellenir. Bu iki içgüdü birbiri tarafından engellendiği gibi birbiri yerine de geçebilirler. Sevgi nefretin, nefret sevginin yerini alabilir. Kişi sevdiği şeyden nefret edebilir. Onu kendisi ile özdeşleştirdiği için kendini yok ederek onu da yok edeceğine inanır. Freud'a göre, öfke ve saldırganlık, bireyin bilinç dışında da bulunur. Bu yüzden her yaş döneminde, belli kişilere yönelik öfke ve düşmanlık görülür. Freud öfke tepkilerinin bastırıldığında temsilleriyle yer değiştirdiğini ileri sürmektedir. Kısaca, bu kuram şiddet ve öfkenin insan doğasında bulunduğunu ve bu güdünün tamamen ortadan kalkmayıp sadece farklı alanlara yöneldiğini ileri sürmüştür (Yılmaz 2009, Freud 1930).

Çocuk psikiyatrisi alanında psikoanalitik çalışmalar yapan Rochlin'e göre (1982) öfke duygusu kaybedilen gururun yerine konmasıdır. Kişinin gururu yara aldığı anda, gururunu tekrar kazanabilmek, statüsünü kaybetmemek için, yaralayan kişiye karşı saldırıda bulunur. Rochlin öfkeyi cinsiyet açısından da ele almış ve erkek cinsiyetinde daha baskın öfke dışa vurumu olduğunu söylemiştir (Rochlin 1982).

1.3.1.2.Bilişsel-Davranışçı Kuram ve Öfke

Bilişsel-davranışçı kurama göre, düşünceler (ya da bilişler) duyguları, duygular da davranışları belirler. Yani, bilişsel davranışçı kuram, tüm davranışların ve daha özel olarak uyumsuz davranış ve ruhsal bozuklukların oluşmasında, çevresel uyaranların rolünü yadsımamakla birlikte, bu çevresel uyaranların nasıl algılandığını; yani bilişsel süreçlerin rolünü vurgulamaktadırlar. Bilişsel kurama göre öfke, tüm diğer duygular gibi, bilişlerle yaratılır. Duygusal tepkiyi yaratan, olumsuz olay değil, bireyin bu olay hakkındaki algısı ve düşüncesidir. Öfke yaratan olay ortaya çıktıktan sonra, o olayı veya durumu yorumlama ve tepki belirleme; kişinin daha önceki yaşantıları, edindiği bilgileri ve olayla ilgili çağrışımları tarafından belirlenir. Ellis (2000), duyguların, belli durumlarda sahip olunan inançlar, yapılan değerlendirmeler, yorumlar ve verilen tepkilerden kaynak aldığını belirtmiştir. Eğer kişi gerçekçi inançlar geliştirirse öfke, depresyon ve kendine zarar verme türünden davranışlara yönelmeyebilir. Çünkü kişiler kendi zarar verici duygularını kendileri yaratır ve bu duyguları kontrol etme gücü de kendi ellerindedir. Ancak pek çok insan kendisine zarar verici duygulara neden olan pek çok olumsuz inanış geliştirme eğilimindedir (Karşlı 2008, Nezu ve ark 2003).

Öfke, anksiyete ve depresyon duyguları yaşanarak öğrenilir. İnsanda gerçekçi düşünme potansiyeli olsa da, yaşantısını gerçekçi olmayan düşünce ve inanç tarzları öğrenip, yaşam, duygusal rahatsızlık ve uyumsuzluklarla doldurabilir. Bilişsel yaklaşım, öfke de dahil olmak üzere tüm duyguların; inanç kalıpları ile davranışlar arasındaki ilişkiden doğduğunu vurgulamaktadır. Olumsuz algılar ve düşünceler kişilerin öfke nedenidir. Olumsuz düşünceler mükemmeliyetçi, olumsuz beklentilerle karakterize ve otomatiktirler. Bu nedenle de öfke duygusunun üstesinden gelmek, bu olumsuz duyguları değiştirmeyi gerektirir. Bilişsel yaklaşım bu nedenle, var olan olumsuz düşünceler yerine daha işlevsel olanları yerleştirmeyi hedefler (Yılmaz 2009, Karşlı 2008).

Davranışçı yaklaşımlar, öfkenin çevresel uyaranlara verilen öğrenilmiş bir tepki olduğunu belirtmektedirler. Buna göre; öfke yaratan engelleyici nesne ve durumlar yeterince tekrarlanırsa, birey engele karşı öfke içeren bir koşullanmış tepki kazanmaktadır (Yılmaz 2009, Nezu ve ark 2003, Tekinsav-Sütçü 2006).

Spielberger ve arkadaşları (1983) yaptıkları çalışmalarında birbiriyle ilişkili olarak görülen ve çoğunlukla birbirinin yerine kullanılan öfke, düşmanlık ve saldırganlık kavramlarını bir sendrom altında toplamışlardır. ‘‘AHA (anger, hostility, aggression- öfke, düşmanlık, saldırganlık) Sendromu’’ olarak isimlendirdikleri bu sendromda düşmanca düşünce ve tutumlar (bilişler) öfke duygusuna ve bu da saldırgan davranışa neden olmaktadır. Sendroma göre öfke bir duygu durumu, düşmanlık bir davranış şekli, saldırganlık ise öfke ve düşmanlığın davranışsal ifadesidir. Öfke duygusu otonom sinir sisteminin aktivasyonu ya da uyarılması ile oluşur. Düşmanlık ise genel olarak öfke duygusu tarafından harekete geçirilen bir davranıştır. İkisi birleştiğinde ortaya kötü, şiddet yanlısı, kinci, alaycı, başkalarını küçümseyici olma gibi tutum ve davranışlara neden olmaktadır. Bunların sonucunda saldırganlık zarar verici ve cezalandırıcı davranış olarak karşımıza çıkar. Sendrom kişilerde kalp hastalıkları, kanser, mide hastalıkları, hipertansiyon gibi sorunlara neden olmaktadır. Ayrıca depresyon, kronik stres, sigara-alkol bağımlılığı gibi durumlarla da ilişkilidir (Spielberger ve ark 1983, Spielberger ve ark 1988, Johnson 1990, Nezu ve ark 2003).

AHA Sendromunda öfke, düşmanlık ve saldırganlığın ilişkisini araştıran Ramirez ve Andreu’ya göre (2008) ortaya çıkan saldırgan davranışın şekillenmesinde saldırganlığın türü de önemlidir. Saldırganlık iki gruba ayrılmıştır:

- Düşmancıl-dürtüsel-kontrolsüz-plansız-reaktif(tepkili)-fevri-açık-sözlü-savunmacı-duygusal-negatif/zarar verici saldırganlık,
- Yavaş-kontrollü-planlı-hazırlıklı-soğukkanlı-gizli-sözsüz-aşağılayıcı-yıkıcı-pozitif/dolaylı saldırganlık.

Düşmancıl-dürtüsel-kontrolsüz-plansız-reaktif(tepkili)-fevri-açık-sözlü-savunmacı-duygusal-negatif/zarar verici saldırganlıkta; düşüncesizce başkalarına zarar vermek, davranışları kontrol edememek, dürtüsel davranmak gibi özellikler kendini gösterir. Bu kişilerde daha çok depresyon, somatizasyon ve mağduriyet hissetme gibi problemler ortaya çıkmaktadır. İkinci tip olan yavaş-kontrollü-planlı-hazırlıklı-soğukkanlı-gizli-sözsüz-aşağılayıcı-yıkıcı-pozitif/dolaylı saldırganlıkta ise öfke oluşturan duruma üstünlük sağlayarak kazanmak amaçlanmaktadır. Kasıtlı ve amaca odaklı hareketleri kapsar. Öfke zarar görme, engellenme, haksızlığa uğrama vb. durumlardan tecrübe edilen duruma göre atılganlığa ya da saldırganlığa dönüşebilir. Öfke yönetilemez, kontrol edilemez ise atılgan davranış görülmez. Düşmanlığa ise neden olan olaya/kişiye karşı saldırganlık ya da uzlaşma düşünceleri eşlik edebilir. Sonuç olarak öfke duygusunun artması kişide düşmancıl davranışların oluşmasına,

hangi türde olursa olsun kişide saldırganlık tepkisinin oluşmasına neden olmaktadır (Ramirez ve Andreu 2008).

1.3.1.2.1. Öfkenin Ellis ve Beck'in Bilişsel Davranışçı Modelleriyle açıklanması

Ellis ve Beck modellerinde duygusal ve davranışsal problemlerin, işlevsel olmayan, uygunsuz ve mantıksız bilişlerden kaynaklandığını varsayarlar. Ellis'in kuramında yer alan "mantıksız inançlar" kavramı, algılanan gerçekliğe işlevsel olmayan, taraflı ve abartılmış tepkiler olarak tanımlanabilir. Beck'in "bilişsel hatalar" olarak isimlendirdiği kavram ise, dünyaya, geleceğe ve kendine ilişkin olumsuz ve deneye dayanmayan çarpıtmalardır. Bu iki model, psikopatolojiyi olumsuz ve hatalı bilişler olarak tanımladıkları için birbirine benzemektedir. Bilişsel davranışçı bakış açısına göre, tüm uyumsuz davranış ya da ruhsal bozukluk belirtilerinde olduğu gibi öfke ve saldırganlığın oluşumunda bilişlerin rolü büyüktür. Ancak öfke ve saldırganlığa yol açan bilişlerin ne olduğu, dolayısıyla da terapide hangi bilişlerin üzerinde daha fazla durulması gerektiği konusunda tam bir ortak görüş yoktur (Akt. Tekinsav-Sütçü 2006).

Ellis'in Rasyonel Emotif Terapi Modeline göre, uyumsuzluğa ya da ruhsal bozukluk belirtilerine neden olan 12 temel inanç vardır: Bunlar;

- 1-Herkes tarafından sevilme ve onaylanma düşüncesi,
- 2-Tamamen başarılı, yetenekli olma ve hata yapılmaması gerektiği düşüncesi,
- 3-Kötü şeyler yapan, suçlu bireylerin günahları için ciddi biçimde ayıplanmasının, lanetlenmesinin ve cezalandırılmasının gerektiği düşüncesi,
- 4-Olaylar kendi istediği biçimde gelişmediğinde, bu yaşamın çok kötü, korkunç veya felaket olduğu düşüncesi,
- 5-Duygusal sıkıntıların birey dışındaki olaylardan kaynaklandığı ve düşmanlık gibi durumlardan kurtulmak ya da duyguları kontrol etmek için pek fazla becerinin olmadığı düşüncesi,
- 6- Tehlikeli ve üzücü durumları sürekli düşünmek ve üzülme gerektiği düşüncesi,
- 7- Yaşamın zorluk ve sorumluluğuyla yüzleşmekten kaçınmak gerektiği düşüncesi,
- 8- Geçmişin çok önemli olduğu, bütün yaşamı, bugünkü düşünce ve duyguları geçmişin belirlediği düşüncesi,
- 9- İnsanların ve olguların olduklarından daha iyi olmaları gerektiği, eğer yaşamın güçlüklerine iyi ve çabuk çözümler üretilmiyorsa çok kötü bir durum olduğu düşüncesi,

10- Pasif kalarak ve kendini bir Őeye adamadan zamanını harcayarak mutlu olunabileceđi dűŐüncesini,

11- Rahat olmak için son derece dűzenli olmak gerektiđi dűŐüncesini,

12- Bir insan olarak kendi kendine verdiđin deđerini, kendini kabulűnűn baŐarisına ve insanların seni onaylamasına bađlı olduđu dűŐüncesidir (Ellis 1986).

Modele gűre, farklı ruhsal bozukluklarda farklı mantıksız inançlar gűrűlűr ve bu mantıksız inançların dűrt temeli vardır. Bunlar:

a) Meli/Malılar ya da Talepkarlık (Tedavi hızlı tamamlanmalı),

b) Abartma/felaketleştirme (Hastanede yatmak kesinlikle çok korkunç bir durum),

c) Engellenmeye toleransın olmaması (Bu klinikte uzun sűre kalmayı kaldıramam),

d) Kendine ya da başkasına ilişkin olumsuz ve genelleyici değerlendirmeler yapma (ok Őanssızım bu hastalık beni buldu) (Ellis 2000).

Wilde (2001), bunların içinden meli/malılar olarak adlandırılan ve aslında bir tűr talepkarlık olan tűrűn, űfkeye neden olan birincil inanç, diđerlerinin ise űfkeye sadece katkıda bulunan ikincil inançlar olduđunu ileri sűrműŐtűr. Diđer ű inanca ikincil inançlar demesinin nedenini, bunların suçun ya da kűtűlűđűn dođasına odaklanmaya eđilimli olmalarıyla açıklamıŐtır. Amerikan Psikoloji Birliđi (APA), aŐırı talepkarlıđın űfkenin oluŐumunda űnemli olduđunu vurgulamıŐtır. Hayal kırıklıđı ve engellenmiŐlik duygusu űfke ve saldırganlıđa neden olmaktadır (Wilde 2001).

Kassinove ve Tafrate (2002), Ellis'in Rasyonel Emotif Terapi modelinden esinlenerek űfkeyi daha ayrıntılı biçimde tanımlamıŐlardır. Bu çalıŐmaya gűre űfke 5 epizoddan oluŐmaktadır. Bu epizodlar;

- Tetikleyici,
- Değerlendirme,
- Yaşantı,
- İfade etme/ifade edici űrűntűler,
- Sonuçlar, Őeklinededir (Kassinove ve Tafrate 2002).

Tetikleyiciler; genellikle istenmeyen, bazen beklenmedik ve itici olaylar ya da davranıŐlardır. űfke genellikle, tetikleyicinin beklenmedik, űnlenebilir ve kasıtlı olarak

değerlendirilmesi sonucu ortaya çıkar. Öfkeye neden olan temel değerlendirme hataları şöyledir:

- 1-Tetikleyicinin yanlış yorumlanması: Bu genellikle tetikleyicinin haksızlık ve hayal kırıklığı şeklinde yorumlanmasıdır.
- 2- Felaketleştirme: İtici olayın korkunç, felaket vb. olarak nitelendirilerek abartılı algılanmasıdır.
- 3- Düşük engellenme toleransı: Olumsuz olayların baş edilemez, çözülemez görülmesi, dayanılmaz, katlanılmaz bir durum olarak görülmesidir. Felaketleştirmeye düşük engellenme toleransı arasında çok yakın bir ilişki vardır.
- 4- Talepkarlık: Öfkenin kaynağı olarak görülen kişilerin, farklı şekilde davranmaları ve kişinin isteklerini karşılamaları gerektiği konusunda bir inancın olmasıdır.
- 5-Başkalarını olumsuz değerlendirme: Öfkelenilen kişiye olumsuz suçlamalarda bulunulmasıdır.
- 6- Kendini olumsuz değerlendirme; Kişinin kendini suçlama ve ayıplama eğiliminde olmasıdır (Kassinove ve Tafrate 2002).

Bu tetikleyici olay ve onun yanlış değerlendirilmesi sonucu oluşan yaşantı, öfkenin algılanmasıdır. Burada hem öfke duygusu, hem buna ilişkin düşünceler ve hem de fizyolojik ve motor tepkiler algılanır. Öfke daha sonra farklı şekillerde ifade edilir. Bunlar içe yöneltilmesi, dışa yöneltilmesi (dolaylı-doğrudan; sözel-sözel olmayan) ve kontrol edilmesidir. Ayrıca öfke yaşantısı ve ifadesi kişilerarası ilişkilerin bozulması, iş ortamında problemler, rasyonel kararlar verememe, madde kullanımı, motor davranışlarda bozulma, öğ alma fantezileri geliştirme, saldırganlık, suçluluk, utanç, üzüntü gibi başka olumsuz duyguların ortaya çıkması ve kalp damar hastalıkları, felç, kanser gibi sağlık problemlerine yol açabilir (Tekinsav-Sütçü 2006).

Hazaleus ve Deffenbacher (1986) öfkeyi öngören mantıksız inançları belirlemeye çalışmış ve “suçlamaya ve cezalandırmaya yatkınlık ile henüz olmamış olumsuz olaylara ilişkin kaygı duymak gerektiği şeklindeki inançlar”ın öfkeyi öngördüğünü bulmuştur (Hazaleus ve Deffenbacher 1986).

Beck’e göre, kişinin kendisini, çevresini (dünyayı) ve geleceğini olumsuz olarak algılamasına dolayısıyla ruhsal bozukluk belirtilerine neden olan şey, bilgi işlemede yapılan sistematik hatalardır. Duygusal strese neden olan temel 5 bilişsel hata vardır. Bunlar;

kişiselleştirme, ya hep ya hiç türü düşünme, seçici soyutlama, keyfi çıkarsama ve aşırı genellemedir (Beck 1999)

Kişiselleştirme: Başka bir nedenden oluşan bir olayın kaynağı olarak kendini görme ve kendini sorumlu tutma. Görmediği için yanından gelip geçen arkadaşı için “herhalde onu üzecek ya da kızdıracak bir şey yaptım” şeklinde düşünme.

Ya hep ya hiç tarzı düşünme: Olayların siyah- beyaz, çok kötü- fevkalade, iyi kötü gibi iki uçta yer almasıdır.

Seçici soyutlama: Bir durumun seçici olarak belli bir ayrıntısının algılanması diğer önemli özelliklerin göz ardı edilmesi.

Keyfi çıkarsama: Kanıt olmadan ya da aksi kanıt olduğu halde bazı sonuçlara ulaşma.

Aşırı genelleme: Bir tek olaydan genel kurallar çıkarma. “Elime aldığım her şeyi berbat ederim” diye düşünme gibi. Beck’in modelindeki bilişsel yapı daha çok depresyon, anksiyete gibi bozukluklar için oluşturulmuştur (Beck 1999, Balkaya ve Şahin 2003).

1.3.1.2.2. Öfkeye yönelik daha yakın zamanlarda ileri sürülen bilişsel davranışçı açıklamalar

Yakın zamanlardaki en kapsamlı model Deffenbacher ve arkadaşları (2004) tarafından ileri sürülmüştür. Öfkeyi duygusal, bilişsel ve fizyolojik bileşenlerden oluşan yaşantısal bir durum olarak tanımlamışlardır. Bu model öfke için birkaç değişken ortaya çıkarır. Bunlar:

- 1) Bir ya da daha fazla sayıda ortaya çıkarıcı durum,
- 2) Bireyin hem anlık hem de sürekli özelliklerini içeren öfke öncesi mevcut durumu,
- 3) Kişinin hem ortaya çıkarıcı olay için, hem de kendi baş etme kaynakları için yaptığı değerlendirme durumudur (Deffenbacher ve ark 2004).

Deffenbacher (1999) öfkeye neden olan bilişsel yapıyı şu şekilde tanımlamıştır:

- 1) Kendisine karşı yanlış yapıldığı ya da saygısızca hareket edildiği yolunda abartılı düşünce,
- 2) Karşısındaki bireyin saldırı, intikam ya da cezayı hak ettiği düşüncesi,
- 3) Suçu başkasına atma,
- 4) Dışsallaştırma,
- 5) Öfkeye neden olan kaynağı inkar etme, küçümseme,
- 6) Sıklıkla tahrik edici bir etiketlemeye bağlı olarak aşırı genellemedir (Deffenbacher 1999).

Frijda (1988) tarafından ortaya atılan diğer bir görüşe göre; potansiyel tehditle baş etme becerisine olan inanç öfkeye neden olmaktadır. Yani tehdit baş edilemeyecek zeye de ise korku, baş edilebilecek zeye de ise öfke hissedilir (Frijda 1988).

Novaco (1975) ise, öfkenin büyük oranda olayların kişisel olarak yorumlanmasından kaynaklandığını ileri sürer. Yorumlamanın en yaygın olarak bilinen özelliği “kötülük algısıdır.” Yani bir insanın davranışı zarar verici ve kötü niyetli olarak yorumlanıyorsa öfke ve saldırganlık şemaları aktive olmaktadır. fkeyi ortaya çıkaran bir diğer özellik ise haklılıktır. Algılanan kötülük, suçu dışsallaştıran haklılık temasıyla birleşerek öfkeyi artırır. Öfke ve fiziksel saldırganlık sıklıkla haksızlığı düzeltmenin bir yolu olarak ya da yapılan haksızlık için meşru bir ceza yanıtı olarak görülür (Novaco 1975).

1.3.1.3. Sosyal ğrenme Kuramı ve fke

Sosyal ğrenme kuramcılarının görüşlerine göre öfke davranışları, ifade ediliş bakımından model alma, taklit, pekiştirme ve özdeşleşme ile öğrenilen tepkilerdir. Bu kurama göre, bireyin öfke tepkisinin oluşması ve şekillenmesinde, yetiştiği ortamın ve yakın vresindekilerin, uygulanan ödül ve cezaların büyük önemi vardır. Averill (1983) fkenin, belirli bir sosyalleşme sürecinden geçtiğini, her kültürün öfke için belirli ifade etme kuralları koyduğunu ve bireylerin sosyalleşme süreci içinde kültürlerinde kabul edilen öfkeyi ifade etme şekillerini öğrendiklerini ifade ettiğini bildirmiştir (Averill 1983).

Sosyal ğrenme kuramcıları insanın doğuştan saldırgan olmadığını, saldırganlığın toplumsallaşmanın bir sonucu olarak ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Bireyi saldırganlığa iten glerin iselden çok dışsal olduğunu savunmaktadırlar (Yılmaz 2009. Karlı 2008).

Bandura (1977), saldırganlığı öğrenilen bir davranış olarak tanımlamıştır. Örneğin ocuk, öfkeli ebeveynin diğer ebeveynine vurduğunu görür. Saldırgan davranışın öğrenilmesi, direk bu deneyimlerle ie alınır. Kişi fke hissettiğinde saldırgan davranır. Eğer saldırgan davranış dllendirilirse, bu davranış pekiştirilir. Kişi saldırgan davranışın sonuçlarını ödül olarak algıladığı zaman, öğrenme gerçekleşir şeklinde ifade etmiştir (Bandura 1977).

Saul (1972), ocukların yetiştirilmesinde ebeveynin gösterdiği zaafın ve çocukta iyi korunamadığı fikrinin, güçlü ve saldırgan olma eğilimini uyandırdığı tezini savunmuş ve

çevreye karşı iyi niyetli olmanın öğretilmemesinin, çocukta kızgınlık ve öfke duygusuna neden olabileceğini bildirmiştir. Sosyal öğrenme kuramı diğer kuramlardan farklı olarak; saldırganlığı değiştirebilir ve engellenebilir bir durum olarak görmektedir. Oysa saldırganlığı içgüdüyle açıklayan görüşler, saldırganlığı kaçınılmaz ve genetik olarak programlanmış bir davranış olarak görme eğilimindedirler. Sosyal öğrenme kuramı, saldırganlığın öğrenildiği gibi unutulabileceğini ya da uygun koşullar altında hiç öğrenilemeyeceğini savunmaktadır (Saul 1972).

