

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**YATALAK HASTALARA BAKIM VEREN KİŞİLERİN
ÖFKE KONTROLÜ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:
Gökçen Sevgi BAYIR

İSTANBUL, 2016

T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**YATALAK HASTALARA BAKIM VEREN KİŞİLERİN
ÖFKE KONTROLÜ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN
İNCELENMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

Gökçen Sevgi BAYIR

Öğrenci No:

130790149

Danışman:

Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR

İSTANBUL, 2016

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘ **Yatalak Hastalara Bakım Veren Kişilerin Öfke Kontrolü Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi** ’ başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım. 06/04/2016

Gökçen Sevgi BAYIR



T.C.
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

27.04/16

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden **130790149** numaralı **Gökçen Sevgi BAYIR**'ın "*Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim Yönetmeliği*"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Yatalak Hastalara Bakım Veren Kişilerin Öfke Kontrolü Ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 19.04.2016 tarih ve 2016/16 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (.....) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği ile Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Samuray ÖZDEMİR
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Neslim Güvender DOKSAT
(Beykent Üniversitesi)

ÜYE

Prof. Dr. İrem Yalug ULUBİL
(Kocaeli Üniversitesi)

Adı ve Soyadı : Gökçen Sevgi BAYIR
Danışmanı : Yrd.Doç.Dr. Samuray ÖZDEMİR
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2016
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler : Depresyon, Öfke Kontrolü, Hasta Bakımı

ÖZ

YATALAK HASTALARA BAKIM VEREN KİŞİLERİN ÖFKE KONTROLÜ VE DEPRESYON DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

Bu çalışmanın amacı, Yatalak hastalara bakım veren kişilerin öfke kontrolü ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin ortaya konulmasıdır. Ek olarak, araştırmada bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve gelir düzeyinin öfke kontrolü ve depresyon üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırmaya İstanbul İlinde Üsküdar ilçesinde bulunan Evde Sağlık Merkezinde psikolojik destek alan yatalak hastasına bakım veren 100 birey alınmıştır. Veri toplama araçları olarak Beck Depresyon Ölçeği ve Öfke Kontrolü Envanteri kullanılmıştır. Aynı zamanda bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından Kişisel Bilgi Formu oluşturulmuştur. Araştırmada sosyo-demografik özelliklere göre bakıldığında; yatalak hastasına bakan kadınların erkeklere oranla öfke kontrolü düzeylerinin daha yüksek olduğu, erkeklerin kadınlara oranla dışa vurulan öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu, çalışan bireylerin çalışmayan bireylere oranla öfke kontrolü düzeylerinin daha yüksek olduğu, çalışmayan bireylerin çalışan bireylere oranla depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Araştırmada yer alan eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk durumu ve eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik özelliklere göre de anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir. Araştırmada grubun sürekli öfke düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında da pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Araştırmanın sonunda yer alan tartışma bölümünde bulgulara dayalı olarak araştırmacılara, alanda çalışan psikolojik danışmanlara ve ailelere yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Name and Surname : Gökçen Sevgi BAYIR
Supervisor : Assist. Prof. Dr. Samuray ÖZDEMİR
Degree and Date : Master, 2016
Major : Clinical Psychology
Key Words : Depression, Anger Management, Patient Care,

ABSTRACT

ANGER MANAGEMENT OF THE BEDRIDDN PATIENTS AND CAREGIVERS AND INVESTIGATION OF DEPRESSION LEVELS

The purpose of this study, the people who care for bedridden patients with anger. It is to demonstrate the relationship between depression levels. In addition, research. The gender of the individual, age, marital status, education level, employment status and income level. It investigated the effect on depression and anger. Research in the Province of Istanbul Home Health Center in the district of Uskudar area of psychological support bedridden patient 100 subjects were caregivers. Data collection tools and the Beck Depression Inventory Anger Management Inventory was used. At the same time individual socio-demographic. Personal Information Form has been created by researchers in order to determine its properties. With regard to socio-demographic characteristics of the study; Overlooking the bedridden patients where women have higher levels of anger than men, men Which is higher than the level of anger hit the outside than women, working individuals. Which is higher than the level of anger-working individuals, working individuals working in higher levels of depression than individuals is the result of the It has been reached. Located in education research, marital status, children's status and education. According to the socio-demographic characteristics such as the level it has not achieved significant results. The research group also positive with levels of trait anger and depression levels. A significant relationship was found.