1.3.1.4. James-Lange Kuramı ve Öfke

James-Lange Kuramına göre, bireyin vücudu uyarılara belirli fizyolojik tepkiler vermektedir ve tüm duygular gibi öfke de vücut tepkilerinin algılanmasıdır. Bu bakış açısına göre bireyler önce öfkeye özgü fizyolojik tepki (kalp atımlarının artması, terlemenin artması, midede kasılma, yüz kaslarının gerilmesi, dişlerin ve çenenin sıkılması, yumrukların sıkılması vb.) yaşarlar ve daha sonra öfke hissederler. Öfke duygusu, bu özgün beden tepkilerinin algılanmasının ardından yani bedensel tepkilerden sonra ortaya çıkar (Kalat 2012, Lange 1994).

1.3.1.5. Cannon-Bard Kuramı ve Öfke

Canon-Bard Kuramı, James-Lange Kuramına karşı çıkmıştır. Cannon ve Bard bu olay zincirinin yanlış olduğunu çünkü beden her duyguya özelleşmiş farklı tepkiler vermediğini ileri sürmüştür. Öfke, korku, suçluluk ve sevgi gibi pek çok farklı duygu yaşandığında, kalp atım oranında ve terlemede artış olmaktadır. Kuramcılar, bedendeki fizyolojik uyarılmanın doğada genel olduğunu ve bu genel uyarılma ve duyguların aynı zamanda ortaya çıktığını ileri sürmüşlerdir (Kalat 2012, Tekinsav-Sütçü 2006).

1.3.2. Öfke Nedenleri

Öfkenin nedenleri çok çeşitlidir. Engellenme duygusu öfkeye neden olan etmenlerin başında gelmektedir. İnsanın öfkelenmesine neden olan her dönemin kendine özgü engellenme durumları vardır. Süt çocuklarında bir hareketin ya da isteğin engellenmesi gibi basit sınırlamalar öfkeye neden olurken; çocukluk döneminde terbiye şekli, eğitim yöntemi ve isteklere getirilen yasaklar, bir yetişkinin ilgisini kaybetmek veya bir etkinlikte gösterdikleri başarısızlık gibi nedenler öfkeye neden olur. Ergenlik dönemindeki birey iki temel istek

arasında sıkışır, bir yandan aileden ayrılma, bağımsız olma isteği yaşarken; diğer yandan güvensizlik duygusu ve destek ihtiyacı çatışmaya ve öfkeye sebep olur. Yetişkinlikte hayat şartları, yaşanan rekabet ve sorumlulukların gerektirdiği zorluklar, başkaları tarafından kendisine saygısızca ya da haksız biçimde davranıldığını hissetme, aile-evlilik ilişkilerinin gerginleşmiş olması, gerek aile veya arkadaşlar gerekse toplum tarafından reddedilme duygusu insanı engeller ve öfke doğurur. Yaşlılık nedeniyle yaşanan güvensizlik, belirsizlik hissi ve sınırlılıklar engellenme duygusuna ve öfkeye yol açar (Yılmaz 2009, Karslı 2008).

Özmen'e göre (2004) öfke nedenleri:

- Engellenme,
- Saldırıya uğrama,
- Tehdit edilme,
- Yoksun bırakma,
- Kısıtlanma şeklindedir (Özmen 2004).

Beck'e göre (1998) kışkırtma ve tehdit, öfkenin temel nedenleridir (Beck 1998).

Bireyin mükemmeliyetçi kişilik yapısına sahip olması; çevresi tarafından kabul edilme ve onaylanma ihtiyacını yoğun yaşaması, kendini aşırı derecede kontrol etmesine ve en iyiyi yapma adına aşırı şekilde istekli olmasına neden olduğunda, beraberinde öfke duygusunu da getirmektedir. Bu düşüncelere bağlı olarak kişinin kendini gereğinden fazla zorlaması sonucunda da öfke duygusunun yaşandığı saptanmıştır (Harmon-Jones ve Harmon-Jones 2007, Karslı 2008).

Sonuç olarak, öfke iki temel nedenle ortaya çıkabilir: Bu nedenlerden birincisi, bireyin kendisinden; ikincisi ise, karşısındaki bireylerin onda oluşturduğu duygulardan kaynaklanabilir (Yılmaz 2009, Karslı 2008).

1.3.3. Öfke İfade Etme Biçimleri

Öfkenin farklı şekillerde yaşanması “öfke ifade biçimi” (anger expression style) olarak tanımlanmaktadır. Öfke ifade biçimi, kişinin yaşadığı engellenmenin kaynağına göre değişmektedir. Eğer engellenme kişinin kendi dışındaki nedenlerden kaynaklanıyorsa, öfke çevresel faktörlere yöneltilir, eğer engellenme kişinin kendi içinden gelen bir nedene bağlı

olarak ortaya çıkıyorsa, öfke duygusunun hedefi büyük bir olasılıkla kişinin kendisi olacaktır (Yılmaz 2009).

Cüceloğlu (2000), öfke duygusunun mantıklı olmak zorunda olmadığını; bu nedenle de öfke yaşayan kişinin, öfkesini kendisine herhangi bir kasıt olmaksızın kötülük yapan kişilere, hatta durumlara dahi uygulayabildiğini bildirmektedir. Örneğin sınavda başarılı olamayacağını düşünerek endişe hisseden bir öğrenci, kendisini uyandırmadığı için arkadaşına; çalar saati kurmadığı ve yanına kalemini almadığı için kendisine kızar. Bu örnekte öfkenin hedefi kişinin kendisi veya ilişkide olduğu arkadaşıdır. Ancak bazen öfke duygusunun yöneldiği hedefler ne kişinin kendisi ne de ilişkide bulunduğu kişilerdir. Örneğin sınava girecek öğrenci otobüsün kendisini iki dakika beklememesi ve duraktaki kuyruğun uzunluğu gibi durumlara kızabildiği gibi, kaza yapan arabanın şoförü gibi tanıdık olmayan kişilere de kızabilir (Cüceloğlu 2000).

Öfkenin ifade ediliş biçimi de farklılık göstermektedir. Bazı bireyler öfkelerini içine atarken, bazıları dışa yönlendirmekte, bazı bireylerse çeşitli savunma mekanizmalarıyla kontrol etmeye çalışmaktadırlar. Her bireyin, sosyalleşme süreci içerisindeki kazanımlarıyla kendine özgü düşünce yapısı, kişilik özellikleri ve durumsal koşullara uygun öfke ifade etme biçimleri gelişmektedir (Antai-Otong 2001).

Maslow (1966) öfke ifade şekillerini 6 maddede toplamıştır;

1. Doğrudan davranışsal işaretler (fiziksel ve sözel saldırı, aşırı eleştiricilik, önyargılı olma, hırsızlık, sorun çıkarma gibi),
2. Doğrudan sözel ya da bilişsel işaretler (kin ve nefret belirten, aşağılayan ve suçlayıcı sözler),
3. Üstü kapalı davranışsal işaretler (güvensiz, kıskanç, tartışmacı, alaycı ve yargılayıcı davranışlar),
4. Üstü kapalı sözel işaretler (güvensiz, kıskanç, tartışmacı, alaycı ve yargılayıcı sözler),
5. Dolaylı davranışsal işaretler (içe kapanma, psikosomatik belirtiler (kalp hastalığı, yüksek kan basıncı gibi), depresyon, suçluluk duygusu, ağlama gibi),
6. Dolaylı sözel işaretler (delici şekilde bakışlar, ters bakma ya da düşmanca bakma gibi) kırıcı, alaycı sözler kullanabilir.

Bir başka öfke ifadesi şekli olan ağlama genellikle saldırganlıkla birlikte görülür. Bu tür anlatım bebekler ve çocuklar için doğaldır. Çocukluk döneminde öfke; vurma, ısırma, nesne atma gibi doğrudan yollarla dışa vurulurken, yaş ilerleyip çocuk sosyalleştikçe bu anlatım biçimi bazen denetim altına alınmakta, bazen de yön değiştirerek ortaya çıkmaktadır. Beck ve Ephrem (1998), öfke duygusunun diğer bir ifade yolunun da saldırganlık olduğunu belirtmişlerdir. Saldırganlık, engellenme nedeniyle ortaya çıkan, yıkıcı bir öfke ifadesidir. Saldırganlık istenmeyen durumlar karşısında bireyin olumsuz tepkileri ile ortaya çıkan ani bir davranıştır. Saldırganlık etkili ya da düşmanca olabilir. Etkili saldırganlığın amacı bireysel hedeflerin sonuca ulaşması ve başarılmasıdır. Düşmanca davranışın amacı ise karşısındaki kişiyi incitmektir. Örneğin hastanın enjeksiyon yapımını engellemek için hemşireye ısrar etmesi saldırganlığın etkili kullanımudur. Düşmanca saldırganlık ise iptal isteminde bulunan hastanın hemşireyi incitmesidir. Etkili saldırganlıkta hedef enjeksiyonun önlenmesi, düşmanca saldırganlıkta hedef hemşireyi incitmektir. Öfke ile saldırganlık arasında belirli bir ilişki olmasına rağmen, öfkenin aynı zamanda yarı bağımsız bir duygu olduğu ileri sürülmektedir. Öfke, iki türlü ifade biçimi olan saldırganlığın, ifade biçimlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel saldırganlık motor davranışlarla ilişkilidir ve amaç karşısındaki kişiye, objeye zarar vermektir. Ancak saldırgan davranışın temelinde her zaman öfke olmayabilir. Saldırganlığın ikinci şekli olan, sözel saldırganlık boyutu ise daha çok, dışa vurulmuş öfke olarak tanımlanmaktadır. İnsanlar her yerde öfkelenir, fakat içinde bulunulan kültüre göre öfkelerini ifade ederler. Çünkü bireyler öfkelerini ifade etmeyi sosyalleşme sürecinde öğrenmektedirler. Yapılan çalışmalarda, kadınların öfkelerini kontrol ettikleri ya da bastırdıkları, erkeklerin ise ifade ettikleri görülmüştür. Birçok kültürde, kadınların, mutluluk, üzüntü ve korku gibi duygularını ifade etmeleri beklenirken öfke ve gurur gibi duyguları göstermemeleri istenir. Erkekler için tam tersi bir durum söz konusudur. Kadınların öfkelerini ifade etmesi kişilerarası ilişkilere zarar verir şeklinde düşünülürken, erkeklerin ifade etmesi güçlü ve önemli olma vurgusu olarak anlaşılmaktadır (Maslow 1966, Beck ve Ephrem 1998).

Kadınlar öfkelerini uyuma, depresyon gibi yollarla ifade etme eğilimi göstermelerine rağmen, öfkelenmeye erkeklerden daha az yatkınlık göstermedikleri, erkekler kadar sık ve erkeklerle aynı yoğunlukta öfkelenedikleri bildirilmektedir. Ayrıca öfkelerini erkekler kadar açık bir şekilde ifade ettikleri, tek farklılığın kadınların erkeklerden daha sık ağlamaları olduğu belirtilmektedir (Yılmaz 2009).

Martin ve David'e göre (1997) öfke duygusunun içe ya da dışa yansıtılması da ifade edilme şeklinin değişmesine neden olmaktadır. "Öfke İçte" durumu yaşayan bireyler öfkelerini daha çok somatik şikayetler ile ifade ederken, "Öfke Dışta" durumu yaşayan bireyler somatik şikayetlere ek olarak hastalığının bulunamadığına yönelik şikayetlerde de bulunurlar. Öfkeyi içe atım daha çok öfkeyi ifade edememe ile ilişkiliyken, dışa vurum daha çok ifade edilmesi ile ilişkilidir (Martin ve David 1997).

1.3.4. Öfke Yönetimi

Öfke yönetimi kişinin başkalarıyla ilişkilerinde öfkesini ne ölçüde kontrol ettiğini veya ne ölçüde sakinleşme eğiliminde olduğunu belirten durumdur. Bireyler öfke duygusunu yanlış olarak kabul edip, öfke duygularını yaşamamaya, ya da bastırmaya çabalayabilir. Akan bir suyun önüne çekilen bir set gibi duyguların önüne de bir set kurulur, tüm değer ve inançlar öfke duygusunun doğal akışının önlenmesi için düzenlenir. Fakat öfke duygusu bu setin arkasında bir bölgede birikmeye devam eder. Hedeflenen ve beklenen amaçlar gerçekleşmediğinde ve olumsuz duygular oluşmaya başladığında öfke duygusu yüzeye çıkar. Öfke duygusu fiziksel ve duygusal olarak yaşanır. Diğer duygular gibi öfke de, fizyolojik ve biyolojik değişikliklerle belirlidir. Öfkenin sağlıklı bir şekilde ele alınıp alınmaması, bireyin fiziksel yapısıyla birlikte kişiler arası iletişimini de etkilemektedir. Duyguların yok edilemeyeceği ancak düzenlenebileceği ve kontrol edilebileceği bilinen bir gerçektir. Bu nedenle öfke yönetiminde bireylerin kendi öfke duygusunu tanıyabilmeleri ve öfkelerini kontrol edebilmeleri önemlidir (Yılmaz 2009, Albayrak ve Kutlu 2009).

Öfkenin tanınması; öfkeye neden olan ve öfke ifadesini etkileyen biyolojik ve fizyolojik yapının, bireyin mantıklı ve mantık dışı inançlarının, içinde yaşadığı ortamın ve aile, kültür gibi çevresel etkenlerin bilinmesidir. Bireyler ancak öfkelerini tanıdıklarında, öfkesinin zararlarından kurtulabilirler ve onu kendileri için yapıcı bir şekilde ifade edebilirler. En uygun olanı öfkenin sözel olarak ifade edilmesidir. Toplumun beklentileri ve belirlediği davranış kalıpları çerçevesinde öğrenilen öfke ifadesi kültürel özelliklerdendir. Yapıcı olarak öfkenin ifadesi için duyguların konuşulması gerekir. Öfkenin boşalması, gerginliği azaltarak daha yapıcı tartışmaya gitme olanağı sağlar. Öfke durumunda gösterilen fiziksel tepkiler çok çeşitlidir. Öfkeye eşlik eden fizyolojik belirtiler genellikle; kas geriliminin artması, kaşların çatılması, ters ters bakma, surat asma, dişlerin gıcırdatılması, yumrukları sıkma, yüzün kızarması, titreme, üşüme ve uyuşma hissi, nefes almakta zorluk yaşama, vücudun çeşitli

bölgelerinde seğirmeler olması, terleme, kontrol kaybı, sıcaklık hissi, dudakları ısırma, beynin zonklaması, baş ağrısı ve hareketlerin hızlanması, yoğun sıkıntı, yorgunluk, tıkanma, solunum hızı ve derinliğinin artması, enerji artışı ve yüzde kızarma gibi tepkilerdir. Bu tür fizyolojik tepkiler istem dışı ortaya çıkar ve kontrol edilmesi oldukça güçtür. Öfkenin bastırılması ya da saldırganca ifade edilmesi bireyin yaşamının birçok alanında olumsuzluklara neden olduğundan, bu duygunun kontrol altında tutulması gerektiği belirtilmektedir. Öfke ile başa çıkmada bilişsel davranışçı yaklaşım tekniklerinin kullanıldığına dikkat çekmekte ve öfke ile başa çıkmada en etkili yöntemler olduğu belirtilmektedir (Dunbar 2009, Albayrak ve Kutlu 2009).

Bilişsel-davranışçı yaklaşımlar, öfke ile başa çıkmada kişinin kendi çabalarının değişim için temel unsur olduğu varsayımından hareketle, kişinin kendi kendisini yönetebilmesi için gerekli becerileri kazanmalarına çabalamaktadırlar. Öfke duygusu yaratma potansiyeli olan durumların hayal edilmesi ve bu durumlar karşısında duyarsızlaşmak için egzersiz yapılması etkin çözümlerden biridir. Diğer yandan öfkenin ortaya çıkmasına neden olan olumsuz düşünceleri daha işlevsel olanları ile değiştirmek öfke duygusunu azaltacaktır. Öfke duygusu ile başa çıkmak için empati yeteneğinin gelişmesi önemlidir (Howells ve Day 2003, Dunbar 2009).

Novaco 1975'te öfkenin azaltılması ile ilgili olarak gerçekleştirdiği çalışmasında; danışanları, bilişsel yeniden yapılandırma ve dikkati odaklama ile duygusal-fizyolojik uyarılmalarının azalması için gevşeme tekniklerini uygulayabilme konularında eğitmişlerdir. Sonuçta bireyler olaylara daha gerçekçi yaklaştıklarında ve gevşeme tekniklerini kullandıklarında öfke duygusunun azaldığı görülmüştür. Başkalarının bakış açısını fark etmek, kişinin öfke duygusunu daha iyi anlamasını sağlar ve engelleyici durum karşısında dayanma gücünü artırır. Öfke ile başa çıkmada hayal kurma yöntemi kullanılabilir. Hayal kurma kişinin öfkesini kontrol etmesinde bir güvenlik işlevi görür. Hayallerde engelleyici kişi ya da duruma karşı istenilen tepkiyi verebilme özgürlüğü vardır. Ancak kişinin bu hayal kurma durumunun uzatmaması gerekir, aksi durumda hayaller öfkeyi dışa yansıtmada olumsuz etki de yapabilirler. Öfke sorunu yaşayan birey sorun çözme becerilerinde eksiktir. Bu tekniğin amacı; bireylere öfkeyi tahrik eden durumu çözebilmeleri için uygun yollar bulmak, öfkeye karşı uyumlu tepkileri harekete geçirmektir (Novaco 1975).

Edmondson, ve Conger (1996) ; öfke kontrolünde kullanılan bir diğer yöntemin sosyal beceri eğitimi olduğunu sosyal beceri tekniğinin temelini Bandura'nın sosyal öğrenme teorisine ve Wolpe ve Lazarus'un öfkenin uygun yollarla ifadesini içeren atılganlığa dayandığını bildirmiştir. Öfke duygusunun, kişinin sosyal ilişkilerde değişmesi gerektiği mesajını verdiği; bu nedenle de öfkenin sosyal ilişkilerde iyiye doğru bir değişim aracı olarak kullanılabilceği belirtilmektedir. Kişinin bunu yapabilmesi için; birincisi, kişi öfkesinin hangi koşullar altında ortaya çıktığını öğrenmelidir. İkincisi, birey diğerleri ile iletişim konusunda gerekli becerileri geliştirmelidir. Üçüncüsü, kişi etkileşimde meydana gelen işlevsel olmayan durumları gözlemleyebilme ve bunlara müdahale edebilmeyi öğrenmelidir. Son olarak da kişi diğerlerinin olası olumsuz tepkilerini öngörebilmeli ve onlarla başa çıkmaya kendisini hazırlamalıdır. Örneğin birey, ortamda diğer kişilerin ses tonlarını arttırmaya neden olabilecek konularda nasıl bir tepki vereceğini önceden belirleyebilir (Edmondson ve Conger 1996).

Sistemantik duyarsızlaştırma, gevşeme eğitimi, stresle başetme eğitimi, sosyal beceri eğitimi ve sorun çözme eğitiminden oluşturulan bir program, sağlıklı bir şekilde ifade edilemeyen öfkenin yönetilmesinde iyi bir model olabilmektedir (Yılmaz 2009, Dunbar 2009, Albayrak ve Kutlu 2009).

1.3.5. Bakım Verici ve Öfke

Ruhsal hastalıklar bireylerin duyguları, kişilik ve bireysel alışkanlıklarda değişimlere ve sosyal gerilemeye sebep olmaktadır. Toplumun en önemli birimlerinden biri olma özelliğini yüzyıllardır kaybetmeyen aile kurumu, bireye hayat vermekte ve onu etkilemektedir. Kronik hastalık sonucu gelişen yetersizliği olan hastaların % 60-85'inin bakım verici olarak ailelerinden yardım aldığı belirtilmektedir (Özer 2010).

Kronik hastalık sonucu aile içi dinamiklerde meydana gelen değişimler bireyin yaşantısında sorun yaratabildiği gibi, bireyin yaşadığı krizler de aile içi ilişkilere yansımakta ve fonksiyonlarda değişmelere neden olabilmektedir. Ruhsal belirtilerle başvuran bireylerin ele alınmasında ve sağaltım sürecinde, onların içinde yaşadığı ailenin değerlendirilmesi, gerek tanı koymada gerekse uygun sağaltıma yönlendirilmede; ayrıca klinik gidiş ve sonucun belirlenmesinde önem taşır. Bireyin ruhsal sorunları aile dinamikleri ile ilişkili olabileceği

gibi, evde hasta bir kişinin varlığı nedeni ile ailede işlevler felce uğramış durumda olabilir (Ünal 2002).

Klinik gözlemler; şizofrenik hastaya sahip ailelerin bazı üyelerinin sabırsız, öfkeli, çaresiz, umutsuz, bıkkın, ilgisiz tavırlar sergiledikleri şeklindedir. Bu da, bu tip ailelerin her zaman psikiyatrik bir tanı koyduracak kadar olmasa bile bir takım ruhsal bozukluk belirtileri verdiklerini ortaya koymaktadır (Ünal 2002).

Bipolar bozuklukta manik epizod sonunda, ailece yaygın bir şekilde post-travmatik stres bozukluğu görüldüğü düşünülmektedir. Hastanın atak sıklığı fazla ise aile üyeleri duygusal açıdan birbirinden uzaklaşmış hissedebilirler. Yine duygusal durumları değişken olabilir ve bazen öfke patlaması şeklinde dürtüsel olarak kendini gösterebilir (Ünal 2002, Wozniak ve ark 2001).

Kohl ve arkadaşlarının (2011) ruhsal hastalığı olan bireylerin anneleri ile yaptıkları çalışmada annelerin duygudurum ve anksiyete bozukluğu tanılarını karşılayan belirtiler yaşadıklarını ve çok az sayıda annenin psikolojik yardım aldığını bulmuşlardır. Ayrıca ruhsal hastalığı olan aile üyesinin, uygun bir tedavi ile iyileştiğinde bile; oldukça ciddi aile krizlerinin ortaya çıkmasına neden olduğunu bulmuşlardır (Kohl ve ark 2011).

Alkol ve madde kullanımı açısından bakıldığında da bireyin ailesi etkilenmektedir. Tedavi ve bakım, bireylerin madde kullanım davranışı kadar, diğer önemli psikolojik ve sosyal problemlerini de kapsamalıdır. Birçok uzman, aile üyelerinin tedaviye katılmasının önemli olduğunu vurgulamaktadır. Birey ve aile üyeleri sorunla baş edebilmek için madde kötüye kullanımı, maddenin etkileri ve iyileşme hakkında bilgi edinmeye ihtiyaç duyar. Bu nedenle aileye tedavinin her safhasında destek olmalıdır (Şimşek 2010).

Bakım vericiler hastanın aile üyesi, uzak ya da yakın akrabası, ücretli ya da ücretsiz hasta ile ilgilenen, hastaya bakım, destek sağlayan bireyler olarak ele alınmıştır.

1.3.5.1. Türkiyede Bakım Verici Profili ve Yapılan Çalışmalar

Ülkemizde bakım verici kavramı genel olarak aile üyelerini içermektedir. Tedavilerin toplum temelli olmaya başlaması ile hasta bireylerin aile içinde daha çok zaman geçirmesi,

aile üyelerinin tedavide daha aktif rol oynamaya başlamasına neden olmuştur. Kültürel açıdan bakıldığında hastanın aile üyesi olmak ülkemizde bakım verici olma kriterlerinden biridir. Aile içinde bir görev olarak da görülen bakım vericilik her zaman gönüllülük esasına dayanmaz. Bu açıdan bakıldığında kişinin tecrübe edebileceği öfke ve ilişkili faktörlerin daha çok olması da beklenebilir.

Yapılan literatür taramalarında ülkemizde bakım vericiler ile yapılan çalışmaların daha çok yük ve tükenmişlik ile ilgili olduğu görülmüştür. Yapılan literatür taramalarında bakım verici ve öfke ile ilgili ülkemizde yapılmış bir araştırmaya rastlanmamıştır.

1.3.5.2. Yurtdışında Bakım Verici Profili ve Yapılan Çalışmalar

Yurtdışındaki bakım verici profiline bakıldığında aile üyelerinin yer aldığını ayrıca bakım evlerinde (nursing home) çalışan bireyleri de kapsadığı görülmüştür. Yapılan çalışmaların daha çok demanslı bireylerin bakım vericileri ile gerçekleştirildiği görülmüştür.

MacNeil ve arkadaşlarının (2009) demanslı hastaların bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada öfkenin depresyon, panik bozukluk ve anksiyete bozukluğuna neden olduğunu bulmuşlardır.

Coon ve arkadaşlarının (2003) demanslı hastalar için kurulmuş bir bakım evinde bakım vericiler ile yaptıkları çalışmada, ifade edilemeyen öfke ve düşmanlık duygularının depresyon ile yakından ilişkili olduğunu; ayrıca duygu durumu ve baş etme durumunu etkileme düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmişlerdir.

Yurtdışında yapılan çalışmalar için literatür taraması yapıldığında bazı rahatsızlıkların bakım vericilerinde öfkenin araştırıldığı ancak psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde öfkenin araştırılmadığı görülmüştür.

2.GEREÇ VE YÖNTEM

Bir üniversite hastanesinin psikiyatri servisinde yatan hastaların bakım vericileri araştırmaya alınmıştır. Araştırmada psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde öfke ve ilişkili faktörler incelenmiştir. Bakım verici; hastanın aile üyesi, uzak ya da yakın akrabası, ücretli ya da ücretsiz hasta ile ilgilenen, hastaya bakım, destek sağlayan bireyleri ifade etmektedir.

2.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma; tanımlayıcı-kesitsel olarak ele alınmış bir araştırmadır.

2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma tek merkezli bir araştırmadır. Bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde yürütülmüştür. Klinik 24 yataklı, yarı açık bir klinikdir. Klinikte iki adet uğraşı odası, 2 adet sigara odası, 2 adet birbirinden ayrı dış bahçe, 1 adet EKT(Elektro Konvülsif Tedavi) odası, bir adet doktor odası, bir adet hemşire odası, 1 adet psikolog odası, 1 adet derslik, 12 adet hasta odası bulunmaktadır. Hasta odaları genel olarak iki yataklıdır. Hastalar ağırlıklı olarak Afyonkarahisar merkez ve ilçelerinden ayrıca çevre illerden ve ilçelerden gelmektedirler.

2.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın veri toplama aşaması Eylül 2012-Eylül 2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yeri Afyonkarahisar ili bir üniversite hastanesinin psikiyatri servisidir. Çalışmanın yapıldığı hastanede yıllık yatan hasta sayısı yaklaşık olarak 182'dir. Çalışma yatan hastaların bakım vericileri ile yapılmıştır. Çalışmada evreni bilinen örnekleme yöntemi ile örneklem hesabına gidilmiş; % 80 güç ve % 95 güven aralığında 132 kişiye ulaşılması planlanmıştır. Ancak araştırma sırasında olası kayıplar da göz önüne alınarak 160 kişiye ulaşılması hedeflenmiş ve hedeflenen 160 kişiye ulaşılmıştır.

Araştırmada anket ve ölçek bakım vericilere araştırmacı tarafından birebir uygulanmıştır.

2.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Bakım vericilerin araştırmaya alınma kriterleri;

- 18-75 yaş aralığında olma,
- Araştırmanın yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olma,
- Sorulan soruları anlayabilme,
- Duyma problemlerinin olmaması,
- En az 1 yıldır hastanın bakımından sorumlu olma,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma şeklindedir. Bu özelliklere sahip olmayan bireyler araştırma dışı tutulmuştur.

Bakım vericilerin araştırmadan dışlanma kriterleri: Araştırma ırasında yapılan görüşmelerde bakım vericilerin dışlanmasını gerektirecek bir durumla karşılaşılmamıştır.

2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği kullanılmıştır.

2.6.1. Kişisel Bilgi Formu

40 sorudan oluşan bir anket formudur. Tanımlayıcı bilgileri içeren demografik özellikler için 24 soru, sağlığa ve öfkeye ilişkin tutumlar için 16 soru şeklinde hazırlanmıştır. Araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulmuştur (Karlı 2008, Uzun 2008, Yılmaz 2009).

2.6.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)

Spielberger ve arkadaşları (1983) tarafından öğrencilerin öfke ifade tarzlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiş olup ergen ve yetişkinlere uygulanabilmekte; zaman

kısıtlaması bulunmamaktadır. Ölçeğin Türkiye'deki güvenilirlik çalışmaları Özer (1994) tarafından yapılmıştır (Spielberger ve ark 1983, Özer 1994).

Ölçek, 34 maddelik 4'lü likert tipi bir ölçektir. Hiç (1 puan), Biraz (2 puan), Oldukça (3 puan) ve Tamamiyle (4 puan) olarak değerlendirilir. Ölçeğin, ilk 10 maddesi sürekli öfkeyi, sonraki 24 maddesi öfke ifade tarzlarını ölçmektedir. Sürekli öfke, kişinin genelde kendini nasıl hissettiğini, ne derece öfke yaşadığını ifade etmektedir. Sürekli Öfke ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40'tır. Öfke İfade Tarzı Ölçeği, öfke içe vurumu (13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31. maddeleri), öfke dışı vurumu (12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33. maddeleri) ve öfke kontrolü (11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34. maddeleri) olmak üzere üç alt gruptan oluşmaktadır. Öfke içe vurumu, öfke dışı vurumu ve öfke kontrolü alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir. Ülkemizde birçok çalışmada kullanılmıştır (Albayrak ve Kutlu 2009, Özkamalı ve Buğa 2010).

Bu ölçek yetişkinlere ve ergenlere uygulanabilen, uygulama açısından süre kısıtlaması olmayan bir ölçektir. Sürekli Öfke alt ölçeğinin yüksek puanları öfke düzeyi yüksekliğini, Öfke Kontrolü alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke kontrol düzeyini, Öfke Dışta alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin ifade edilmesinin kişi için kolay olduğunu, Öfke İçte alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar bastırılmış öfkeyi göstermektedir (Türkçapar ve ark 2004).

2.7. Ön Uygulama

Araştırma için ön uygulama yapılmamıştır.

2.8. Verilerin Toplanması

Veriler; araştırmacı tarafından hazırlanmış olan "Kişisel Bilgi Formu"(Ek 1), "Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği"(Ek 2) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ) bakım vericilere araştırmacı tarafından birebir olarak uygulanmıştır. Ölçeklerin uygulaması yaklaşık 30 dakika sürmüştür.

2.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın veri analizi için “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 15.0 for Windows” paket programı kullanılmıştır. Araştırmada bağımsız değişkenleri sosyodemografik özellikleri içeren 24 soru ve sağlığa ve öfkeye ilişkin tutumlara yönelik 16 soru olup; bağımlı değişkenleri ise Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği puanlarıdır. Çalışma verileri değerlendirilirken; tanımlayıcı istatistiksel analizler (Ortalama, standart sapma, frekans, yüzdelik), normal dağılım değerlendirmede Kolmogorov Simirnov, normal dağılım gösteren karşılaştırmalarda t testi; normal dağılım dışı karşılaştırmalarda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H test, ordinal verilerin karşılaştırılmasında Pearson Correlation analizi ve ileri analizlerde Kruskal Wallis t-testi ve Mann Whitney U test kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında, t testi kullanılmıştır. Sonuçlarda anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

2.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın sınırlılıkları şu şekildedir:

1. Araştırma Afyonkarahisar ilinde bir üniversite hastanesi psikiyatri servisine yatırılan hastaların bakım vericileri ile sınırlıdır.
2. Araştırmada elde edilen sonuçlar, kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile sınırlıdır.

2.11. Araştırmanın Güçlükleri

Araştırmanın anket aşamasında anket uygulama için uygun görüşme odası olmaması nedeni ile hemşire odası kullanılmıştır. Bu nedenle iletişim ara ara kesintiye uğramış, sorular tekrar tekrar sorulmak durumunda kalmıştır.

2.12. Araştırmanın Etik Yönü

1. “Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi”nden kurum izni alınmıştır.
2. “Afyon Kocatepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu”ndan etik kurul onayı alınmıştır.
3. Bakım verici bireylerden anket ve ölçek uygulaması öncesi “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile onay alınmıştır.

3.BULGULAR

Tablo 1. Bakım Vericilerin Demografik Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	87	54.4
	Erkek	73	45.6
Medeni Durum	Evli	116	72.5
	Bekar	44	27.5
Aile Tipi	Çekirdek	150	93.8
	Geniş	10	6.3
Birlikte Yaşanılan Aile Üyesi	Eş	42	26.3
	Eş-Çocuk	64	40.0
	Eş-Ebeveyn	3	1.9
	Eş-Ebeveyn-Çocuk	8	5.0
	Ebeveyn	40	25.0
	Kardeş	3	1.9
Ekonomik Durum	Kötü	0	0
	Orta	63	39.4
	İyi	90	56.3
	Çok iyi	7	4.4
Öğrenim Durumu	Okur-yazar değil	6	3.8
	Okur-yazar	27	16.9
	İlkokul mezunu	30	18.8
	Ortaokul mezunu	22	13.8
	Lise mezunu	55	34.4
	Üniversite mezunu	20	12.5
Çalışma Durumu	Hayır	85	53.1
	Evet	75	46.9
*Meslek-Yapılan İş	Avukat	4	2.5
	Emekli	8	5.0
	Gardiyan	2	1.3
	Hemşire	2	1.3
	Mühendis	1	0.6
	Öğretmen	9	5.6
	Tarım	15	9.4
	İşçi	34	21.3
*Çalışma Şekli	Sürekli gündüz	38	56.7
	Gündüz-gece nöbet	29	43.2
En Uzun Yaşanılan Yer	Afyonkarahisar	121	75.6
	Diğer	39	24.4

Tamııcı Özellikler		n	%
En Uzun Yaşanılan Yerleşim Birimi	Köy	31	19.3
	İlçe	71	44.4
	İl	58	36.3
	Ranj (Min-Max)	X±SS	
Yaş	18-75	39.84±14.84	
	Ranj (Min-Max)	Medyan	Mod
Çocuk sayısı	1-5	1	2

* Sadece çalışanlar değerlendirildi.

Bakım vericilerin yaş ortalaması 39.84±14.84 olup, ortalama çocuk sayıları 1, % 54.4' ü (n=87) kadın, % 45.6' sı (n=73) erkektir. Bakım vericilerin % 72.5' i (n=116) evli, % 93.8' i (n=150) çekirdek aileye sahip, % 40'ı (n=64) eş ve çocuğı ile yaşamaktadır. Bakım verici bireylerin % 56.3' ü (n=90) ekonomik durumunu iyi olarak nitelendirmiş olup, %34.4' ü (n=40) lise mezunudur. Bireylerin % 53.1' i (n=85) çalışmamakta olup, çalışan grubun % 56.71'i (n=38) sürekli gündüz çalışmaktadır. Bakım vericilerin % 75.6' sının (n=121) en uzun yaşadığı il Afyonkarahisar olup, % 44.4'ü (n=71) halen ilçede yaşamaktadır.

Tablo 2. Bakım Vericilerin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri

Tanıttıcı Özellikler		n	%
Hasta ile Aynı Evde Yaşama Durumu	Hayır	24	15.0
	Evet	136	85.0
Bakım Vericinin Yakınlık Derecesi	Eş	70	43.8
	Kardeş	16	10.0
	Ebeveyn	44	27.5
	Çocuk	30	18.8
Evde Bakım Vericinin Sorumlu Olduğu Başka Aile Üyesi Durumu	Hayır	153	95.6
	Evet	7	4.4
	*Çocuk	3	42.8
	*Ebeveyn	4	57.1
Bakımda Destek Alma Durumu	Hayır	99	61.9
	Anne	26	16.3
	Baba	9	5.6
	Kardeş	2	1.3
	Eş	20	12.5
	Çocuk	4	2.5
Ailede Başka Psikiyatri Hastası Durumu	Hayır	136	85.0
	Evet	24	15.0
*Ailede Başka Psikiyatri Hastası	Anne	3	12.5
	Baba	3	12.5
	Çocuk	8	33.3
	Eş	1	4.1
	Kardeş	3	12.5
	Kendisi	5	20.8
	Teyze	1	4.1
*Ailede Başka Psikiyatri Hastalığı Varlığı	Bipolar Bozukluk	13	54.1
	Depresyon	2	8.3
	OKB	1	4.1
	Psikoz	1	4.1
	Şizofreni	7	29.1

*Yalnızca ailede psikiyatri hastası olanlar değerlendirildi

Bakım vericilerin % 85' i (n=136) hasta ile birlikte yaşamakta olup, % 43.8' i (n=70) hasta bireyin eşidir. Bakım vericilerin % 95.6' sını (n=153) başka bir aile üyesine bakmakla sorumlu olmayıp, % 61.9' u (n=99) bakımda destek almamaktadır. % 85' inin (n=136) ailede başka psikiyatri hastası yakına sahip olmadığı, olanların % 33.3' ünün (n=8) çocuk ve % 54.1' inin (n=13) bipolar bozukluk tanısına sahip olduğu bulunmuştur.

Tablo 3. Bakım Vericilerin Ruh Sağlığı Durumuna Ait Özellikleri

Tanıttıcı Özellikler		n	%
Öfkenin Nasıl Bir Duygu Olduğu Düşüncesi	Olumsuz	146	91.3
	Olumlu	14	8.8
Öfke Yönetimi Durumu	Yetersiz	98	61.3
	Yeterli	4	2.5
	Değişken	58	36.3
Öfke Durumunda Yapılanlar Durumu	Kendime ya da Başkalarına Zarar Veririm	40	25.0
	Başkalarıyla Paylaşırım	11	6.8
	Ağlarım	52	32.5
	Sigara içerim	30	18.7
	Kaçarım	27	16.8
Bakım Vericinin Kendini Tanımlama Durumu	Çekingen	66	41.3
	Atılğan	76	47.5
	Saldırgan	18	11.2
Bakım Vericinin Kendi Ruh Sağlığı Yorumu	Kötü	27	16.9
	Orta	96	60.0
	İyi	37	23.1
Psikiyatrik Yardım Alma Durumu	Hayır	139	86.9
	Bipolar bozukluk	3	1.9
	Depresyon	2	1.3
	OKB	1	0.6
	Bilmiyor (psikiyatrist önerisi ile ilaç alanlar)	15	9.4
Bakım Vericinin Kronik Hastalık Durumu	Hayır	122	76.3
	Evet	38	23.7
Bakım Vericinin Madde Kullanım Durumu	Hayır	108	67.5
	Sigara	52	32.5

Bakım vericilerin % 91.3' ü (n=146) öfkeyi olumsuz bir duygu olarak nitelendirmiştir. Bireylerin % 61.3'ü (n=98) öfke kontrollerinin yetersiz olduğunu düşünürken, % 32.5 'i (n=52) öfke durumunda ağladığını ifade etmiştir. Bakım vericilerin % 47.5' i (n=76) kendisini atılğan olarak tanımlarken, % 60.0' ı (n=97) ruh sağlığını orta düzeyde bulduğunu ifade etmiştir. Bakım vericilerin % 86.9' unun (n=139) herhangi bir psikiyatrik yardım almadığı belirlenmiştir. Bireylerin % 76.3' ünün (n=85) kronik hastalığının olmadığı, % 67.5'inin (n=108) alkol ya da madde kullanmadığı bulunmuştur.

Tablo 4. Bakım Vericilerin Ruh Sağlığını Etkileyen Hastası ile İlgili Durumlara Ait Özellikler

Tanıttıcı Özellikler		n	%
Kısıtlanma Duygusu Durumu	Hayır	26	16.3
	Evet	134	83.8
Kısıtlanma Duygusu-Öfkeye Neden Olma Durumu	Hayır	29	18.1
	Evet	131	81.9
Hasta Nedeniyle Etkinliğe Katılamama Halinde Öfke Durumu	Hayır	31	19.4
	Evet	129	80.6
Hasta Kötü Davrandığında Duygusal Tepki Durumu	Öfke	79	49.4
	Cezalandırılmışlık	9	5.6
	Tükenmişlik	2	1.3
	Suçluluk	12	7.5
	Üzüntü	51	31.9
	Kadercilik	7	4.4
Hastaya Şiddet Uygulama Durumu	Hayır	132	82.5
	Evet	28	17.5
	*Sözel	23	82.1
	*Sözel+fiziksel	5	27.9
Hastaya Öfke Halinde Hissedilenler Durumu	Suçluluk	15	9.4
	Çaresizlik	85	53.1
	Yalnızlık	42	26.3
	Tükenmişlik	18	11.3

Bakım vericilerin % 83.8'inin (n=134) hastası nedeniyle kısıtlanma duygusu yaşadığı, % 81.9'unun (n=131) kısıtlanma duygusunun öfkeye neden olduğunu düşündüğü bulunmuştur. Bakım vericilerin % 80.6'sı (n=129) hastası nedeniyle bir etkinliğe katılamadığında öfkelendiğini, yine % 49.4'ü (n=79) hastası kendisine kötü davrandığında öfke hissettiğini bildirmiştir. Bakım vericilerin % 82.5'i (n=132) hastaya şiddet uygulamadığını ifade ederken, şiddet uygulayanların % 82.1'i (n=23) sözel şiddet uyguladığını, % 53.1'i (n=85) hastasına öfkelendiğinde çaresizlik hissettiğini belirtmiştir.

Tablo 5. Bakım Vericilerin Bakım Verdiği Hastalara Ait Özellikler

Tanıtcı Özellikler		n	%
Hastanın Maddi Katkı Durumu	Hayır	68	42.5
	Evet	92	57.5
Hastanın Ek Kronik Hastalık Durumu	Hayır	121	75.6
	Evet	39	24.4
	*Diyabetes Mellitus	17	43.5
	*Epilepsi	5	12.8
	*Hipertansiyon	15	38.4
	*KAH	1	2.5
	*KOA	1	2.5
Hastanın Alkol-Madde Kullanım Durumu	Hayır	74	46.3
	Sigara	78	48.8
	Sigara+Alkol	8	5.0
Hastanın Şiddet Uygulama Durumu	Hayır	98	61.3
	Evet	62	38.7
	*Sözel	38	61.2
	*Fiziksel	6	9.67
	*Sözel+Fiziksel	18	29.0
	Ranj (Min-Max)	X±SS	
Hastaneye Yatış Sayısı	1-14	3.67±2.55	
Hastalık Süresi	4ay-20yıl	5.55±4.62	

Hastaların ortalama olarak hastaneye yatış sayısı 3.67 ± 2.55 , ortalama hastalık süresi 5.55 ± 4.62 yıl olarak bulunmuştur. Hastaların %57.5'inin (n=92) aileye maddi katkısının olduğu bulunmuştur. Hastaların % 75.6' sının (n=121) ek kronik hastalık tanısı bulunmamakta olup, % 48.8'inin (n=78) sigara kullandığı ifade edilmiştir. Hastaların % 61.3' nün (n=98) şiddet uygulamadığı, şiddet uygulayan hastaların % 61.29'unun (n=38) sözel şiddet uyguladığı tespit edilmiştir.

Tablo 6. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Ortalamaları

	Ranj (Min-Max)	X±SS
SÖÖTÖ Sürekli Öfke Ölçeği	10.00-36.00	21.88±5.68
SÖÖTÖ Öfke İçte Alt Ölçeği	10.00-26.00	19.84±2.41
SÖÖTÖ Öfke Dışta Alt Ölçeği	9.00-27.00	18.58±3.35
SÖÖTÖ Öfke Kontrol Alt Ölçeği	13.00-28.00	20.48±2.53

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Sürekli Öfke Ölçeği puan ortalaması 21.88±5.68, Öfke İçte Alt Ölçeği puan ortalaması 19.84±2.41, Öfke Dışta Alt Ölçeği puan ortalaması 18.58±3.35, Öfke Kontrolü Alt Ölçeği puan ortalaması 20.48±2.53 olarak bulunmuştur.

Tablo 7. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeğinin Birbiri İle İlişkisi

		Sürekli Öfke	Öfke İfade Tarz Ölçeği Alt Ölçekleri		
			Öfke İçte	Öfke Dışta	Öfke Kontrolü
Öfke İfade Tarz Ölçeği Alt Ölçekleri	Öfke İçte	r=0,056			
		p=0,482			
	Öfke Dışta	r=0,714	r=0,291		
		p=0,000	P=0,000		
	Öfke Kontrolü	r=-0,295	r=0,310	r=-0,207	
		p=0,000	p=0,000	p=0,009	

*Pearson Correlation Test

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin puanları karşılaştırılmış olup;

Sürekli Öfke ve Öfke Dışta alt ölçeği arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde (r=0.714 ;p=0.000); Öfke Kontrolü alt ölçeği arasında negatif yönlü, düşük düzeyde(r=-0.295 ;p=0.000) bir ilişki bulunmuştur.

Öfke İçte ve Öfke Dışta alt ölçekleri arasında pozitif yönlü, düşük düzeyde(r=0.291 ;p=0.000); Öfke Kontrolü alt ölçekleri arasında pozitif yönlü, orta düzeyde (r=0.310 ;p=0.000) bir ilişki bulunmuştur.