Based on the findings of research at the end located in the discussion section researchers, counselors offer advice for employees and their families in the area. It was made.

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar LİSTESİ	vi
SİMGELER LİSTESİ	ix
KISALTMALAR	x
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. DEPRESYON	4
1.1.1. Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi.....	4
1.1.2. Depresyonun Belirtileri ve Bulguları	5
1.1.2.1. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar.....	5
1.1.2.2. Konuşma ve İlişki Kurma	5
1.1.2.3. Duygulanım	5
1.1.2.4. Bilişsel Yetiler	6
1.1.2.5. Düşünce Akımı ve İçeriği	6
1.1.2.6. Fizyolojik Belirtiler.....	7
1.1.3. Depresyonun Nedenleri	7
1.1.3.1. Biyolojik Nedenler.....	7
1.1.3.2. Biyo-kimyasal Nedenler	8
1.1.3.3. Psiko-sosyal Nedenler.....	8
1.1.3.3.1. Stresli Yaşam Olayları	8
1.1.3.3.2. Kişilik Yapıları ve Depresyon.....	8
1.1.4. Depresyonun Türleri.....	9
1.1.4.1. Majör Depresyon	9
1.1.4.2. Distimi (Nörotik Depresyon)	10
1.1.4.3. Manik-Depresif (Bipolar) Bozukluk.....	10
1.1.4.4. Atipik Depresyon.....	11
1.1.4.5. Maskeli Depresyon	11
1.1.4.6. Yaş dönümü Depresyonu.....	11

1.1.4.7. Reaktif Depresyon	11
1.1.4.8. Doğum Sonrası Depresyonu	12
1.1.4.9. Çocukluk ve Ergenlik Depresyonu	12
1.1.5. Depresyon ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar	13
1.1.5.1. Psikoanalitik Yaklaşım	13
1.1.5.2. Davranışçı Yaklaşım.....	14
1.1.5.3. Bilişsel Yaklaşım	14
1.1.5.4. Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli.....	14
1.1.5.5. Beck'in Depresyonda Bilişsel Bozukluklar Modeli	15
1.2. ÖFKE VE ÖFKEYİ İFADE ETME TARZI (ÖFKE KONTROLÜ).....	18
1.2.1. Öfkenin Tanımı	18
1.2.1.1. Durumsal Öfke.....	19
1.2.1.2. Sürekli Öfke (Genel öfke).....	19
1.2.1.3. Öfkenin Fiziksel Boyutu	19
1.2.2. Öfke Duygusunun İşlevleri.....	20
1.2.3. Öfke Duygusunun Nedenleri	21
1.2.4. Öfkenin İfade Edilmesi.....	22
1.2.5. Öfkeyi Açıklayan Kuramsal Yaklaşımlar	24
1.2.5.1. Sosyal Öğrenme Kuramı ve Öfke	25
1.2.5.2. Biyolojik Kuramlar ve Öfke	25
1.2.5.3. Davranışçı Yaklaşım ve Öfke	26
1.2.5.4. Psikoanalitik Kuram ve Öfke.....	27
1.2.5.5. Gestalt Yaklaşımı ve Öfke.....	27
1.2.5.6. Varoluşçu Yaklaşım ve Öfke.....	28
1.2.5.7. Seçim Teorisi ve Öfke	28
1.2.5.7. İnsancıl Yaklaşım ve Öfke.....	29

İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli	30
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	30
2.3. Veri Toplama Araçları	31
2.3.1. Kişisel Bilgi Formu	31