Öfke Dışta ve Öfke Kontrolü Alt ölçekleri arasında negatif yönlü, düşük düzeyde(r=-0.207 ;p=0.009) bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 8. Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler/Ölçekler	n	Sürekli Öfke		Öfke İfade Tarz Ölçeği Alt Ölçekleri					
		X±SS	Test, p	Öfke İçte		Öfke Dışta		Öfke Kontrolü	
				X±SS	Test, p	X±SS	Test, p	X±SS	Test, p
Cinsiyet									
Kadın	87	20.26±5.59	* 0.41	20.01±2.22	*1.08	17.96±3.37	* 0.29	20.64±2.62	*0.16
Erkek	73	23.80±5.20	0.000	19.64±2.62	0.339	19.31±3.20	0.011	20.30±2.43	0.397
Ekonomik Durum									
Orta	63	21.20±5.94	*** 1.541	20.22±2.33	*** 5.942	18.49±3.19	***0.418	20.25±2.44	***1.540
İyi	90	22.2±2.44	0.463	19.71±2.46	0.051	18.66±3.45	0.811	20.70±2.59	0.463
Çok İyi	7	23.85±5.63		18.14±1.67		18.28±3.98		22.57±2.54	
Öğrenim Durumu									
İlkokul Altı	33	21.72±5.69	***2.189	19.93±2.30	***2.702	17.75±3.08	***4.045	20.48±2.00	***2.206
İlkokul Mezunu	30	20.86±6.60	0.701	20.06±2.95	0.609	18.33±3.47	0.400	20.20±2.96	0.698
Ortaokul Mezunu	22	22.04±4.83		19.36±2.53		18.90±3.35		20.00±2.24	
Lise Mezunu	55	21.72±5.68		20.00±2.24		18.80±3.54		20.63±2.69	
Üniversite Mezunu	20	23.90±5.04		19.45±2.11		19.35±3.11		21.05±2.56	
Çalışma Durumu									
Hayır	85	20.74±6.09	* 3.198	19.88±2.38	*0.032	17.98±3.31	* 0.465	20.47±2.61	*0.019
Evet	75	23.17±4.90	0.007	19.80±2.46	0.830	19.25±3.29	0.017	20.50±2.46	0.929
Medeni Durum									
Bekar	44	22.13±6.01	*0.40	20.13±1.94	*2.82	18.68±3.50	*0.31	20.47±2.27	*0.370
Evli	116	21.78±5.57	0.728	19.73±2.56	0.347	18.54±3.31	0.821	20.49±2.63	0.975

Özellikler/Ölçekler	n	Sürekli Öfke		Öfke İfade Tarz Ölçeği Alt Ölçekleri					
		X±SS	Test, p	Öfke İçte		Öfke Dışta		Öfke Kontrolü	
				X±SS	Test, p	X±SS	Test, p	X±SS	Test, p
Aile Tipi									
Çekirdek	150	21.75±5.66	**602.00	19.80±2.44	**634.00	18.48±3.26	**538.00	20.52±2.52	**610.00
Geniş	10	23.80±5.97	0.296	20.40±1.83	0.409	20.10±4.48	0.133	19.90±2.72	0.319
Birlikte Yaşanılan Aile Üyesi									
Eş	42	21.11±5.93	*** 3.028	19.26±2.53	***4.317	17.85±3.61	***5.410	20.47±2.67	***1.744
Eş-Çocuk	64	21.73±5.56	0.696	20.06±2.68	0.505	18.78±3.04	0.368	20.65±2.63	0.883
Eş-Ebeveyn	3	20.00±4.50		18.33±1.52		16.66±1.52		20.33±0.57	
Eş-Ebeveyn-Çocuk	8	23.75±4.74		19.87±1.88		20.25±3.37		19.37±2.72	
Ebeveyn	40	22.37±0.00		20.15±1.94		18.72±3.53		20.42±2.36	
Kardeş	3	25.33±4.04		20.66±1.15		20.0±4.35		21.0±1.73	
Çalışma Şekli									
Sürekli Gündüz	38	23.44±5.00	**536.50	19.92±2.25	**544.00	19.39±2.98	**541.50	20.52±2.37	**528.50
Gündüz-Gece Nöbet	29	23.20±4.79	0.854	19.93±2.29	0.929	19.44±3.58	0.904	20.55±2.26	0.773
En Uzun Yaşanılan Yerleşim Birimi									
Köy	31	21.88±5.68	****0.831	19.84±2.41	****1.009	18.58±3.35	****3.401	20.48±2.53	****4.775
İlçe	71	21.81±6.01	0.895	19.76±2.24	0.968	18.60±3.42	0.692	19.91±2.27	0.163
İl	58	22.20±5.44		19.89±2.66		17.74±3.48		21.06±2.87	

* t Test

** Mann-Whitney U Test

*** Kruskal Wallis Test

****One Way Anova (Post-hock LSD)

Bakım Vericilerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçekleri puanları karşılaştırılmış olup;

Erkek bakım vericilerin Sürekli Öfke puanları kadın bakım vericilerin Sürekli Öfke puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($t=0.41$; $p=0.000$); erkek bakım vericilerin Öfke Dışta puanları kadın bakım vericilerin Öfke Dışta puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($t=0.29$; $p:0.01$) bulunmuştur.

Ekonomik durumunu çok iyi olarak tanımlayan bireylerin Sürekli Öfke puanları, iyi ve orta olarak puanlayanların Sürekli Öfke puanlarına göre anlamlı derece düşük($KW=5.94$; $p=0.05$) çıkmıştır.

Bir işte çalışan bireylerin Sürekli Öfke puanları, çalışmayanlara göre anlamlı derece yüksek($t=3.19$; $p=0.007$); çalışan bireylerin Öfke Dışta puanları çalışmayanlara göre anlamlı derecede yüksek($t=0.46$; $p=0.017$) bulunmuştur.

Medeni durum, aile tipi, birlikte yaşanılan aile üyesi, çalışma şekli, en uzun yaşanılan yerleşim birimi sosyo-demografik değişkenlerinin öfke düzeyini etkilemediği bulunmuştur.

Tablo 9. Bakım Vericinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler/Ölçekler	n	Sürekli Öfke		Öfke İfade Tarz Ölçeği Alt Ölçekleri					
		X±SS	Test, p	Öfke İçte		Öfke Dışta		Öfke Kontrolü	
				X±SS	Test, p	X±SS	Test, p	X±SS	Test, p
Hasta ile Aynı Evde Yaşama Durumu									
Hayır	24	19.45±6.80	*1254.50	19.12±3.32	*1519.50	17.04±3.51	*1171.00	20.45±3.34	*1594.50
Evet	136	22.30±5.37	0.071	19.97±2.20	0.587	18.85±3.26	0.027	20.49±2.37	0.856
Bakım Vericinin Yakınlık Derecesi									
Eş	70	21.50±5.16	**1.881	19.81±2.28	**1.820	18.72±3.01	**3.494	20.75±2.36	**5.498
Kardeş	16	22.81±5.49	0,597	20.06±2.01	0.611	19.25±3.29	0.321	19.18±2.45	0.139
Ebeveyn	44	22.34±6.34		19.52±2.69		18.68±3.89		20.29±2.71	
Çocuk	30	21.60±6.08		20.26±2.50		17.73±3.32		20.83±2.56	
Evde Bakım Vericinin Sorumlu Olduğu Başka Aile Üyesi Durumu									
Hayır	153	21.79±5.65	*412.00	19.81±2.42	*441.50	18.46±3.31	*325.00	20.48±2.57	*497.00
Evet	7	23.85±6.41	0.302	20.42±2.22	0.428	21.14±3.57	0.078	20.57±1.61	0.746
Ailede Başka Psikiyatri Hastası Durumu									
Hayır	136	21.79±5.65	*1409.50	19.81±2.42	*1428.00	18.46±3.31	*1607.50	20.48±2.57	*1291.00
Evet	24	23.85±6.41	0.287	20.42±2.22	0.325	21.14±3.57	0.906	20.57±1.61	0.100

* Mann-Whitney U Test

** Kruskal Wallis Test

Bakım Vericinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçekleri puanları karşılaştırılmış olup;

Hastası ile aynı evde yaşayan bireylerin Öfke Dışta puanları, aynı evde yaşamayanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur($U=1171.00$; $p=0.027$).

Bakım vericinin yakınlık derecesi, evde bakımından sorumlu olunan başka aile üyesi durumu, ailede başka psikiyatri hastası durumu değişkenlerinin öfke düzeyini etkilemediği bulunmuştur.

Tablo 10. Bakım Vericinin Ruh Sağlığı Durumuna Ait Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler/Ölçekler	n	Sürekli Öfke		Öfke İfade Tarz Ölçeği Alt Ölçekleri					
		X±SS	Test, p	Öfke İçte		Öfke Dışta		Öfke Kontrolü	
				X±SS	Test, p	X±SS	Test, p	X±SS	Test, p
Öfkenin Nasıl Bir Duygu Olduğu Düşüncesi									
Olumlu	14	17.78±5.60	**556.500 0.005	19.78±3.66	**885.000 0.403	16.42±3.63	**593.000 0.009	23.21±2.88	**433.000 0.000
Olumsuz	146	22.27±5.55		19.84±2.27		18.78±3.26		20.22±2.34	
Öfke Yönetimi Durumu									
Yeterli	4	18.00±4.83	***3.511 0.173	16.00±4.54	***4.247 0.120	14.25±4.11	***4.923 0.085	25.25±2.50	***8.501 0.014
Yetersiz	98	21.63±5.42		20.04±2.25		18.58±3.22		20.35±2.35	
Değişken	58	22.56±6.09		19.77±2.33		18.87±3.38		20.37±2.56	
Öfke Durumunda Yapılanlar Durumu									
Kendime ya da Başkalarına Zarar Veririm	40	24.27±4.76	***23.182 0.000	19.27±2.26	***6.602 0.158	19.80±2.96	***14.586 0.006	19.42±2.06	***11.578 0.021
Yakınlarım ile Paylaşıyorum	11	21.27±5.95		18.72±3.52		18.09±3.72		21.09±3.36	
Ağlarım	52	18.82±5.40		20.25±2.21		17.30±3.25		20.63±2.75	
Sigara İçerim	30	23.33±5.77		20.36±2.15		19.53±3.75		20.66±2.17	
Öfke Yaratan Durumdan Kaçarım	27	22.85±4.94		19.77±2.59		18.37±2.67		21.33±2.40	
Bakım Vericinin Kendini Tanımlama Durumu									
Çekingen	66	20.27±5.63	***13.336 0.001	20.16±2.34	***1.520 0.468	18.80±3.33	***16.769 0.000	20.40±2.44	***2.294 0.318
Atılgan	76	22.43±5.35		19.55±2.57		18.57±3.14		20.81±2.53	
Saldırgan	18	25.44±5.41		19.88±1.84		21.44±2.87		19.38±2.65	

Özellikler/Ölçekler	n	Sürekli Öfke		Öfke İfade Tarz Ölçeği Alt Ölçekleri					
		X±SS	Test, p	Öfke İçte		Öfke Dışta		Öfke Kontrolü	
				X±SS	Test, p	X±SS	Test, p	X±SS	Test, p
Bakım Vericinin Madde Kullanım Durumu									
Hayır	108	21.10±5.77	*0.986	19.75±2.54	*2.663	18.18±3.26	*0.291	20.57±2.49	*0.172
Sigara	52	23.50±5.17	0.012	20.01±2.11	0.525	19.40±3.43	0.031	20.30±2.62	0.535
Bakım Vericinin Kendi Ruh Sağlığı Yorumu									
İyi	37	21.00±5.16	***1.870	19.18±2.71	***2.522	18.00±3.54	***1.703	21.18±3.01	***3.589
Orta	96	22.25±5.51	0.393	19.90±2.24	0.283	18.61±3.23	0.427	20.19±15.16	0.166
Kötü	27	21.77±6.93		20.51±2.43		19.25±3.52		20.55±3.17	
Bakım Vericinin Kronik Hastalık Durumu									
Hayır	122	21.69±5.64	*0.225	19.72±2.34	*0.139	18.68±3.35	*0.105	20.49±2.40	*2.149
Evet	38	22.47±5.84	0.464	20.23±2.62	0.252	18.23±3.38	0.471	20.47±2.94	0.969
Kısıtlanma Duygusu-Öfkeye Neden Olma Durumu									
Hayır	29	20.79±5.81	**1652.50	18.75±2.83	**1416.00	17.65±3.36	**1580.50	20.79±2.84	**1748.50
Evet	131	22.12±5.64	0.273	20.08±2.25	0.030	18.78±3.33	0.156	20.41±2.46	0.500
Hasta Nedeniyle Etkinliğe Katılamama Halinde Öfke Durumu									
Hayır	31	20.45±5.59	*0.006	18.83±2.80	*1.815	17.67±3.35	*0.286	20.19±3.17	*1.809
Evet	129	22.22±5.67	0.119	20.08±2.25	0.009	18.79±3.33	0.095	20.55±2.36	0.474
Hastaya Öfke Halinde Hissedilenler Durumu									
Suçluluk	15	20.33±4.28	***7.565	19.73±2.54	***3.349	17.46±2.66	***8.844	20.46±2.94	***17.405
Çaresizlik	85	21.78±5.74	0.056	19.64±2.37	0.341	18.51±3.21	0.031	20.11±2.46	0.001
Yalnızlık	42	21.19±5.91		19.95±2.49		18.28±3.82		21.73±2.30	
Tükenmişlik	18	25.22±4.95		20.61±2.30		20.50±2.81		19.33±16.66	

Özellikler/Ölçekler	Sürekli Öfke			Öfke İfade Tarz Ölçeği Alt Ölçekleri					
	n	X±SS	Test, p	Öfke İçte		Öfke Dışta		Öfke Kontrolü	
				X±SS	Test, p	X±SS	Test, p	X±SS	Test, p
Kısıtlanma Duygusu Durumu									
Hayır	26	21.15±5.65	**1587.50	19.57±2.64	**1577.50	18.26±2.90	**1632.00	20.50±2.12	**1615.50
Evet	134	22.02±5.69	0.474	19.89±2.37	0.442	18.64±3.44	0.609	20.48±2.61	0.555
Hastaya Şiddet Uygulama Durumu									
Hayır	132	21.71±5.59	**2747.50	19.90±2.50	**2849.00	18.43±3.23	**2745.00	20.59±2.65	**3025.00
Evet	28	22.64±6.15	0.308	19.53±1.95	0.504	16.25±3.88	0.303	19.96±1.79	0.963

* t Test

** Mann-Whitney U Test

*** Kruskal Wallis Test

Bakım Vericinin Ruh Sağlığı Durumuna Ait Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin puanları karşılaştırılmış olup;

Öfkeyi olumsuz bir duygu olarak nitelendirenlerin Sürekli Öfke puanları, olumlu olarak nitelendirenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($U=556.50$; $p=0.005$); yine öfkeyi olumsuz bir duygu olarak nitelendirenlerin Öfke Dışta puanları, olumlu olarak nitelendirenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($U=593.00$; $p=0.009$); öfkeyi olumlu bir duygu olarak nitelendirenlerin Öfke Kontrolü puanları olumsuz olarak nitelendirenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($U=433.00$; $p=0.000$) bulunmuştur.

Öfke yönetimi durumunu yeterli olarak ifade eden bireylerin Öfke Kontrolü puanları, yetersiz ve değişken olarak ifade edenlere göre anlamlı derecede yüksek($kw=8.501$; $p=0.014$) bulunmuştur.

Öfke durumunda kendime ya da çevreme zarar veririm diyenlerin Sürekli Öfke puanları, ağlarım diyenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=23.18$; $p=0.000$); sigara içerim diyenlerin Sürekli Öfke puanları, ağlarım diyenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek ($kw=23.18$; $p=0.000$) kaçırım diyenlerin Sürekli Öfke puanları, ağlarım diyenlere göre anlamlı derecede yüksek($kw=23.18$; $p=0.000$) olarak belirlenmiştir.

Konuyu başkaları ile paylaşırım diyenlerin Öfke Kontrolü puanları, kendime ya da çevreme zarar veririm diyenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=11.57$; $p=0.021$); kendime ya da çevreme zarar veririm diyen bireylerin Öfke Kontrolü puanları, ağlarım diyen bireylerin öfke kontrol puanlarına göre anlamlı derecede düşük($kw=11.57$; $p=0.021$) sigara içerim diyen bireylerin Öfke Kontrolü puanları, kendime ya da başkalarına zarar verim diyenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=11.57$; $p=0.021$) bulunmuştur.

Kendini saldırgan olarak nitelendiren bireylerin Sürekli Öfke puanları, çekingen ve atılgan olarak ifade edenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=13.33$; $p=0.001$); yine kendini saldırgan olarak nitelendiren bireylerin Öfke Dışta puanları,

Çekingen ve atılgan olarak nitelendirenlere göre anlamlı derecede yüksek($k_w=16.76$; $p=0.00$) bulunmuştur.

Sigara kullanan bireylerin Sürekli fke puanları, kullanmayanların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($t=0.98$; $p=0.012$); yine sigara kullananların fke Dışta puanları, kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek($t=0.29$; $p=0.031$) bulunmuştur.

Bakım vericinin ruh sağlığı yorumu, bakım vericinin kronik hastalık durumu değişkenlerinin öfke üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur.

Tablo 11. Bakım Vericinin Ruh Sağlığını Etkileyen Hastası ile İlgili Durumlara Ait Özellikler ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler/Ölçekler	n	Sürekli Öfke		Öfke İfade Tarz Ölçeği Alt Ölçekleri					
		X±SS	Test, p	Öfke İçte		Öfke Dışta		Öfke Kontrolü	
				X±SS	Test, p	X±SS	Test, p	X±SS	Test, p
Kısıtlanma Duygusu-Öfkeye Neden Olma Durumu									
Hayır	29	20.79±5.81	**1652.50 0.273	18.75±2.83	**1416.00 0.030	17.65±3.36	**1580.50 0.156	20.79±2.84	**1748.50 0.500
Evet	131	22.12±5.64		20.08±2.25		18.78±3.33		20.41±2.46	
Hasta Nedeniyle Etkinliğe Katılamama Halinde Öfke Durumu									
Hayır	31	20.45±5.59	*0.006	18.83±2.80	*1.815	17.67±3.35	*0.286	20.19±3.17	*1.809
Evet	129	22.22±5.67	0.119	20.08±2.25	0.009	18.79±3.33	0.095	20.55±2.36	0.474
Hastaya Öfke Halinde Hissedilenler Durumu									
Suçluluk	15	20.33±4.28	***7.565 0.056	19.73±2.54	***3.349 0.341	17.46±2.66	***8.844 0.031	20.46±2.94	***17.405 0.001
Çaresizlik	85	21.78±5.74		19.64±2.37		18.51±3.21		20.11±2.46	
Yalnızlık	42	21.19±5.91		19.95±2.49		18.28±3.82		21.73±2.30	
Tükenmişlik	18	25.22±4.95		20.61±2.30		20.50±2.81		19.33±16.66	
Kısıtlanma Duygusu Durumu									
Hayır	26	21.15±5.65	**1587.50 0.474	19.57±2.64	**1577.50 0.442	18.26±2.90	**1632.00 0.609	20.50±2.12	**1615.50 0.555
Evet	134	22.02±5.69		19.89±2.37		18.64±3.44		20.48±2.61	
Hastaya Şiddet Uygulama Durumu									
Hayır	132	21.71±5.59	**2747.50 0.308	19.90±2.50	**2849.00 0.504	18.43±3.23	**2745.00 0.303	20.59±2.65	**3025.00 0.963
Evet	28	22.64±6.15		19.53±1.95		16.25±3.88		19.96±1.79	

* t Test

** Mann-Whitney U Test

*** Kruskal Wallis Test

Bakım Vericinin Ruh Sağlığını Etkileyen Hastası ile İlgili Durumlara Ait Özellikler ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin puanları karşılaştırılmış olup;

Kısıtlanma duygusunun öfkeye neden olduğunu ifade eden bireylerin Öfke İçte puanları, neden olmadığını düşünenlere göre anlamlı derecede yüksek($U=1416.00$; $p=0.030$) bulunmuştur.

Hastası nedeniyle etkinliğe katılamadığında öfkelenmediğini ifade eden bireylerin Öfke İçte puanları, öfkelenmediğini ifade eden bireylere göre anlamlı derecede yüksek($t=1.81$; $p=0.009$) bulunmuştur.

Öfke halinde tükenmişlik hissettiğini ifade eden bireylerin Sürekli Öfke puanları, suçluluk, çaresizlik, yalnızlık hisseden bireylerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=7.56$, $p=0.05$), yine tükenmişlik hisseden bireylerin Öfke Dışta puanları, suçluluk, çaresizlik, yalnızlık hissedenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=8.84$; $p=0.031$); yalnızlık hisseden bireylerin Öfke Kontrol puanları, tükenmişlik ve çaresizlik hisseden bireylerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=17.40$; $p=0.001$) bulunmuştur.

Bakım vericinin hastaya şiddet uygulama durumu değişkeninin öfke üzerine etkisi olmadığı bulunmuştur.

Tablo 12. Bakım Vericilerin Bakım Verdiği Hastalara Ait Özellikler ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Özellikler/Ölçekler	n	Sürekli Öfke		Öfke İfade Tarz Ölçeği Alt Ölçekleri					
		X±SS	Test, p	Öfke İçte		Öfke Dışta		Öfke Kontrolü	
				X±SS	Test, p	X±SS	Test, p	X±SS	Test, p
Hastanın maddi katkı durumu									
Hayır	68	22.86±5.46	*0.121	19.88±2.45	*0.001	18.95±3.10	*2.652	20.57±2.49	*0.004
Evet	92	21.15±5.76	0.05	19.81±2.39	0.863	18.30±3.52	0.226	20.42±2.57	0.713
Hastanın ek kronik hastalık durumu									
Hayır	121	22.47±5.50	*0.317	19.88±2.29	*3.043	18.72±3.46	*1.940	20.49±2.58	*0.018
Evet	39	20.05±5.91	0.020	19.71±2.77	0.710	18.12±2.98	0.334	20.46±2.41	0.942
Hastanın alkol-madde kullanım durumu									
Hayır	74	22.39±5.54	*0.295	19.78±2.42	*0.728	18.74±3.26	*0.303	20.28±2.73	*1.120
Evet	86	21.44±5.79	0.293	19.89±2.41	0.772	18.44±3.44	0.573	20.66±2.35	0.347
Hastanın Şiddet Uygulama Durumu									
Hayır	98	22.24±5.05	*6.492	19.94±2.43	*0.160	18.81±2.96	*9.516	20.51±2.71	*1.667
Evet	62	21.30±6.56	0.310	19.67±2.38	0.490	18.20±3.90	0.267	20.45±2.25	0.887

* t Test

Bakım Vericilerin Bakım Verdiği Hastalara Ait Özellikler ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçeklerinin puanları karşılaştırılmış olup;

Hastanın maddi katkısı olmadığını ifade eden bireylerin Sürekli Öfke puanları, maddi katkısı olduğunu ifade edenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($t=0.12$; $p=0.05$) bulunmuştur.

Hastanın ek kronik hastalığının olduğunu ifade eden bireylerin Sürekli Öfke puanları, olmadığını ifade edenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($t=0.31$; $p=0.02$) bulunmuştur.

Hastanın, alkol-madde kullanım durumu ve şiddet uygulama durumu değişkenlerinin öfke düzeyini etkilemediği bulunmuştur.

4.TARTIŞMA

Bu araştırmada; psikiyatri hastalarına bakım veren bireylerden öfke ve diğer değişkenlerle ilgili bilgi toplanmıştır. Bu bilgilerin toplanmasında temel amaç; bakım vericilerin öfke ve diğer değişkenlerle ilgili durumlarını belirlemek, aralarında nasıl bir ilişki olduğunu incelemek ve bu bilgiler doğrultusunda bakım vericilerin ihtiyaç duyabileceği yaklaşımların, alınabilecek önlemlerin ve verilebilecek desteğin planlanmasıdır. Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın amacına ulaşma doğrultusunda yapılan analizlerden elde edilen bulgular, ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

4.1.Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Bu bölümde bakım vericilere ait sosyo-demografik özellikler incelenmiştir.

Araştırmaya katılan bakım vericilerin yaş ortalamasının 39.84 ± 14.84 olduğu görülmüştür. Yıldırım ve Ekinci (2010) şizofreni hastalarının aileleri ile yaptıkları çalışmada aile üyelerinin yaşını 38.91 ± 11.56 olarak bildirmişlerdir. Mc Cullagh ve arkadaşları (2005) İngiltere’de inme geçirmiş hastaların bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada bakım verici yaşını 65.7 ± 12.5 olarak bildirmişlerdir. Ülkemizde bakım vericilerin genel olarak aile üyelerinden olduğu düşünöldüğünde bulguların uyumlu olduğu, İngiltere’de yapılan araştırma açısından farkın hastalık, yaş grubu ve ülkeler arası yaşam süresi farklılığı ile ilgili olduğu düşünölebilir (Mc Cullagh ve ark 2005, Yıldırım ve Ekinci 2010).

Araştırmamızda kadın bakım verici sayısının ($n=87$; % 54.4) ve evli bakım verici oranının ($n=116$; %72.5) yüksek olduğu bulunmuştur. Navidian ve Bahari (2008); İran’da psikiyatri hastalarının bakım vericilerin yükünü araştırmak için yaptıkları çalışmada bakım vericilerin çoğunluğunun evli ve kadın olduğunu bulmuştur. El-Tantawy ve arkadaşları (2010); Suudi Arabistan’da şizofreni hastalarının bakım vericilerinde bakım yükünü araştırdıkları çalışmalarında evli ve erkek (%62) bakım verici sayısını daha yüksek bulmuştur. Bulgu literatür ile uyumludur. Araştırmamızın literatürle benzerlik göstermesinin, ülkemizin literatürdeki bulguların yer aldığı toplumlara benzer kültürel özelliklere sahip olmasından kaynaklandığı söylenebilir (Navidian ve Bahari 2008, El-Tantawy ve ark 2010).

Bakım vericilerin % 93.8' inin (n=150) çekirdek aileye sahip, % 40'ının (n=64) eş ve çocuğu ile yaşadığı saptanmıştır. Bu da bize ailede kronik hastalık durumlarında bakımın eş tarafından üstlenildiğini ve aile içi sosyal desteğin nispeten zayıf olduğunu düşündürebilir. Ancak literatürde bu duruma ilişkin bilgiye rastlanmamıştır.

Ekonomik durum hastanın kaliteli bakımının sağlanması ve bakım veren bireyin yükünün azalmasında önemli bir faktördür (Özdemir ve ark 2009). Bakım verici bireylerin % 56.3' ünün (n=90) ekonomik durumunu iyi olarak nitelendirdiği saptanmıştır. Ülkemizde şizofreni hastalarının bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada Yıldırım ve Ekici (2010) bakım vericilerin % 71'inin ekonomik durumlarını orta olarak nitelendirdiklerini bildirmişlerdir. Çalışmamızda çıkan sonucu hastaların ekonomik durumlarını ifade etmede yaşadıkları güçlüğü ya da kronik hastalıklarda rapor ile maddi yardım almalarının etkilediği düşünülebilir (Yıldırım ve Ekinci 2010).

Bakım vericilerin eğitim durumuna bakıldığında %34.4' ünün (n=40) lise mezunu olduğu bulunmuştur. Fantuzzo ve arkadaşlarının (2000) ve Porterfield ve McBride'in (2007) ; Amerika'da çocuk hastaların bakım vericileri ile yaptıkları çalışmalarda bakım vericilerin eğitim durumunun üniversite ve üstü düzeyde olduğunu söylemişlerdir. Tavafian ve arkadaşlarının (2007) İran'da ağrı hastalarının bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada ise bakım vericilerin eğitim düzeyinin lise düzeyinde olduğunu söylemişlerdir. Görüldüğü gibi bu bulgu literatürde farklı şekilde kendini göstermektedir Bu bulgulara dayanarak bulgularımızın kendi kültürümüze daha yakın olan Tavafian ve arkadaşlarının çalışmasına benzediği ve Fantuzzo ve arkadaşlarının (2000) ve Porterfield ve McBride'in (2007) bulgularına göre çalışmamızdaki farklılığın ise ülkelerarası eğitim düzeyi farklılıklarından kaynaklandığı söylenebilir (Tavafian ve ark 2007, Fantuzzo ve ark 2000, Porterfield ve McBride 2007).

Çalışmamızda bakım verici bireylerin bir işte çalışmama oranının %53.1 (n=85) olduğu görülmüştür. Moen ve arkadaşları (1993); bakım vericiler ile yaptıkları çalışmalarında bakım vericilerin bir işte çalışma oranının düşük olduğunu söylemişlerdir. Araştırma bulgusu literatür ile uyumludur. Bakım vericiliğin tam zamanlı bir iş gibi olduğunu düşünüldüğünde bakım vericinin başka iş için zamanının kalmadığı söylenebilir.

Bu durum bakım vericilik dışında sosyal yaşama sahip olma şansını azaltacağı için bireyin ruh sağlığını olumsuz etkileyebileceği söylenebilir (Moen ve ark 1993).

4.2.Bakım Vericinin Hasta Bakımına İlişkin Özelliklerinin Tartışılması

Bu bölümde bakım vericinin hasta bakımına ilişkin özellikleri incelenmiştir.

Araştırmada bakım vericilerin % 85 (n=136) oranla büyük bir bölümünün hasta ile birlikte yaşadığı bulunmuştur. Anthont-Bergstone ve arkadaşları (1988) demans hastalarının bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada bakım vericilerin % 80' inin hastası ile aynı evde yaşadığını bildirmiştir. Bulgu literatür ile uyumludur. Bu durum bize bakım vericilik rolünün daha çok hasta ile aynı evi paylaşan bireylerce üstlenildiğini düşündürmüştür (Anthont-Bergstone ve ark 1988).

Bu çalışmada bakım verici bireylerin % 43.8' inin (n=70) hasta bireyin eşi olduğu görülmüştür. Sparks ve arkadaşları (1998) demanslı hastaların bakım vericileri ile yürüttükleri çalışmada bakım vericilerin % 55' inin hastanın eşi olduğunu bildirmiştir. Bulgu literatür ile uyum göstermektedir. Toplumda çocukların genç aile üyeleri olarak okulda, işte ya da iş-evlilik gibi nedenlerle aileden uzak yaşıyor olması nedeniyle bakım verici rolünü öncelikli olarak eşin üslenmesi beklenebilir bir durumdur (Sparks ve ark 1998).

Bakım vericilerin % 95.6' sının (n=153) başka bir aile üyesine bakmakla sorumlu olmadığı, % 85' inin (n=136) ailede başka psikiyatri hastası yakına sahip olmadığı görülmüştür. Literatürde konu ile ilgili bulguya rastlanmamıştır. Bu bulgulara dayanarak bakım verilecek tek birey olmasının öfke düzeyi üzerinde nispeten olumlu bir etkisi olacağı söylenebilir.

Bakım vericilerin % 61.9' unun (n=99) bakımda destek almadığı görülmüştür. Chang ve Horrocks (2006) şizofreni hastalarının aileleri ile yaptıkları çalışmada bakım vericilerin çoğunun destek almadığını bildirmişlerdir. Bulgu literatür ile uyumludur. Bakım vericilerin genel olarak destek almadığı söylenebilir (Chang ve Horrocks 2006).

4.3. Bakım Vericinin Ruh Sağlığı Durumuna Ait Özelliklerin Tartışılması

Araştırmanın bu bölümünde bakım vericinin kendi ruh sağlığını etkileyen durumlar incelenmiştir.

Toplumda genel olarak bakıldığında öfke duygusu negatif, olmaması gereken, kötü, zararlı gibi ifadelerle tanımlanmaktadır. Bu çalışma bakım vericilerin % 91.3' ünün (n=146) öfkeyi olumsuz bir duygu olarak nitelendirdiğini ve % 61.3' ünün (n=98) öfke kontrollerinin yetersiz olduğunu düşündüklerini göstermiştir. Steffen (2000); demans hastalarının yakınları ile yaptığı çalışmada öfke kontrolü yetersiz olan bireylerin baş etmede güçlük çektiğini ve bu durumu olumsuz olarak nitelendirdiklerini bildirmiştir. Bulgunun literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Bireylerin kontrol edemedikleri, yönetemedikleri öfkeyi olumsuz deneyimledikleri için olumsuz olarak düşündükleri söylenebilir (Steffen 2000).

Genel olarak baş etme yöntemleri etkili (sorun çözmeye odaklı) ve etkisiz (duygusal) olarak ikiye ayrılmaktadır. Etkili baş etme yöntemleri daha çok stresörü ortadan kaldırma amaçlı kullanılırken, etkisiz baş etme yöntemleri stresörden anlık uzaklaşmayı ve rahatlamayı hedefler. Etkisiz baş etme yöntemlerinin kişide psikopatolojik belirtiler ortaya çıkması ile de ilişkilidir (Ağargün ve ark 2005). Çalışmada bireylerin % 32.5 'i (n=52) öfke durumunda ağladığını ifade etmiştir. Bakım vericilerinin % 54.4' ünün (n=87) kadınlardan oluştuğu düşünüldüğünde bu tepkinin beklenebileceği söylenebilir. Huang ve arkadaşları (2008) şizofreni hastalarının aileleri ile yaptıkları çalışmada aile üyelerinin stres ve öfkeyle baş etmek için öncelikle ağlamayı kullandıklarını bildirmiştir. Fortune ve arkadaşları (2005), şizofreni hastalarının bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada stresi ve öfkeyi yüksek oranda yaşayan bireylerin etkisiz baş etme yöntemlerini (kendini suçlama, ağlama gibi) kullandıklarını bildirmiştir. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Öfkeyi yüksek düzeyde yaşayan bakım vericilerin etkisiz baş etme yöntemlerinden ağlamayı kullandığı ve bu durumla ilgili olarak ruh sağlıklarının olumsuz etkilendiği söylenebilir (Fortune ve ark 2005, Huang ve ark 2008).

Psikiyatri hastası aile üyesine sahip olmak genel olarak ailenin ruh sağlığını da olumsuz yönde etkileyen bir durumdur. Yaşanılan yoğun öfke, stres, çatışma, üzüntü, sürekli hastayı denetlemek zorunda kalma gibi durumlar bakım vericilerin de ruhsal

yönden zorlanmasına neden olmaktadır (Bademli ve Duman 2013). Çalışmada bakım vericilerin ruh sağlığını orta düzeyde olarak niteleyenlerin % 60.6 (n=97) oranında olduğu, yine bakım vericilerin % 86.9 (n=139) olan önemli bir bölümünün herhangi bir psikiyatrik yardım almadığı bulunmuştur. Roberts ve arkadaşları (2005) ruh sağlığı problemleri yaşayan adölesanların yakınları ile yaptıkları çalışmada bakım vericilerin kendi ruh sağlıklarını hastaya göre daha kötü olarak nitelendirdiklerini bildirmişlerdir. Bademli ve Duman (2013); psikiyatri hastasına bakım veren bireylerin de ruhsal hastalık yönünden risk altında olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma bulgumuz literatürle uyum göstermektedir. Bu bulgulara göre araştırmaya katılan bakım verici bireyler ruhsal durumlarını orta olarak tanımlamış ancak bir yardım arayışında bulunmamışlardır. Bu bireylerin de ruhsal hastalık yönünden risk altında olduğu söylenebilir (Roberts ve ark 2005, Bademli ve Duman 2013).

Araştırmamızda bakım vericilerin %76,3'ünün kronik hastalığının olmadığı, % 67.5'i (n=108;) alkol ya da madde kullanmadığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre bakım vericilerin fiziksel sağlık durumunun ruh sağlığı durumuna göre daha iyi olduğu söylenebilir. Ancak literatürde bu duruma ilişkin bir bulguya rastlanmamıştır.

4.4. Bakım Vericinin Ruh Sağlığını Etkileyen Hastası ile İlgili Durumlara Ait Özelliklerin Tartışılması

Araştırmanın bu bölümünde bakım vericinin kendi ruh sağlığını etkileyen hastası ile ilgili durumlar incelenmiştir.

Bu çalışmada bakım vericilerin % 83.8'inin (n=134) hastası nedeniyle kısıtlanma duygusu yaşadığı, yine % 81.9'luk (n=131) büyük bir kısmında kısıtlanma duygusunun öfkeye neden olduğunu düşündüğü ve % 80.6'sının (n=129) hastası nedeniyle bir etkinliğe katılmadığında öfkelendiğini ifade ettiği görülmüştür. Williamson ve arkadaşları (1998), Bookwala ve arkadaşları (2004), Black ve Aboud (2011) bakım vericiler ile yaptıkları çalışmalarda bakım vericilerin kısıtlanma duygusunu yoğun yaşadıklarını ve öfke, depresyon, düşmanlık gibi duyguları çok sık deneyimlediklerini bildirmişlerdir. Bu sonuçlara göre literatür bulgularının araştırmamızı desteklediği ve kısıtlanma duygusunun bakım vericilerde öfkeye neden olduğu söylenebilir (Williamson ve ark 1998, Bookwala ve ark 2004, Black ve Aboud 2011).

Araştırmada bakım vericilerin, hastası kendisine kötü davrandığında öfke hissetme durumunun yüksek (n=79; % 49.4) olduğu görülmüştür. Literatür taramasında bu durum ile ilgili bir bulguya rastlanmamıştır. Bu durum bakım vericinin kendisine yönelik kötü bir davranış sonrasında gösterdiği normal bir tepki olarak yorumlanabilir.

Çalışmada bakım vericilerin büyük bölümünün (n=132; % 82.5) hastasına şiddet uygulamadığını ifade ettiği, şiddet uygulayanların çoğunun (n=23; % 82.1) sözel şiddet uyguladığını ifade ettiği görülmüştür. Paveza ve arkadaşları (1992), Pillemer ve Suitor (1992), Lundström ve arkadaşları (2007) bakım vericilerin yüksek oranda hastalarına şiddet uyguladığı, genel olarak da sözel şiddet uyguladığını bildirmişlerdir. Çalışma bulgumuz bu bulgu ile çelişmektedir. Kültürümüzde hasta aile üyesine bakım vermek görev olarak görülmekte ve üstün tutulmaktadır. Tam tersi durumda bakım vermemek toplum tarafından iyi karşılanmamaktadır. Çalışmamızda bakım vericilerin şiddet uygulamadıklarına dair ifadesi kültürel olarak kendini ifade edememe, şiddet uyguladığını saklama ya da görev duygusu ve aile sevgisi ile şiddet uygulamama olarak yorumlanabilir (Paveza ve ark 1992, Pillemer ve Suitor 1992, Lundström ve ark 2007).

Çaresizlik; bireyin pasif kalması, olumsuz yaşam olaylarını yönetmekte başarısız olması durumlarında geliştirdiği duygudur. Çaresizlik durumu, bireyin olayı/durumu yönetemediği için yetersizlik hissetmesi ile ilgilidir (Vatan ve Dağ 2009). Bu çalışmada bakım vericilerin % 53,1'i (n=85) hastasına öfkelenildiğinde çaresizlik hissettiğini belirtmiştir. Nygaard (1991) demanslı hastaların bakım vericileri ile yaptığı çalışmada çaresizlik duygusunun önemli ölçüde yaşandığını, yönlendirilemeyen öfkenin bireyi duygusal açıdan zorladığı bildirilmiştir. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Öfkeyi yönetmede ve yönlendirmede yetersiz kalmanın bu duruma neden olduğu düşünülebilir (Nygaard 1991).

4.5. Bakım Vericilerin Bakım Verdiği Hastalara Ait Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmanın bu bölümünde bakım vericilerin bakım verdiği hastalara ait değişkenler incelenmiştir.

Bu çalışmada hastaların ortalama olarak hastaneye yatış sayısı yılda 3.67 ± 2.55 (Range=1-14), ortalama hastalık süresi 5.55 ± 4.62 (Range=4ay-20yıl) yıl olarak

belirlenmiştir. Hastaların farklı psikiyatrik tanılardan oluşan bir grup olmasının, yatış süre ve sayılarında ki farklılıklara neden olduğu düşünülebilir.

Çalışmada bireylerin aileye maddi katkısının yüksek olduğu (n=92; %57.5) belirlenmiştir. Bu durum hastaların çalışamaz durumda olmaları halinde rapor ile maaş alabilmeleri ile ilişkili olabilir. Ayrıca kısa süreli tedavilerde hasta iş yaşamına geri dönebilmektedir. Ancak literatür taramalarında bu konu ile ilgili bilgiye rastlanmamıştır.

Çalışmada hastaların büyük bölümünün (n=121; % 75.6) ek kronik hastalık tanısı bulunmadığı belirlenmiştir. Miller ve arkadaşları (2006); psikiyatri hastaları ile yaptıkları çalışmada hastaların çoğunun(% 74) ek kronik hastalığa sahip olduğunu bildirmişlerdir. Bulgumuz literatür ile çelişmektedir. Genetik olarak kronik hastalıkların yaygınlığının değişken olduğu düşünüldüğünde, çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz grubun genetik yatkınlığının daha düşük olduğu söylenebilir (Miller ve ark 2006).

Psikiyatri kliniklerinde yapılan çalışmalara bakıldığında sigara kullanımının normal popülasyona göre daha fazla olduğu görülmektedir (Lasser ve ark 2000). Bu çalışmada hastaların önemli bir bölümünün (n=78; % 48.8) sigara kullandığı belirlenmiştir. Mitchell ve Dahgren (1986), Hughes ve Frances (1995), Lasser ve arkadaşları (2000) psikiyatri hastaları ile yaptıkları çalışmalarda sigara kullanım oranının psikiyatri hastası olmayan popülasyona göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Araştırmada elde edilen bulgu literatür ile uyumludur. Hastaların beyinde dopamini artırması ile ilişkili rahatlama sağlama amaçlı sigara içmeye yöneldiği söylenebilir (Mitchell ve Dahgren1986, Hughes ve Frances 1995, Lasser ve ark 2000).

Bu çalışmada hastaların % 63'ünün (n=98) şiddet uygulamadığı, şiddet uygulayan hastaların çoğunun (n=38; % 61.29) sözel şiddet uyguladığı tespit edilmiştir. McNeil ve Binder (1989), Krakowski ve Czabor (2004); akut psikiyatri kliniğinde yaptıkları çalışmalarda hastaların anlamlı derecede yüksek bölümünün şiddet uyguladığını, bunların genel olarak şizofreni hastaları tarafından gerçekleştirildiğini, mani dönemindeki hastaların ise sözel şiddet gösterme yönünde hareket ettiklerini bildirmişlerdir. Bu sonuç klinikte yatan hastaların tanılarının farklılığı ile ilişkili olabilir şeklinde düşünülmüştür (McNeil ve Binder 1989, Krakowski ve Czabor 2004).

4.6. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Ortalamalarının Tartışılması

Çalışmada Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği(SÖÖTÖ) Sürekli Öfke Alt Ölçeği puan ortalaması 21.88 ± 5.68 , Öfke İçte Alt Ölçeği puan ortalaması 19.84 ± 2.41 , Öfke Dışta Alt Ölçeği puan ortalaması 18.58 ± 3.35 , Öfke Kontrolü Alt Ölçeği puan ortalaması 20.48 ± 2.53 olarak bulunmuştur. Avcı (2006) ergen bireylerin aileleri ile yaptığı çalışmada puan ortalamaları sırası ile; Sürekli Öfke için 18.06 ± 4.9 , Öfke İçte için 14.41 ± 3.4 , Öfke Dışta için 13.30 ± 3.74 , Öfke Kontrolü için 25.59 ± 5.43 olarak bulmuştur. Bizim çalışmamıza katılan bireylerin öfke puanları daha yüksek olarak görülmektedir. Sonucun farklılığının ergenlik döneminde kronik hastalıkların olmaması olduğu söylenebilir (Avcı 2006).

4.7. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği İlişkisinin Tartışılması

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Sürekli Öfke ve Öfke İçte Alt ölçeği arasında bir ilişki saptanmamıştır. Sürekli Öfke ölçeği ile diğer alt ölçekler; Öfke Dışta ve Öfke Kontrolü arasında ilişki saptanmış, Yine Alt Ölçekler arasında ilişki bulunduğu saptanmıştır. Yapılan literatür taramalarında bu ölçeğin ilişkisine ait bulguya rastlanmamıştır. Bulgu bizim araştırmamızın katılımcılarının sonuçları ile ilgili olabilir.

4.8. Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada bakım vericilerin öfkeleri üzerine etkisinin olabileceği düşünülen bazı demografik değişkenler değerlendirilmiştir.

Cinsiyet etkisine bakıldığında erkek bireylerin Sürekli Öfke puanlarının ($t=0.41$; $p=0.000$) ve Öfke Dışta puanlarının ($t=0.29$; $p:0.01$) kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Kramer (2000) ; çeşitli değişkenlerle incelediği erkek bireyin davranışları çalışmasında, erkek bireylerin genetik, hormonal ve kültürel özelliklerin etkisiyle kadın bireylere göre daha fazla öfke tepkileri gösterdiği sonucuna varmıştır. Sharkin (1993), Lerner (1996), Suchday ve Larkin (2001) erkeklerin öfkelerini daha kolay ve doğrudan ifade ettiğini bildirmiştir. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Erkek bireylerin öfkeyi fazla hissettiği ve doğrudan ifade etmeyi tercih ettiği söylenebilir (Sharkin 1993, Lerner 1996, Kramer 2000, Suchday ve Larkin 2001).

Ekonomik durum açısından bakıldığında, ekonomik durumunu iyi olarak tanımlayanların Sürekli Öfke puanlarının anlamlı derecede düşük ($kw=5.94$; $p=0.05$) olduğu, atılganlık puanları da anlamlı derecede yüksek ($kw=10.29$; $p=0.006$) olduğu belirlenmiştir. Doucet (2003); örneklemini daha çok kadınların oluşturduğu araştırmasında, ekonomik durumu iyi olan bireylerin öfkeli davranışlarının daha az, atılgan davranışlarının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Bireylerin ekonomik durumu iyileştikçe öfkelerinin azaldığı, atılganlıklarını arttığı görülmektedir. Bulgumuz literatür ile uyumludur. Bu bulgular doğrultusunda ekonomik durum iyileştikçe öfkenin azaldığı, atılganlığın arttığı söylenebilir (Doucet 2003).

Çalışmamızda bir işte çalışan bakım vericilerin Sürekli Öfke puanlarının ($t=3.19$; $p=0.007$) ve Öfke Kontrolü puanlarının yüksek ($t=0.46$; $p=0.017$) olduğu saptanmıştır. Bireylerin öfke düzeylerinin yüksek, öfke kontrollerinin zayıf olduğu görülmektedir. Youngmee ve arkadaşları (2006) ; kanser hastası bakım vericileri ile yaptığı çalışmada bakım vericinin, bakım verici rolü dışında bir işinin olmasının bireyi zorladığını fakat bakım verme rolünü daha değerli görmesini sağladığını söylerken, Stoller ve Puglesi (1989) ; psikiyatri hastası bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada bakım vericinin çalışan olmasının, ek rollerinin olmasının bireyin ruh sağlığını iyi yönde etkilediği bulmuşlardır. Bainbridge, Cregan ve Kulik (2012) ; özürlü bireylerin bakım vericiler ile yaptıkları çalışmada, çalışmanın bakım verici birey için öfke yönünden bir farklılık yaratmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Görüldüğü gibi literatürde çeşitli sonuçlar mevcuttur. Sonuçlardaki çeşitliliğin, bakım verilen grupların farklılığından kaynaklandığı, çalışmanın kişilere göre öfke durumunu farklı şekilde etkileyebileceği söylenebilir (Youngmee ve ark 2006, Stoller ve Puglesi 1989, Bainbridge ve ark 2012).

Medeni durum, aile tipi, birlikte yaşanan aile üyesi, çalışma şekli, en uzun yaşanan yerleşim birimi sosyo-demografik değişkenleri açısından Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanları değerlendirilmiş anlamlı bir fark bulunamamıştır.

4.9. Bakım Vericinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde bakım verici bireylerin hasta bakımına ilişkin davranışları incelenmiştir.

Hastası ile aynı evde yaşayan bakım vericilerin Öfke Dışta puanlarının, aynı evde yaşamayanlara göre yüksek ($U=1171.00$; $p=0.027$) olduğu belirlenmiştir. Hastası ile sürekli aynı ortamda olmanın bakım vericinin öfkesini dışarı yansıtma düzeyini arttırdığı görülmektedir. Remennick (2001) ; İsrail'den Rusya'ya göç eden bireyler ile yaptığı çalışmada, bakım verdiği birey ile aynı evde yaşayan bireylerin stres, öfke, tahammülsüzlük ve tükenmişlik yaşamasına neden olduğu sonucuna ulaşmıştır. Schene ve arkadaşları (1998) ; Almanya'da psikiyatri hastası bakım vericileri ile yaptığı çalışmada bakım verici bireylerin öfke, endişe, tahammülsüzlük gibi duyguları sık yaşadığını ve birçoğunun psikiyatrik yardım talep ettiği bulunmuştur. Bulgu literatür ile uyumludur. Bu bilgiler doğrultusunda hastası ile aynı evde yaşama durumunun, bakım verici bireyin öfkeyi dışa yansıtmasına neden olduğu söylenebilir (Schene ve ark 1998, Remennick 2001).

Bakım vericinin yakınlık derecesi, evde bakımından sorumlu olunan başka aile üyesi durumu, ailede başka psikiyatri hastası durumu değişkenleri açısından Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği puanları değerlendirilmiş anlamlı bir fark bulunamamıştır.

4.10. Bakım Vericinin Ruh Sağlığı Durumuna Ait Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın bu bölümünde bakım verici bireylerin kendi ruh sağlıklarını nasıl değerlendirdikleri, öfke durumlarına nasıl baktıkları değerlendirilecektir. Öfke duygusu bireysel olarak farklı deneyimlendiği gibi verilen tepkiler de çeşitli şekillerde olmaktadır.

Çalışmada öfkeyi olumsuz bir duygu olarak nitelendirenlerin Sürekli Öfke ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek ($U=556.50$; $p=0.005$); yine öfkeyi olumsuz bir duygu olarak nitelendirenlerin Öfke Dışta Alt ölçeği puanları anlamlı derecede yüksek ($U=593.00$; $p=0.009$); öfkeyi olumlu bir duygu olarak nitelendirenlerin Öfke Kontrolü Alt ölçeği

puanları olumsuz olarak nitelendirenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek ($U=433.00$; $p=0.000$) olduğu belirlenmiştir. Araştırmalara bakıldığında Bone (1998); bakım verici bireyler olarak hemşireler ile yürüttüğü çalışmada, hemşirelerin öfkeyi olumsuz algıladıklarını, istemsiz olarak hastalarına sözlü-sözsüz yansıttıklarını ve bu durumla ilgili suçluluk hissettiklerini söylemiştir. Yine hemşirelerin hastaların problemlerini kendi problemleri gibi ele aldığını, düzelmediğinde öfke kontrollerinin zayıfladığını bulmuştur. Goetzinger ve arkadaşları (2011); iç organ(kalp, böbrek, akciğer, böbrek) nakli yapılmış hastalarının bakım vericileri ile yürüttükleri çalışmalarında, bakım vericilerin öfke duygusunu olumsuz bulduklarını, öfkeyi yüksek düzeylerde yaşadıklarını, istemsiz olarak hastalarına yansıttıklarını söylemiştir. Bulgu literatür ile uyumludur. Öfkeyi olumsuz bir duygu olarak hissetmenin bakım vericilerin öfkeyi yoğun yaşamalarına sebep olduğu, öfke kontrollerini azalttığı, tepkiselliklerini arttırdığı söylenebilir (Bone 1998, Goetzinger ve ark 2011).

Çalışmada öfke yönetimi durumunu yeterli olarak ifade eden bireylerin Öfke Kontrolü puanları, yetersiz ve değişken olarak ifade edenlere göre anlamlı derecede yüksek ($kw=8.501$; $p=0.014$) olarak belirlenmiştir. Öfke yönetiminin iyi olmasının kontrollü tepkiler vermek adına yararlı olabileceği önceden söylenmişti. Çalışmamızda öfke yönetimini yeterli gören bireylerin, öfke kontrollerinin daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu konudaki çalışmaların daha çok demans tanısıyla takip edilen hastaların bakım vericileri ile yürütülmüş olduğu görülmektedir. Coon ve arkadaşları (2002); demanslı bireylerin bakım vericileri ile yaptığı çalışmada öfke yönetimi iyi olan bireylerin daha kontrollü davrandığını ve depresyondan daha uzak olduklarını söylemiştir. Ayrıca öfke yönetimi ile ilgili terapiler ile öfke kontrolünün artırılabilceğini söylemiştir. Schultz ve arkadaşları (2002) ; yine demanslı birey bakım vericileri ile bir çalışma yürütmüş ve bakım vericilerin öfke yönetimi için öfke kontrolü terapilerine çok değer verdiğini söylemiştir. Bu sonuçlara bakıldığında öfke yönetiminin iyi olması öfke kontrolü için önemlidir, denilebilir (Coon ve ark 2002, Schultz ve ark 2002).

Çalışmada öfke durumunda konuyu başkaları ile paylaşım diyenlerin Öfke Kontrolü puanları, kendime ya da çevreme zarar veririm diyenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek ($kw=11.57$; $p=0.021$) olarak belirlenmiştir. Bakım verici bireyler öfkenin yanı sıra üzüntü, tükenmişlik, endişe gibi duygular da hissetmekte ve bu durum öfke kontrollerini zorlaştırmaktadır. Araştırmalara bakıldığında bu duruma en uygun örnek grup

terapilerinde görülmektedir. Moore ve arkadaşları (2009) ; öğrenme güçlüğü çeken bireyler ile yaptıkları çalışmalarında, grup terapisi alan bireylerin duygularını paylaşmaları sonucunda rahatladıklarını, öfkeli davranışlarının azaldığını, kendini ifade eden atılgan davranışlarının arttığını belirtmiştir. Sörensen ve arkadaşları (2001) , yaşlı hastaların bakım vericileri ile yaptıkları ile çalışmada öfke durumunda psikoeğitimin ve psikoterapinin bakım vericinin yükünü azalttığını, depresyon açısından daha koruyucu olduğunu söylemişlerdir. Bu durum literatür ile uyumludur. Bu bilgiler doğrultusunda öfke durumunda öfkeyle hareket etmeden önce konuyu başka bireyler ile paylaşmanın öfke kontrolünü olumlu etkilediği söylenebilir (Moore ve ark 1997, Sörensen ve ark 2001).

Öfkenin saldırganlık ile yakın ilişki içinde olduğunu açıklamıştık. Öfke-Düşmancıl Duygular ve Saldırganlık (AHA Sendromu) birbirine dönüşen duygular olarak ele alınır. Çalışmamızda öfke duygusu ile kendime ya da çevreme zarar veririm diyenlerin Sürekli Öfke puanları, ağlarım diyenlerin puanlarına göre yüksek ($k_w=23.18$; $p=0.000$), kendime ya da çevreme zarar veririm diyen bireylerin Öfke Kontrolü puanları, ağlarım diyen bireylerin öfke kontrol puanlarına göre düşük($k_w=11.57$; $p=0.021$) olarak belirlenmiştir. Elde edilen bulgu literatür ile uyumludur. Pillemer ve Sutor (1992); bakım vericiler ile yaptıkları çalışmada saldırganlık davranışının kişisel özellikler sonucu oluştuğu, öfkeyi yoğun yaşayan bireylerin öfke kontrolünde zorlandıkları ve saldırgan davranışlar gösterdiği sonucuna varmışlardır. Kemeny ve Shestiyuk (2008); öfke içinde olan bireylerin çevresine zarar verme düşüncelerine sahip olduğu, öfkelenilen bireye zarar verme ya da zarar gördüğünü izleme isteği taşıdıklarını belirtmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda saldırganlık ve öfke arasında yakın bir ilişki olduğu, saldırgan bireylerin öfke kontrolünü sağlamakta zorlandığı söylenebilir (Pillemer ve Sutor 1992, Kemeny ve Shestiyuk 2008).

Çalışmada kendini saldırgan olarak nitelendiren bireylerin Sürekli Öfke puanları, çekingen ve atılgan olarak ifade edenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek ($k_w=13.33$; $p=0.001$); yine kendini saldırgan olarak nitelendiren bireylerin Öfke Dışta puanları, çekingen ve atılgan olarak nitelendirenlere göre anlamlı derecede yüksek ($k_w=16.76$; $p=0.00$); kendisini atılgan ve saldırgan olarak tanımlayan bireylerin Rathus Atılganlık Ölçeği puanları, çekingen olarak tanımlayanlara göre anlamlı derecede yüksek ($k_w=25.51$; $p=0.00$) olarak belirlenmiştir. Öfke ve saldırganlık ilişkisi açısından beklenen sonuçlar elde edilmiştir ve literatür ile uyumludur. Shahmohammadi (2012) ; İran'da bakım verici ailelerle yaptığı çalışmada, bakım verici bireylerin saldırganlığı arttıkça, öfke

durumunun, öfke ifade şiddetinin arttığı bildirilmiştir. Hamel ve arkadaşları (1990) ; demans hastalarının bakım vericileri ile yaptıkları araştırmada, bakım vericilerde saldırganlık oranını yüksek bulmuştur. Bakım vericiler saldırganlık davranışı yanı sıra şiddetli öfke hissettiklerini ifade etmiştir. Bu durumun hastaları ile aralarındaki ilişkiyi de kötü yönde etkilediğini söylemişlerdir. Lundström ve arkadaşları (2007); öğrenme güçlüğü yaşayan bireylerin bakım vericileri ile yaptıkları çalışmada bakım vericilerin öfkeyi şiddetli yaşadıklarını, saldırgan duyguları sık deneyimlediklerini ve istemsiz de olsa bakım verdikleri bireylere yansıttıklarını söylemişlerdir. Bu bilgilere göre saldırgan duyguların öfke durumuna yol açtığı söylenebilir. Atılganlık açısından bakılırsa saldırgan bireylerin kendilerini atılgan olarak nitelemesi bilgi eksikliği ya da kültürel olarak yanlış anlama olabilir, atılganlığı cesaret ya da güç olarak algılamış olabilirler (Shahmohammadi 2012, Hamel ve arkadaşları 1990, Lundström ve arkadaşları 2007).

Öfke duygusunu sürekli yaşayan ve dışa yansıtan bireylerin sigara içmeyi daha çok tercih ettiği görülmüştü. Sigara dopamini yükselterek keyif verdiği için baş etme amaçlı kullanılmaktadır. Çalışmada sigara kullanan bireylerin Sürekli Öfke puanları, ($t=0.98$; $p=0.012$); Öfke Dışta puanları, ($t=0.29$; $p=0.031$); Rathus Atılganlık Ölçeği puanları kullananlara göre yüksek($t=1.23$; $p=0.003$) bulunmuştur. Whiteman ve arkadaşları (1997) ; sigaraya başlamak için öfkeli bir kişilik yapısının hazırlayıcı bir faktör olduğunu söylemişlerdir. Kamışlı ve arkadaşları (2008) ; stres, öfke, anksiyete gibi durumların azaltılmasında sigaraya başvurma sık olduğunu, sigaranın bireyin kendine güvenini arttırdığını bildirmişlerdir. Bulgu literatür ile uyumludur. Bakım verici bireylerin rahatlama amacıyla etkisiz bir baş etme yöntemi olarak sigara içmeyi tercih ettiği söylenebilir (Whiteman 1997, Kamışlı 2008).

Bakım vericinin ruh sağlığı yorumu ve bakım vericinin kronik hastalık durumu değişkenleri açısından Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği puanları değerlendirilmiş anlamlı bir fark bulunamamıştır.

4.11. Bakım Vericinin Ruh Sağlığını Etkileyen Hastası ile İlgili Durumlara Ait Özellikler ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmanın bu bölümünde bakım verici bireylerin ruh sağlıklarını etkileyen hastası ile ilgili durumlar değerlendirilecektir.

Çalışmada kısıtlanma duygusunun öfkeye neden olduğunu ifade eden bireylerin Öfke İçte puanları, neden olmadığını düşünenlere göre yüksek ($U=1416.00$; $p=0.030$); yine hastası nedeniyle etkinliğe katılamadığında öfkelenmediğini ifade eden bireylerin Öfke İçte puanları, öfkelenmediğini ifade eden bireylere göre yüksek ($t=1.81$; $p=0.009$) olarak belirlenmiştir. Williamson ve arkadaşları (1998) ; bakım vericilerin sosyal etkinlik kısıtlaması nedeniyle içe yansıtılmış öfkeyi sık deneyimlediğini, bu durumun aile ilişkilerini olumsuz yönde etkilediğini belirtmiştir. Bulgu literatür ile uyumludur. Kısıtlanmışlık duygusu önceden anlatıldığı gibi öfkeye neden olan sebeplerin başında gelmektedir. Bu durum burada da görülmektedir. Kısıtlanmışlık duygusu öfkeyi içe yansıtmaya yani bastırılmış öfkeye neden olur denilebilir (Williamson 1998).

Çalışmamızda öfke halinde tükenmişlik hissettiğini ifade eden bireylerin Sürekli Öfke puanları ($kw=7.56$, $p=0.05$) ve Öfke Dışta puanları ($kw=8.84$; $p=0.031$) suçluluk, çaresizlik, yalnızlık hissedenlerin puanlarına göre yüksek olarak belirlenmiştir. Öfkenin bireyi yoran bir duygu olduğu düşünüldüğünde beklenen bir sonuç olarak görülebilir. Teel ve arkadaşları (1999) ; bakım vericilerin artmış öfke, uyku problemleri, enerji yetersizliği ile tükenmişlik hissettiğini belirtmişlerdir. Schneider (2004) ; bakım vericiler ile yürüttüğü çalışmada, bedenen hissedilen tükenmişlik duygusunun, ruhsal olarak da hissedileceği ve tahammülsüzlük duygusuna neden olacağını söylemiştir. Bulgu literatür ile uyumludur. Tükenmişlik arttıkça bireyin öfke yaşaması ve öfkeyi çevresine yansıtmasının beklenebileceği söylenebilir (Teel ve ark 1999, Scneider 2004).

Çalışmada öfke anında yalnızlık hisseden bireylerin Öfke Kontrol puanlarının tükenmişlik ve çaresizlik hisseden bireylere göre yüksek ($kw=17.40$; $p=0.001$) olduğu belirtilmiştir. Bu bireylerin yaşadıkları sıkıntıları ve bakım verici sorumluluklarını başkaları ile paylaşmadıkları söylenebilir. Literatür taramalarında konu ile ilgili bir bulguya rastlanmamıştır.

Bakım vericinin hastaya şiddet uygulama durumu değişkenini açısından Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği puanları değerlendirilmiş anlamlı bir fark bulunamamıştır.

4.12. Bakım Vericilerin Bakım Verdiği Hastalara Ait Özellikleri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde bakım verilen hastaların özelliklerinin, deneyimlenen öfke üzerine etkisi tartışılacaktır.

Çalışmada bakım verilen hastanın aileye maddi katkısı olmadığını ifade eden bakım vericilerin Sürekli Öfke puanlarının yüksek ($t=0.12$; $p=0.05$) olduğu belirlenmiştir. Aileye maddi katkı sağlamayan hasta ile ilgilenmenin bakım vericinin öfke düzeyini arttırdığı görülmektedir. Cousineau ve arkadaşları (2003) ; ailesine maddi katkıda bulunan hastaların, bakım vericilerin hissettiği öfkeyi, stresi, yükü azalttığını bildirmiştir. Bulgu literatür ile uyumludur. Maddi katkısı olmayan hasta ile ilgilenmenin bakım vericilerin öfke düzeyini arttırdığı söylenebilir (Cousineau ve ark 2003).

Bakım verilen hastada ek bir kronik hastalık bulunduğu bakım verici için hasta bakımı daha güç olabilir. Çalışmamızda hastasının ek kronik hastalığının olduğunu ifade eden bireylerin Sürekli Öfke puanları yüksek ($t=0.31$; $p=0.02$) olarak belirlenmiştir. Schulz ve arkadaşları (1995); kronik fiziksel hastalığı olan psikiyatri hastalarının bakım vericileri ile yaptığı çalışmada, öfke, anksiyete düzeylerinin arttığını, depresyon için daha yüksek risk altında olduklarını söylemiştir. Loukissa (1995); yükü araştırdığı araştırmasında, ek kronik hastalık durumunun öfkeyi, anksiyeteyi, yükü, stresi arttırdığını söylemiştir. Hooker ve arkadaşları (1992); ek kronik hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinin kendi ruhsal ve fiziksel sağlıkları açısından daha çok risk altında olduklarını bildirmiştir. Bu durumda mevcut hastalık dışında ek bir kronik hastalık durumunun bakım vericinin hissettiği öfke düzeyini ve saldırganlık olasılığını arttırdığı düşünülebilir (Hooker ve arkadaşları 1992, Schulz ve arkadaşları 1995).

Hastanın tanısı, alkol-madde kullanım durumu ve şiddet uygulama durumu değişkenleri açısından Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği puanları değerlendirilmiş anlamlı bir fark bulunamamıştır.

5.SONUÇ

5.1. Sonuçlar

Afyonkarahisar ilinde 160 bakım verici ile gerçekleştirilen, bakım vericilerde öfke ve ilişkili faktörlerin incelendiği bu araştırmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Araştırmaya katılan bakım vericilerin yaş ortalamasının 39.84 ± 14.84 olduğu ve % 54.4' ünün kadın olduğu görülmüştür. Bakım vericilerin % 72.5' i evli, % 93.8' i çekirdek aileye sahip, %34.4' ü lise mezunu olduğu görülmüştür. Bakım vericilerin % 56.3' ü ekonomik durumunu iyi olarak tanımlamakta, % 53.1'i herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bireylerin %75.6' sının yaşadığı il Afyonkarahisar olup, % 44.4' ünün ilçede yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 1).
- Araştırmaya katılan bakım vericilerin %85'inin hastası ile aynı evde yaşamakta olduğu, % 43.8'inin hasta bireyin eşi olduğu görülmüştür. Bakım verici bireylerin % 95.6'sı başka aile üyesine bakmakla sorumlu olmayıp, % 61.9'u bakımda destek alamamakta olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin % 85' inin başka psikiyatri hastası aile üyesine sahip olmadığı, olanların %33.3'ünün bakım vericinin çocuğu olduğu, hasta aile üyelerinin % 54.1'inin bipolar bozukluk tanısına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).
- Araştırmada bakım vericilerin % 91.3' ünün (n=146) öfkeyi olumsuz bir duygu olarak tanımladığı, % 61.3'ünün (n=98) öfke kontrollerini yetersiz gördüğü, % 32.5'inin (n=52) öfke durumunda ağladığını ifade ettiğini görülmüştür. Bakım vericilerin % 47.5' i (n=76) kendisini atılgan olarak tanımladığı, % 60.6' sı (n=97) ruh sağlığını orta düzeyde bulduğunu ifade ettiği, % 86.9' unun (n=139) herhangi bir psikiyatrik yardım almadığı, % 83.8'inin (n=134) hastası nedeniyle kısıtlanma duygusu yaşadığı, % 81.9' unun (n=131) kısıtlanma duygusunun öfkeye neden olduğunu düşündüğü belirlenmiştir. Bakım vericilerin % 80.6' sı (n=129) hastası nedeniyle bir etkinliğe katılamadığında öfkelendiği, yine % 49.4'ü (n=79) hastası kendisine kötü davrandığında öfke hissettiği görülmüştür. Bakım vericilerin % 82.5'i (n=132) hastaya şiddet uygulamadığını ifade ettiği, şiddet uygulayanların % 82.1'i (n=23) sözel şiddet uyguladığı, % 53.1'i (n=85) hastasına öfkelendiğinde

çaresizlik hissettiğini belirlenmiştir. Bireylerin % 76.3' ünün (n=85) kronik hastalığının olmadığı, % 67.5'inin (n=108) alkol ya da madde kullanmadığı saptanmıştır (Tablo3).

- Bu araştırmada hastaların ortalama olarak hastaneye yatış sayısı 3.67 ± 2.55 , ortalama hastalık süresi 5.55 ± 4.62 yıl olarak belirlenmiştir. Hastaların % 64.3' ünün (n=103) tanısının nevroitik olduğu, %57.5'inin (n=92) aileye maddi katkısının olduğu bulunmuştur. Hastaların % 75.6' sının (n=121) ek kronik hastalık tanısı bulunmamakta olup, % 48.8'inin (n=78) sigara kullandığı ifade ettiği görülmüştür. Hastaların % 61.3' nün (n=98) şiddet uygulamadığı, şiddet uygulayan hastaların %61.29'unun (n=38) sözel şiddet uyguladığı tespit edilmiştir (Tablo 4).
- Bu çalışmada erkek bakım vericilerin Sürekli Öfke puanları kadın bakım vericilerin Sürekli Öfke puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($t=0.41$; $p=0.000$); erkek bakım vericilerin Öfke Dışta puanları kadın bakım vericilerin Öfke Dışta puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($t=0.29$; $p:0.01$) olduğu belirlenmiştir($t=1.49$; $p=0.000$) (Tablo 7).
- Çalışmada ekonomik durumunu çok iyi olarak tanımlayan bireylerin Sürekli Öfke puanları, iyi ve orta olarak puanlayanların Sürekli Öfke puanlarına göre anlamlı derece düşük ($kw=5.94$; $p=0.05$) olduğu görülmüştür (Tablo 7).
- Araştırmada bir işte çalışan bireylerin Sürekli Öfke puanları, çalışmayanlara göre anlamlı derece yüksek($t=3.19$; $p=0.007$); çalışan bireylerin Öfke Kontrolü puanları çalışmayanlara göre anlamlı derecede yüksek($t=0.46$; $p=0.017$); olarak belirlenmiştir (Tablo 7).
- Araştırmada hastası ile aynı evde yaşayan bireylerin Öfke Dışta puanları, aynı evde yaşamayanlara göre anlamlı derecede yüksek olarak belirlenmiştir($U=1171.00$; $p=0.027$) (Tablo 8).
- Araştırmada öfkeyi olumsuz bir duygu olarak nitelendirenlerin Sürekli Öfke puanları, olumlu olarak nitelendirenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($U=556.50$; $p=0.005$); yine öfkeyi olumsuz bir duygu olarak

nitelendirenlerin Öfke Dışta puanları, olumlu olarak nitelendirenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($U=593.00$; $p=0.009$); öfkeyi olumlu bir duygu olarak nitelendirenlerin Öfke Kontrolü puanları olumsuz olarak nitelendirenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($U=433.00$; $p=0.000$) olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

- Bu çalışmada öfke yönetimi durumunu yeterli olarak ifade eden bireylerin Öfke Kontrolü puanları, yetersiz ve değişken olarak ifade edenlere göre anlamlı derecede yüksek($kw=8.501$; $p=0.014$) olarak belirlenmiştir (Tablo 9).
- Çalışmada öfke durumunda konuyu başkaları ile paylaşım diyenlerin Öfke Kontrolü puanları, kendime ya da çevreme zarar veririm diyenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=11.57$; $p=0.021$); kendime ya da çevreme zarar veririm diyenlerin Sürekli Öfke puanları, ağlarım diyenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=23.18$; $p=0.000$); kendime ya da çevreme zarar veririm diyen bireylerin Öfke Kontrolü puanları, ağlarım diyen bireylerin öfke kontrol puanlarına göre anlamlı derecede düşük($kw=11.57$; $p=0.021$) bulunmuştur. Sigara içerim diyen bireylerin Öfke Kontrolü puanları, kendime ya da başkalarına zarar veririm diyenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=11.57$; $p=0.021$) sigara içerim diyenlerin Sürekli Öfke puanları, ağlarım diyenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek ($kw=23.18$; $p=0.000$) kaçırım diyenlerin Sürekli Öfke puanları, ağlarım diyenlere göre anlamlı derecede yüksek($kw=23.18$; $p=0.000$) olarak bulunmuştur (Tablo 9).
- Araştırmada kendini saldırgan olarak nitelendiren bireylerin Sürekli Öfke puanları, çekingen ve atılgan olarak ifade edenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=13.33$; $p=0.001$); yine kendini saldırgan olarak nitelendiren bireylerin Öfke Dışta puanları, çekingen ve atılgan olarak nitelendirenlere göre anlamlı derecede yüksek($kw=16.76$; $p=0.00$) olarak belirlenmiştir (Tablo 9).
- Araştırmada kısıtlanma duygusunun öfkeye neden olduğunu ifade eden bireylerin Öfke İçte puanları, neden olmadığını düşünenlere göre anlamlı derecede yüksek($U=1416.00$; $p=0.030$) olarak belirlenmiştir (Tablo 9).

- Bu çalışmada hastası nedeniyle etkinliğe katılamadığında öfkelenmediğini ifade eden bireylerin Öfke İçte puanları, öfkelenmediğini ifade eden bireylere göre yüksek($t=1.81$; $p=0.009$) olarak bulunmuştur (Tablo 9).
- Bu araştırmada öfke halinde tükenmişlik hissettiğini ifade eden bireylerin Sürekli Öfke puanları, suçluluk, çaresizlik, yalnızlık hisseden bireylerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=7.56$, $p=0.05$), yine tükenmişlik hisseden bireylerin Öfke Dışta puanları, suçluluk, çaresizlik, yalnızlık hissedenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($kw=8.84$; $p=0.031$); yalnızlık hisseden bireylerin Öfke Kontrol puanları, tükenmişlik ve çaresizlik hisseden bireylerin puanlarına göre anlamlı derece yüksek($kw=17.40$; $p=0.001$) olarak belirlenmiştir (Tablo 9).
- Araştırmada sigara kullanan bireylerin Sürekli Öfke puanları, kullanmayanların puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($t=0.98$; $p=0.012$); yine sigara kullananların Öfke Dışta puanları, kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek($t=0.29$; $p=0.031$) olarak belirlenmiştir (Tablo 9).
- Bu çalışmada hastanın maddi katkısı olmadığını ifade eden bireylerin Sürekli Öfke puanları, maddi katkısı olduğunu ifade edenlerin puanlarına göre yüksek($t=0.12$; $p=0.05$) olarak belirlenmiştir (Tablo 10).
- Çalışmada hastanın ek kronik hastalığının olduğunu ifade eden bireylerin Sürekli Öfke puanları, olmadığını ifade edenlerin puanlarına göre anlamlı derecede yüksek($t=0.31$; $p=0.02$) olarak saptanmıştır (Tablo 10).

5.2. Öneriler

Bakım vericilere ait öfke ve ilişkili faktörlerin incelendiği bu araştırmada elde edilen verilere dayalı olarak;

- Araştırmanın daha kapsamlı bir örneklem grubu ile ve farklı bölgelerde tekrarlanması ve bulguların karşılaştırılması,
- Bakım vericilere yönelik girişimsel çalışmaların planlanması ve bunların etkinliğinin değerlendirilmesi,

- Bu çalışmada bakım vericilerin genel olarak psikolojik destek almadığı görüldüğü için bireylere destek istemeleri gereken durumlar ve yerler ile ilgili bilgilerin verilmesi,
- Bakım vericilerde öfkenin genellikle olumsuz bir duygu olarak görülmesi, etkili baş edilememesi, etkisiz baş etme yöntemleri kullanılması gibi kişide yükü arttırıcı duygu ve davranışların olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle öfke ile baş etme yöntemleri, öfke yönetimi konularında bakım vericilere yönelik düzenli aralıklarla eğitim düzenlenmesi, broşürler verilmesi,
- Psikiyatri hemşirelerinin bakım vericilere yönelik düzenli eğitimler düzenlemesi,
- Bakım vericilere hastaların hastalıkları, atak dönemleri, hangi belirtiler görüldüğünde hastane ile iletişime geçmenin gerektiği konularında yönlendirici bilgilerin sağlanması önerilebilir.

ÖZET

Korkmaz A. Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Öfke ve İlişkili Faktörler

Araştırma Afyonkarahisar ilinde psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde öfke ve ilişkili faktörler durumunu belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Çalışmada Afyonkarahisar ili bir üniversite hastanesinde yatışı yapılmış psikiyatri hastalarına bakım veren 160 bakım vericiye ulaşılmıştır.

Çalışmada demografik bilgiler ve bireyin sağlığa ve öfkeye ilişkin tutumları için “Kişisel Bilgi Formu”, öfke durumu ve davranışları için “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği” kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel analizler (Ortalama, standart sapma, frekans, yüzdelik), normal dağılım değerlendirmede Kolmogorov Simirnov, normal dağılım gösteren karşılaştırmalarda t testi; normal dağılım dışı karşılaştırmalarda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H test, ordinal verilerin karşılaştırılmasında Pearson Correlation analizi ve ileri analizlerde Kruskal Wallis t-testi ve Mann Whitney U test kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan bakım vericilerin yaş ortalaması 39.84 ± 14.84 olup, % 54.4’ ü (n=87) kadındır. Bakım vericilerin % 85’ i (n=136) hasta ile birlikte yaşamakta olup, % 61.9’ u (n=99) bakımda destek almamaktadır. Bakım vericilerin % 86.9’ unun (n=139) herhangi bir psikiyatrik yardım almadığı, % 83.8’inin (n=134) hastası nedeniyle kısıtlanma duygusu yaşadığı, % 91.3’ ünün (n=146) öfkeyi olumsuz bir duygu olarak nitelendirdiği görülmüştür. Bireylerin % 61.3’ ünün (n=98) öfke kontrollerinin yetersiz olduğunu düşündüğü görülmüştür.

Yapılan analiz sonuçlarına göre; bakım vericilerde öfke ile ilgili davranışlar üzerinde cinsiyet, ekonomik durum, öğrenim durumu, çalışma durumu, hasta ile aynı evde yaşama durumu, bireyin kendi ruh sağlığını algılama biçimi, kısıtlanma duygusu, bakım verilen bireyde ek kronik hastalık bulunması değişkenlerinin etkili olduğu bulunmuştur.

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği(SÖÖTÖ) Sürekli Öfke Alt Ölçeği puan ortalaması 21.88 ± 5.68 , Öfke İçte Alt Ölçeği puan ortalaması 19.84 ± 2.41 , Öfke Dışta Alt

Ölçeği puan ortalaması 18.58 ± 3.35 , Öfke Kontrolü Alt Ölçeği puan ortalaması 20.48 ± 2.53 olarak bulunmuştur.

Tüm sonuçlar genel olarak değerlendirildiğinde, psikiyatri hastalarının bakım vericilerine öfke kontrolü ve öfke yönetimi ile ilgili destek, eğitim ve danışmanlık sağlanması bireylerin öfkeyi daha iyi yönetebilmesine ve kendisini ifade edebilmesine katkı oluşturabilir.

Anahtar kelimeler: Bakım verici, öfke, psikiyatri hastası.

SUMMARY

Korkmaz A. Anger and Associated Factors of The Psychiatric Patients' Caregivers

The study was performed as a cross-sectional research to determine anger and associated factors in psychiatric patients' caregivers in Afyonkarahisar. In the study it's reached 160 persons who were caregiving to psychiatric inpatients in a university hospital in Afyonkarahisar.

In the study it's used "The Personal Information Form" for demographic information and the persons' attitudes for health and anger, "The State Trait Anger Scale" for anger situation and behaviours. For the evaluation of data; it's used descriptive statistical analyses (median, standard deviation, frequency, percentage), Kolmogorov Simirnow test for normal evaluation distribution, t-Test for comparisons that shows normal evaluation; Mann Whitney U Test and Kruskal Wallis H Test for abnormal evaluated comparisons, Pearson Correlation analyses for ordinal data comparison and Kruskal Wallis test, t-Test and Mann Whitney U test for advanced analyses.

The caregivers' mean age who took part in the research is 39.84 ± 14.84 and 54.4% of them are women. 85% of the caregivers (n=136) live with their patient and 61.9% (n=99) of them do not get support. 86.9% (n=139) of the caregivers get no psychiatric help, 83.8% (n=134) of them feel restriction because of their patient, 91.3% (n=146) of them characterized anger as a negative feeling. It's seen that 61.3% (n=98) of the persons' anger control is inadequate.

As the results of the analyses; it's been found that factors as economic situation, educational situation, working situation, living in the same house with the patient situation, caregiver's perception of her/his own mental health, sense of restriction, another chronic disease of the patient are effectual on the caregivers' anger and associated behaviours.

The mean score of State Trait Anger Scale's Incessant Anger Subscales is found as 21.88 ± 5.68 , The Anger Inside Subscales is found as 19.84 ± 2.41 , The Anger Outside Subscales is found as 18.58 ± 3.35 , The Anger Control Subscales is found as 20.48 ± 2.53 .

After general evaluation of all the results, it can be suggested that providing support, education and counseling to psychiatric patients' caregivers for anger control and anger management to manage anger much better and have self expression.

Key words: Caregiver, anger, psychiatric patient.

KAYNAKLAR

Adana F. Lise Öğrencilerinin Atılganlık Düzeyi ve Benlik Kavramı Üzerine Atılganlık Eğitiminin Etkisi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. İstanbul. Türkiye. 2004.

Adana F, Arslantaş H. Ergenlikte Öfke ve Öfkenin Yönetiminde Okul Hemşiresinin Rolü. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 12(1) : 57 – 62.

Adana F, Aktaş B, Erdağı S, Eliş S, Alkan H, Uluman Ö. Hemşirelik ve Sağlık Memurluğu Öğrencilerinin Atılganlık Düzeylerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12:2.

Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. COPE (Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6(4): 221-6.

Albayrak B, Kutlu Y. Ergenlerde Öfke İfade Tarzı Ve İlişkili Faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2009; Cilt:2,Sayı:3.

Altekin E, Uysal S, Özden-Topkaya Ş, Cimilli C. Diyabet Hastalarında Depresyon ve Öfke Yönetiminin Leptin Düzeyleri ve Glisemik Kontrol İle İlişkisi. Türk Klinik Biyokimya Dergisi 2006; 4(2):83-87.

Altunel Ö, Demirdöğen G., Dural U., Kuşçu MK. Şizofrenide Duygu Algılama ve Tanıma Süreçleri Klinik Psikiyatri 2008;11(Ek 4):3-11.

Antai-Otong D. Creative Stres Management Tecniques for Self Renewal, Anger Management Dermatology Nursing 2001; 2;13:1:31-37.

Anthony-Bergstone CR, Zarit SH, Gatz M. Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. Psychology and aging 1988; 3(3): 245.

Avcı R. Şiddet Davranışı Gösteren ve Göstermeyen Ergenlerin Ailelerinde Aile İşlevleri, Öfke ve Öfke İfade Tarzları Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Adana Türkiye. 2006.

Averill JR. Studies on anger and aggression: Implications for theories of emotion. *American psychologist*. 1983;38(11):11-45.

Bainbridge HT, Cregan C, Kulik CT. The Effect of Multiple Roles on Caregiver Stress Outcomes. *Journal of Applied Psychology* 2004; 91(2):490-497.

Balkaya F, Şahin NH. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(3):192-202.

Bandura A. *Social learning theory*. 1st Ed. New York: General Learning Pres. 1977: 1-41.

Batıgün-Durak A. İntihar İle İlişkili Bazı Değişkenler: Öfke/Saldırganlık, Dürtüsel Davranışlar, Problem Çözme Becerileri, Yaşamı Sürdürme Nedenleri. *Kriz Dergisi* 2003; 12 (2):49-61.

Beck AT. *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. 8th Ed. New York: HarperCollins Publishers. 1999.

Beck R, Ephrem F. Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive therapy and research* 1998; 22(1): 63-74.

Berkowitz L. On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist* 1990;45(4):494.

Birol L. *Hemşirelik Süreci*. 6. Baskı. İzmir: Etki Matbaacılık; 2004.

Black MM, Aboud FE. Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting. *The Journal of nutrition* 2011; 141(3): 490-494.

Bone AD. *Nurses as Caregivers: Identifying some negative aspects of caregiving*. Honor Thesis. Carnegie Mellon University. Department of Psychology and the Dean's Office of the College of Humanities and Social Sciences in Partial Fulfillment of the Requirements for the H&SS Senior Honors Program. Pittsburgh, USA. 1998.

Bookwala J, Zdaniuk B, Burton L, Lind B, Jackson S, Schulz R. Concurrent and Long-Term Predictors of Older Adults' Use of Community-Based Long-Term Care Services The Caregiver Health Effects Study. *Journal of Aging and Health* 2004; 16(1): 88-115.

Chang KH, Horrocks S. Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *J Adv Nurs* 2006; 53:435-443.

Coon DW, Thompson L, Steffen A, Sorocco K, Gallagher-Thompson D. Anger and Depression Management: Psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist* 2003; 43 (5): 678-689.

Cousineau N, McDowell I, Hotz S, Herbert P. Measuring Chronic Patients' Feelings of Being a Burden to their Caregivers: Development and Preliminary of a Scale. *Medical Care* 2003; 41(1):110-118.

Çam O, Baysal A. Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Kişilerin Öfke İfadeleri. 9. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmalar. 1. Baskı. İstanbul: Pastel Matbaası; 1998.

Çam O, Dülgerler Ş, Engin E. Psikiyatri Hemşireliğinde Standart Bakım İçin Hemşirelik Süreci. Birinci Basım. İzmir: İzmir Güven Kitabevi; 2006.

Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2000.

Davison SE. The Management Of Violence In General Psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005;11: 362-370.

Deckersbach T, Perlis R, Frankle G, Gray S, Grandin L, Dougherty D, Nierenberg A, Sachs G. Presence of Irritability During Depressive Episodes in Bipolar Disorder. *CNS Spectr*. 2004;9(3):227-231.

Deffenbacher JL. Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology* 1999;55(3):295-306.

Deffenbacher JL, White GS, Lynch RS. Evaluation of Two New Scales Assessing Driving Anger: The Driving Anger Expression Inventory and the Driver's Angry Thoughts Questionnaire. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*; 2004, 26:87.

Doucet JBD. Poverty, inequality, and discrimination as sources of depression among U.S. women. *Psychology of Women Quarterly* 2003; 27(2):101–113.

Dunbar B. Anger Management: A Holistic Approach. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*; 2004, Vol. 10, No:119.

Durmuş AB, Pirinçci E. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Öfke ile İlişkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*; 2008, 16 (2),83-88.

Edmondson BC, Conger JH. Review of treatment efficacy for individuals with anger problems: Conceptual, assessment, and methodological issues. *Clinical Psychology Review* 1996; 16.3: 251-275.

Ellis A. Handbook of rational-emotive therapy, Vol. 2. In: Russell M. (Ed).1 Ed. New York: Springer Publishing Co, 1986.

Ellis A. "Rational-Emotive Behaviour Therapy." Six key approaches to counseling & therapy. London: Paston PrePress 2000;181-227.

Ellis A. Rational emotive behavior therapy. Kazdin (Ed.). *Encyclopedia of Psychology*, Washington, DC: American Psychological Association. 2000.

El-Tantawy AMA,Raya YM,Zaki ASMK.depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma.*Current Psychiatry* 2010; 17(3).

Erkek N, Özgür G, Gümüş-Babacan A. Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları. *Çukurova Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*; 2006, 10(2),9-18.

Fantuzzo J, Tighe E, Childs S. Family Involvement Questionnaire: A multivariate assessment of family participation in early childhood education.*Journal of educational psychology* 2000; 92(2):367.

Freud S. Kültürdeki Huzursuzluk. In: Önder D. (Ed). 1. Baskı. İstanbul: Kurtiş Matbaası; 1930.

Frijda NH. The laws of emotion. *American psychologist*. 1988;43(5):349.

Fortune DG, Smith JV, Garvey K. Perceptions of psychosis, coping, appraisals and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: an exploration using self regulation theory. *Br J Psychol* 2005; 44:319-331.

Goetzinger AM, Blumenthal JA, O'Hayer CV, Babyak MA, Hoffman BM, Ong L, Duane Davis R, Smith SR, Rogers JG, Milano CA, Smith AD, Kuo PC, Palmer SM. Stress and coping in caregivers of patients awaiting solid organ transplantation. *Clinic Transplant* 2012; 26: 97–104.

Golden SH, Williams JE, Ford DE, Yeh HC, Sanford CP, Nieto FJ, Brancati FL. Anger Temperament is Modestly Associated With The Risk Of Type 2 Diyabetes Mellitus: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Psychoneuroendocrinology* 2006; 31:325-32.

Güleç C: Aile ve evlilik krizlerinde acil psikoterapi. *Psikoloji Dergisi*;1988, 6:20-26.

Güleç H, Tamam L, Usta H, Saygılı İ, Yazıcı-Güleç H, Zengin M, Karakuş G. Bipolar Bozuklukta Dürtüsellik. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:198-203.

Hamel M,Pushkar Gold D,Andres D,Reis M,Dastoor D,Grauer H,Bergman H.Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist* 1990; 30(2): 206-211.

Hankins G, Hankins C. Prescription for anger: coping with angry feelings and angry people. 2nd Ed. USA. Barclay Pres; 2000: 263-265.

Harmon-Jones EA, Harmon-Jones C. Anger: Causes and components. Manwar: Lawrence Erlbaum Associates Publishers 2007.

Hazaleus SL, Deffenbacher JL. Relaxation and Cognitive Treatments of Anger. *J Consult Clinical Psychology*. 1986; 54(2):222-226.

Hisli-Şahin N, Batıgün-Durak A, Koç V. Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(1):17-25.

Hooker K,Monahan D,Shifren K,Hutchinson C.Mental and Physical Health of Spouse Caregivers:The role of personality.*Psychology and Aging* 1992;7(3);367-375.

Howells K, Andrew D. Readiness for anger management: Clinical and theoretical issues. *Clinical Psychology Review* 2003; 23.2:319-337.

Huang XY, Sun FK, Yen WJ, Fu CM. The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *J Clin Nurs* 2008; 17:817-826.

Hughes JR, Frances RJ. How to help psychiatric patients stop smoking. *Psychiatric Services*. 1995.

Johnson EH. The deadly emotions: The role of anger, hostility, and aggression in health and emotional well-being. Praeger Pub.1990;1:18-36.

Kalat JW. Biological psychology. 11th Ed. Belmont USA: Cengage Learning; 2012.

Kamışlı S, Karatay G, Terzioğlu F, Kublay G. Sigara ve Ruh Sağlığı. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2008.

Karlı E. Kişiler Arası Tarz, Kendilik Algısı, Öfke ve Psikosomatik Bozukluklar. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Ankara. Türkiye. 2008.

Kassinove H, Tafrate RC. Anger management: The complete treatment guidebook for practitioners. 1st Ed. California. Impact Publishers. 2002.

Kemeny ME, Shestyuk A. Emotions, the neuroendocrine and immune systems, and health. Handbook of Emotions. . 1st Ed. New York: Guilford Press. 2008.

Kohl PL, Jonson-Reid M, Drake B. Maternal mental illness and the safety and stability of maltreated children. Child Abuse and Neglect 2011; 35(5): 309-318.

Kraemer S. The fragile male. Clinical Medicine & Health Research. London: Clinmed Press. 2000.

Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. American Journal of Psychiatry 2004; 161(3): 459-465.

Kutlu Y. Bir Grup Öğrenci Hemşirede Atılganlık Eğitiminin Etkinliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi 2009; 2(3): 3-11.

Lang PJ. The varieties of emotional experience: A meditation on James-Lange theory. Psychological Review 1994; 101(2): 211-221.

Larkin KT. Biobehavioral responses to interpersonal conflict during anger expression among anger-in and anger-out men. Annals of Behavioral Medicine 2001; 23(4): 282-290.

Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. Jama 2000; 284(20): 2606-2610.

Loukissa AD. Family Burden in Chronic Mental Illness: a review of research studies. Journal of Advanced Nursing 1995; 21(2): 248-255.

Luhn RR. Kızgınlıkla Başaçıkma, Ankara: Alfa Yayınevi. 1996.

Lundström M, Saveman BI, Eisemann M, Aström S. Prevalence of violence and its relation to caregivers' demographics and emotional reactions – an explorative study of caregivers working in group homes for persons with learning disabilities. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2007; 21(1): 84-90.

MacNeil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, DeCoster J, Williamson GM. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: The central role of caregiver anger. *The Gerontologist* 2010; 50(1):76-86.

Maiuro RD, Sullivan MJ, Michael MC, Vitaliano PP. Anger, Hostility, and Depression in Assaultive Suicide Attempting Males. *Journal Of Clinical Psychology* 1989;45(4):531-541.

Martin R, David W. Style of anger expression and its relation to daily experience. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1997;23.3: 285-294.

Maslow A. The psychology of science: A reconnaissance. In: Kaplan A. (Ed.) 3rd Ed. New York: Maurice Bassett Publishing. 2004.

McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke* 2005 ;36(10): 2181-2186.

Mcfarland GK, Thomas MD. *Psychiatric Mental Health Nursing*. The Murray Printing Company. 1991.

McNiel DE, Binder RL. Relationship between preadmission threats and later violent behavior by acute psychiatric inpatients. *Hospital and Community Psychiatry* 1989; 40(6):605-608.

Miller B, Paschall CB, Svendsen D. Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. *Psychiatric Services* 2006; 57(10): 1482-1487.

Mitchell, J. E., & Dahlgren, A. (1986). Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 143(8), 993-997.

Moen P, Robison J, Fields V. Women's work and caregiving roles: A life course approach. *Journal of Gerontology* 1994; 49(4) :176-186.

Moore E, Adams R, Elsworth J, Lewis J. An Anger Management Group for People with a Learning Disability. *British Journal of Learning Disabilities* 1997; 25(2): 53–57.

Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. *Pakistan Journal of Psychological Research* 2008; 23(1-2): 19-28.

Nezu AM, Nezu CM, Geller PA. *Handbook of Psychology. Health Psychology Volume 9*. New Jersey: John Wiley and Sons Inc. 2003.

Novaco RW. *Anger Control: The Development and Evaluation of an Experimental Treatment*. Oxford, England. 1975.

Nygaard HA. Who Cares for the Caregiver?. *Scandinavian journal of caring sciences* 1991; 5(3): 157-162.

Özdemir FK, Şahin ZA, Küçük D. Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi* 2009; 26(3): 153.

Özer S. Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yüğü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi* 2010; 1:1-10.

Özkamalı E, Buğa A. Bir Öfke Denetimi Eğitimi Programı'nın Üniversite Öğrencilerinin Sürekli Öfke Düzeylerine Etkisi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2010; Cilt 6, Sayı 2, ss.50-59.

Özmen SK. Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2004; 37.2: 27-39.

Paveza GJ, Cohen D, Eisdorfer C, Freels S, Semla T, Ashford JW, Levy P. Severe family violence and Alzheimer's disease: prevalence and risk factors. *The Gerontologist* 1992; 32(4): 493-497.

Pillemer K, Suito JJ. Violence and Violent Feelings: what causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology* 1992; 47 (4): 165-172.

Porterfield SL, McBride TD. The effect of poverty and caregiver education on perceived need and access to health services among children with special health care needs. *American Journal of Public Health* 2007; 97(2): 323.

- Remmenick L. "All my life is one big nursing home": Russian immigrant women in israel speak about double caregiver stres. *Women's Studies International Forum* 2001;24(6):685–700.
- Roberts R, Alegría M, Roberts CR, Chen IG. Mental health problems of adolescents as reported by their caregivers. *The journal of behavioral health services & research* 2005; 32(1): 1-13.
- Robins S, Novaco RW. Systems Conceptualization and Treatment of Anger, *Journal Of Clinical Psychology* 1999; 55:325-337.
- Rochlin G. Aggression reconsidered: A critique of psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*. 1982;2(1):121-132.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sekizinci Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2007.
- Saydanoğlu T, Coşkun B. Ergenlerde Öfke ve Şiddet. Türkiye'de Gençlik. Ankara: HYB Basım Yayın; 2012.
- Saul LJ. Personal and social psychopathology and the primary prevention of violence. *American Journal of Psychiatry*. 1972;128(12): 1578-1581.
- Schene AH, Wijngaarden B, Koeter MWJ. Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and distress. *Schizophrenia Bull* 1998;24(4): 609-618.
- Schneider RA. Chronic Renal Failure: assesing the fatigue severity scale for use among caregivers. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13(2): 219-225.
- Schulz R, O'Brien A, Czaja S, Ory M, Norris R, Martire LM, Belle SH, Burgio L, Gallagher-Thompson D, Stevens A. Dementia caregiver intervention research in search of clinical significance. *The Gerontologist* 2002; 42 (5):589-602.
- Schulz R, O'Brien A, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving: Prevalence, correlates and causes. *The Gerontologist* 1995; 35(6):771-791.

Shahmohammadi N. Agression in Iran 5 to 11 Grade Children in Relation to Parental Involvement and Attachment-Security. International Congress on Social & Cultural Studies. 1st Ed. Delhi: Kingdom of Spain Pres; 2012.p.71-283.

Sharkin BS. Anger and gender: Theory, research, and implications. Journal of Counseling & Development 1993; 71(4): 386-389.

Soykan Ç. Öfke ve Öfke Yönetimi. Kriz Dergisi 2000;11 (2),19-27.

Sörensen S, Pinquart M, Hahil D, Duberstein P. How Effective Are Interventions With Caregivers? an updated meta-analysis. The Gerontologist 2002; 42 (3):356-372.

Sparks MB, Farran CJ, Donner E, Keane-Hagerty E. Wives, husbands, and daughters of dementia patients: predictors of caregivers' mental and physical health. Scholarly inquiry for nursing practice 1988.

Spielberger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. Assessment of anger: The state-trait anger scale. Advances in personality assessment. 1983;2:159-187.

Spielberger CD, Krasner SS, Solomon EP. The experience, expression, and control of anger. In Individual differences, stress, and health psychology. Springer 1988;89-108.

Spielberger CD, Reheiser EC, Sydeman SJ. Measuring the experience, expression, and control of anger. Issues in comprehensive pediatric nursing, 1995;18(3):207-232.

Steffen AM. Anger management for dementia caregivers: A preliminary study using video and telephone interventions. Behavior Therapy 2000; 31(2): 281-299.

Stoller EP, Puglesi KL. Other Roles of Caregivers: Competing responsibilities or supportive resources. Oxford Journals Life Sciences & Medicine Journal of Gerontology 1989;44(6):231-238.

Suchday S, Lerner H. Öfke Dansı. Varlık Yayınları; İstanbul.1996.

Sullivan HS. The data of psychiatry. Psychiatry 1938;1: 121-134.

Şahin D. Kişilik Bozuklukları. Klinik Gelişim-Psikiyatri 2009; Cilt:22, Sayı:4.

Şimşek N. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Birey ve Ailesinin Hemşirelik Bakımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing 98 2010;1(2):96-99

Tambağ H, Öz F. Aileleri ile Birlikte ve Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Ergenlerin Öfke İfade Etme Biçimleri. *Kriz Dergisi* 2005; 13:11-21.

Tavafian SS, Jamshidi A., Mohammad K, Montazeri A. Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2007; 8(1):21.

Teel CS,Pres AN,Lindgren CL,Nichols EG.Fatigue among elders in caregiving and noncaregiving roles.*Western Journal of Nursing Research* 1999; 21(4): 498-520.

Tekinsav-Sütçü SG. Ergenlerde Öfke ve Saldırganlığı Azaltmaya Yönelik Bilişsel Davranışçı Bir Müdahale Programının Etkililiğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı. İzmir. Türkiye. 2006.

Toch, H. Inmate involvement in prison governance. *Federal Probation*. 1995;59: 34.

Uzun C. Kişilerarası İlişkilerde Öfke, Benlik Algısı ve Anksiyete. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı. Ankara. Türkiye. 2008.

Ünal G. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*; 2002, 15(4): 221-228

Ünal S. Psikiyatri Kliniklerinde Şiddet Yönetimi. İstanbul Üniversitesi Flourance Nightingale Hemşirelik Dergisi 2011; Cilt 19 - Sayı 2:116-121.

Üstün B, Yavuzarslan F. Öfkenin Gücü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1996; Cilt:2, Sayı:2, 42-46.

Vatan S, Dağ Ğ. Problem çözme, umutsuzluk, çaresizlik ve talihsizlik MMPI-2 ile ölçülen psikopatolojinin yordayıcıları olabilir mi.*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10: 187-197.

Wilde J. Interventions for children with anger problems. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*. 2001; 19.3: 191-197.

Williamson G, Shaffer D,Schulz R.Activity restriction and prior relationship history as contributors to mental health outcomes among middle-aged and older spousal caregivers.*Health Psychology* 1998; 17(2):152-162.

Whiteman MC,Fowkes FGR,Deary I.J,Lee AJ.Hostility, cigarette smoking and alcohol consumption in the general population.*Social Science & Medicine* 1997; 44(8): 1089-1096.

Wozniak J, Biederman J, Richards J. Diagnostic and Therapeutic Dilemmas in the Management of Pediatric-Onset Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry* 2001; Sayı 62:10-15.

Yıldırım A. Kurum Bakımında Olan Ve Ailesi İle Birlikte Kalan 13-18 Yaş Arası Çocuklarda Sürekli Öfke İle Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Elazığ. Türkiye. 2005.

Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2010; 11(1); 195-205.

Yılmaz S. Hemşirelerin Öfke İfade Etme ve İletişim Biçimleri. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı. İstanbul. Türkiye. 2009.

Youngmee K, Baker F, Spillers RL, Wellisch DK. Psychological adjustment of cancer caregivers with multiple roles. *Psycho-Oncology* 2006; 15(9): 795–804.

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Azime KORKMAZ

Doğum Tarihi: 08 MAYIS 1985

Öğrenim Durumu: Yüksek Lisans

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Afyon Kocatepe Üniversitesi	2004-2008
Y. Lisans	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı	Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2011-2014

Yüksek Lisans Tez Başlığı ve Tez Danışmanı :

Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Öfke ve İlişkili Faktörler

Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA

Görev Unvanı	Görev Yeri	Yıl
Hemşire	Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi	2011-devam ediyor

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler :

Türk Hemşireler Derneği

Psikiyatri Hemşireleri Derneği

ESERLER

A. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında (Proceedings) basılan bildiriler :

A1. Ayakdaş D, **Korkmaz A**, Adana F, Arslantaş H. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Yemeye İlişkin Tutumları. II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireleri Kongresi. Poster Bildiri. Erzurum 2012

B. Diğer yayınlar :

B1. Katıldığı Etkinlikler: II. Uluslararası VI. Ulusal Psikiyatri Hemşireleri Kongresi. Poster Bildiri. Erzurum 2012

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın ve yüksek lisans eğitimimin her aşamasında değerli görüşleri ve yakın ilgisi ile beni destekleyen, bilgi ve deneyimlerini paylaşan, her durumda bana zaman ayıran ve anlayışla yaklaşan, her zaman örnek alacağım değerli hocam, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA'ya,

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren, desteklerini esirgemeyen sayın hocalarım Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN'a ve Doç. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a,

Yüksek lisans eğitimimde özellikle klinik aşamasında değerli bilgi ve görüşleri ile yol gösteren sayın hocam Prof. Dr. İ. Ferhan DEREBOY'a,

Çalışmamın uygulamasına imkan sağlayan "Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi" Yöneticilerine,

Yüksek lisans eğitimim boyunca beni destekleyen "Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi" Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne ve Psikiyatri Kliniğindeki arkadaşlarıma,

Tez çalışmamı proje olarak destekleyen Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri birimine,

Sabırla ve ilgiyle endişelerimi dinleyen ve motivasyon sağlayan sevgili arkadaşlarıma,

Her daim yanımda olan, sevgisini ve desteğini hiç esirgemeyen, bu çalışma ile en az benim kadar ilgilenen ve hassasiyet gösteren çok sevgili aileme,

TEŞEKKÜR EDERİM.

EKLER

Ek 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

PSİKİYATRİ HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNDE ÖFKE VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER ANKETİ

Bu çalışma, “ **Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Öfke ve İlişkili Faktörler** ” i değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Bu ankette verilecek yanıtlar, isim ve kişisel bilgiler bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. Lütfen her bir soruyu atlamadan cevaplayınız. Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederim

Araştırmacı: Azime Korkmaz

Anketör Adı: **Anket No:.....** **Uygulama Tarihi**

A. TANITICI BİLGİLER

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz () Bekar () Evli () Diğer.....
4. Çocuğunuz var mı?
() Yok () Var (Sayısını Belirtiniz):.....
5. Aile tipiniz
() Çekirdek aile
() Geniş aile
() Diğer(Belirtiniz):
6. Evde birlikte yaşadığınız aile üyeleri:
7. Sizce ekonomik durumunuz nasıldır?
() Zayıf () Orta () İyi () Çok iyi
8. Öğrenim durumunuzu belirtiniz
() Okur-yazar değil () Okur-yazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu
() Lise mezunu () Üniversite mezunu () Diğer.....
9. Su anda bir işte çalışıyor musunuz?
() Hayır () Evet (İşinizi belirtiniz):.....
10. Çalışıyorsanız çalışma şekliniz?
()Sürekli gündüz ()Gündüz ve gece (Nöbet şeklinde)
()Sürekli gece ()Diğer (Belirtiniz):.....
11. Bu güne dek en uzun yaşadığınız yer (İl olarak belirtiniz):.....

12. En uzun süre yaşadığınız yerleşim birimi nedir?
() Köy () Kasaba () İlçe () Şehir
13. Bakım verdiğiniz hastayla aynı evde mi yaşıyorsunuz?
() Hayır () Evet
14. Yakınlık dereceniz (Belirtiniz):.....
15. Evde bakımından sorumlu olduğunuz başka aile üyesi var mı?
() Hayır () Evet (Kim- Hastalığı Belirtiniz):.....
16. Bakım konusunda size destek olan biri var mı?
() Hayır () Evet (Belirtiniz):.....
17. Bakım vericinin kronik hastalığı var mı?
() Hayır () Evet (Belirtiniz):.....
18. Bakım verdiğiniz psikiyatri hastanızın aileye maddi bir katkısı var mı?
() Hayır () Biraz () Çok () Ailenin tüm gelirini hastam sağlıyor
19. Hastanızın psikiyatrik tanısı nedir?.....
20. Hastanızın psikiyatrik tanısına eşlik eden başka bir kronik hastalığı var mı?
() Hayır () Evet (Belirtiniz):.....
21. Hastanızın hastalık süresi:.....ay.....yıl
22. Bu güne kadar hastaneye yatış sayısı:.....
23. Hastanız sigara alkol gibi bağımlılık yapıcı bir madde kullanıyor mu?
() Hayır () Evet (Belirtiniz):.....
24. Siz sigara alkol gibi bağımlılık yapıcı bir madde kullanıyor musunuz?
() Hayır () Evet (Belirtiniz):.....
- B. ÖFKE DURUMUNA İLİŞKİN BİLGİLER**
1. Sizce öfke duygusu nasıl bir duygudur?
() Olumlu () Olumsuz () Diğer (Belirtiniz):.....
2. Öfke yönetiminizin nasıl olduğunu düşünüyorsunuz?
() Yeterli () Yetersiz () Değişken
3. Öfkələndiğinizde neler yapıyorsunuz (Birden fazla madde işaretleyebilirsiniz)?
() Bağırırım () Ağlarım
() Kendime zarar veririm () Sigara içerim
() Başkalarına ve çevremdeki eşyalara zarar veririm () Uyum
() Ailemle konuşurum () Kimseyle konuşmam
() Benim için önemli diğer kişilerle paylaşırım () Ortamdan ayrılırım
() Diğer (Belirtiniz):.....

4. Ailenizde başka psikiyatrik hastalığı olan birisi var mı?

Hayır Evet

Cevabınız –Hayır- ise 7. soruya geçiniz.

5. Kim?

6. Hastalığı ne?

7. Kendinizi nasıl tanımlarsınız?

Çekingen Atılgan Saldırgan

8. Kendi ruh sağlığınızı nasıl görüyorsunuz?

Çok iyi iyi Orta Kötü Çok Kötü

9. Şu anda kendiniz için psikolojik-psikiyatrik bir yardım alıyor musunuz?

Hayır Evet(Belirtiniz):.....

10. Hastanız nedeniyle hayatınızın kısıtlandığı duygusu yaşar mısınız?

Hayır Evet

11. Sizce kısıtlanmışlık duygusu nedensiz yere hastanıza öfke duymanıza neden olur mu?

Hayır Evet

12. Planladığınız bir etkinliğe (misafirliğe gitmek, kahvehaneye gitmek, sinemaya gitmek gibi) hastanız nedeniyle katılamadığınızda öfkelenir misiniz?

Hayır Evet

13. Bakımını üstlendiğiniz hastanız hastalık belirtileri(kötülük görme, şüphelenme, korkma gibi) nedeniyle size kötü davrandığında ne hissedersiniz?

Öfke Suçluluk

Cezalandırılmışlık Üzüntü

Tükenmişlik Kadercilik

Diğer (Belirtiniz).....

14. Hastanıza öfkelendiğinizde hiç şiddet uyguladınız mı?

Hayır Evet (Şiddet türünü belirtiniz):.....

15. Hastanız size şiddet uyguladı mı? (kriz vb. zamanlarda)

Hayır Evet (Şiddet türünü belirtiniz):.....

16. Bakımını üstlendiğiniz hastanıza öfkelendiğinizde başka neler hissedersiniz?

Suçluluk Çaresizlik Yalnızlık

Tükenmişlik Diğer (Belirtiniz).....

Ek 2. SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZ ÖLÇEĞİ

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin öfke durumlarını anlatmada kullandıkları bazı ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman harcamadan anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin. Katkınız için çok teşekkürler.

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	TAMAMIYLA
1. Çabuk parlarım.				
2. Kızgın mizaçlıyım.				
3. Öfkesi burnunda bir insanım.				
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.				
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilememek 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 iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.				
ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA				
11. Öfkemi kontrol ederim.				
12. Kızgınlığımı gösteririm.				
13. Öfkemi içime atarım.				
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.				
15. Somurtur yada surat asarım.				
16. İnsanlardan uzak dururum.				

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	TAMAMIYLA
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.				
18. Soğukkanlılığımı korurum.				
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.				
20. İçin için köpürürüm ama göstermem.				
21. Davranışlarımı kontrol ederim.				
22. Başkalarıyla tartışırım.				
23. İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.				
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.				
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.				
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.				
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.				
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sinirlenirim.				
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 3. BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(Araştırmacının Açıklaması)

Psikiyatri hastalarının bakım vericileri İle ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Öfke ve İlişkili Faktörler” dir. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, psikiyatri hastalarının bakım vericilerine öfke ve ilişkili faktörleri tanımlamak, alınabilecek önlemleri görmek, verilebilecek desteği planlama yolunda bilginin sağlanmasıdır. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalları'nın ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir. Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz size Araştırmacı (Hemşire) Azime Korkmaz tarafından Kişisel Bilgi Formu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfadesi Ölçeği uygulanacaktır.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

(Katılımcının /Hastanın Beyanı)

Sayın Araştırmacı Hemşire Azime Korkmaz tarafından Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hemşire ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabacağına inanıyorum. Araştırma

sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, AKÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı adresinden arayabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersen, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Tarih:..../..../.....

Gönüllü Katılımcının

Araştırmacının

Adı ve Soyadı:

Adı ve Soyadı:

Adres:

Adres:

Telefon:

Telefon:

İmza:

İmza:



T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
AHMET NECDET SEZER ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
HASTANESİ

SAYI : B.30.2.AKÜ.0.H1.00.00/ 4254
BİRİMİ : Başhekimlik

26.09.2012

19/135

Sayın; Azime KORKMAZ
Hemşire

İlgi: 26.09.2012 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtilen Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Öfke ve İlişkili Faktörler başlıklı girişimsel olmayan klinik araştırmanızı hastanemiz psikiyatri kliniğinde yapmanız başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Mehmet ÜNLÜ
Başhekim



T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

12 Temmuz 2013

Birimi : Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Sayı : 94862910 – 125
Konu : Tıbbi Etik Kurul Kararı

Sn: Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA
Adnan Menderes Üniversitesi
ASYO Halk Sağlığı Hemşireliği AD Öğretim Üyesi
AYDIN

Sorumluluğunuzda yürütülecek olan olan “Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Öfke ve İlişkili Faktörler” başlıklı çalışmanıza ilişkin ilgi sayılı Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Kağan ÜÇOK
Başkan

EK:

1- İlgi sayılı karar (1 sayfa)

T.C.
AFYONKARAHİSAR
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARLARI

Toplantı Tarihi	11.07.2013	Toplantı Numarası	2013/7	Toplantı Saati	11:00
-----------------	------------	-------------------	--------	----------------	-------

KARAR – 103

Yrd. Doç. Dr. Filiz ADANA' nın sorumluluğunda yürütülecek olan "Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Öfke ve İlişkili Faktörler" başlıklı araştırma dosyası incelendi. Araştırma protokolüne uymak, A.K.Ü. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Yönergesinde belirtilen hususlar yerine getirilmek ve sorumluluk araştırmacılara ait olmak üzere, söz konusu araştırmanın yapılmasında etik açıdan **sakinca olmadığına** toplantıya katılan üyelerin **oy birliği** ile karar verildi.

ASLİGİBİDİR
11.07.2013
Yrd. Doç. Dr. Ahmet AHSEN
Raportör