2.3.2 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ).....	31
2.3.3. Sürekli Öfke Ölçeği ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ).....	31
2.4. Verilerin Toplanması	33
2.5. Verilerin Analizi.....	33
2.6. Etik Konular	33

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

KAYNAKÇA	68
EKLER	75
Ek-1. Hasta İle Hasta Yakınlarının Tanıtıcı Bilgi Formu	75
Ek-2. Beck Depresyon Ölçeği	79
Ek-3. Durumluk Sürekli Öfke Ölçeği	80

TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 4.1: Araştırmaya Katılan Hasta Yakını Bireyler İle Bu Bireylerin Bakım Verdikleri Hastalarına Ait Değişkenlerin Dağılımı (n=100)	34
Tablo.4.2. Yatalak Bir Hastaya Bakım Veren Bireylerin SÖÖTÖ'den Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı	36
Tablo.4.3. Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği'nden Aldıkları Puanlara Göre Grubun Dağılımı	37
Tablo 4.4. Yaş ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	37
Tablo 4.5. Yaş ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	38
Tablo 4.6: Cinsiyet ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi).....	38
Tablo 4.7: Cinsiyet ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi).....	39
Tablo 4.8: Medeni Durum ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi).....	40
Tablo 4.9: Medeni Durum ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi).....	41
Tablo 4.10: Çocuk Durumu ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi).....	42
Tablo 4.11: Çocuk Durumu ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi).....	43
Tablo 4.12: Eğitim Düzeyi ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi).....	44
Tablo 4.13: Eğitim Düzeyi ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi).....	45
Tablo 4.14: Bir İşte Çalışıp Çalışmama ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi).....	45
Tablo 4.15: Bir İşte Çalışıp Çalışmama ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi).....	46

Tablo 4.16: Gelir Düzeyi ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	47
Tablo 4.17: Gelir Düzeyi ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	48
Tablo 4.18: Bakım verilen Hastanın Akrabalık Derecesi ve Bireyin Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	49
Tablo 4.19: Bakım verilen Hastanın Akrabalık Derecesi ve Bireyin Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	50
Tablo 4.20: Bakım Verilen Bireyle Aynı Evde Yaşayıp Yaşamama Durumu ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi) ...	51
Tablo 4.21: Bakım Verilen Bireyle Aynı Evde Yaşayıp Yaşamama Durumu ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi)	52
Tablo 4.22: Bakım Verilen Bireyin Yaşı ve Bakım Veren Bireyin Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	52
Tablo 4.23: Bakım Verilen Bireyin Yaşı ve Bakım Veren Bireyin Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	53
Tablo 4.24: Bakım Verilen Başka Bir Hasta Olup Olmaması Durumu ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi)	54
Tablo 4.25: Bakım Verilen Başka Bir Hasta Olup Olmaması Durumu ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi)	54
Tablo 4.26: Bakım Verilen Hastanın Tanı Süresi ve Bakım Veren Bireyin Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	55
Tablo 4.27: Bakım Verilen Hastanın Tanı Süresi ve Bakım Veren Bireyin Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	56
Tablo 4.28: Bakım Vermekten Dolayı İşlerde Aksama ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	57
Tablo 4.29: Bakım Vermekten Dolayı İşlerde Aksama ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	58
Tablo 4.30: Diğer Aile Üyelerinden Destek Görüp Görmeme Durumu ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	59

Tablo 4.31: Diğer Aile Üyelerinden Destek Görüp Görmeme Durumu ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	60
Tablo 4.32: Bakım Verilen Yakının Hastalığını Kabullenme Durumu ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	61
Tablo 4.33: Bakım Verilen Yakının Hastalığını Kabullenme Durumu ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)	62
Tablo 4.34: Depresyon Düzeyi ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	62



SİMGELER LİSTESİ

SD: Serbestlik Değeri

N: Denek Sayısı

P: Anlamlılık Düzeyi

R: Korelasyon Değeri

SS: Standart Sapma

X: Ortalama

KISALTMALAR

BDÖ	: Beck Depresyon Ölçeği
KBF	: Kişisel Bilgi Formu
SÖÖTÖ	: Sürekli Öfke Ölçeği ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences

GİRİŞ

Gün içinde insanın karşılaştığı olaylara gösterdiği bir duygu olan öfke, doğal bir tepkidir. Öfke belki de en net biçimde; zorluk, huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik duyguların bir araya gelmiş hali olarak açıklanabilir. Öfke duygusu tanımlardaki ortak noktalara bakıldığında, bireyin planları, istek ve ihtiyaçları engellendiğinde ve haksızlık, adaletsizlik ve benliğine yönelik bir tehdit algılandığında ve beklentileri gerçekleşmediğinde ortaya çıkar. Öfke duygusunun yaşanmasının önüne geçilmesiyle öfkenin engellenmesinin mümkün olmaması öfke ile ilgili bilinmesi gereken en önemli noktadır. Çünkü öfke doğal bir duygu olduğu için insanın doğasında bulunur. Bu sebepten ötürü öfkenin ortaya çıktığında yaşanmıyor olması insanın varoluşuna zara verdiği düşünülebilir (Yıldırım, 2010).

Engellenen bireylerde saldırganlık gibi öfke sorunları ya da içe kapanma gibi depresif belirtiler ortaya çıkabilir. Özellikle sosyal hayattan izole olan ve zamanını kapalı ortamlarda ve stresli işlerde geçiren kişilerde depresyon görülme olasılığı daha fazladır. Depresyon, insanın harekete geçmesini erteletir, bu kişinin morali düşüktür. İnsanların duygu, düşünce, davranış ve genel olarak iyi hissetmesinin engellerinden biri depresyondur (Erim, 2011).

Evde bakıma muhtaç hastalara bakım veren hasta yakınlarının sürekli hasta ile zaman geçirmesi ve onun ihtiyaçlarını karşılamak zorunda kalmaları bu bireylerin normal hayat akışlarını da etkilemektedir. Sosyal ortamlara çıkmayan enerjisini harcamayan ve sürekli bir strese maruz bu bireylerde zaman zaman öfke patlamalarının olması ya da içe kapanma ve hayattan zevk alınmama gibi durumlar yaşanabilir. Bu çalışmamda evde bakıma muhtaç hastalara bakım verenlerin depresyon ve öfke düzeylerini araştırılarak ilgili literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Araştırmanın amacı; yatalak hastalara bakım vermekten dolayı vaktinin çoğunu evde geçiren kişilerin öfke kontrolü ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Bu araştırmada yatan hastalara bakım veren kişilerin yaşadığı zorlukların anlaşılması ve içinde bulundukları ruhsal durumun daha iyi analiz edilmesi için literatüre katkı sunacak olması açısından önemlidir.

PROBLEM

Yatalak hastalara bakım veren kişilerde öfke kontrolü ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

- 1.Yatalak hastalara bakım veren kişilerin öfke kontrolü sorunları var mıdır?
- 2.Yatalak hastalara bakım veren kişilerin depresyon düzeyleri yüksek midir?
- 3.Yatalak hastalara bakım veren kişilerin öfke kontrolü ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

HİPOTEZLER

- 1.Yatalak hastalara bakım veren kişilerin öfke kontrolü sorunları vardır.
2. Yatalak hastalara bakım veren kişilerin depresyon düzeyleri yüksektir.
- 3.Yatalak hastalara bakım veren kişilerin öfke kontrolü ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

SINIRLILIKLAR

1. Bu araştırmadan elde edilen veriler İstanbul ili, Üsküdar ilçesinde yaşayan yatalak hastalara bakım veren 100 hasta yakını bireyden toplanan verilerle sınırlıdır
2. Katılımcıları sosyodemografik özelliklerine ilişkin veriler, Kişisel Bilgi Formu'nda sorulan sorulara verilen yanıtlarla sınırlıdır.
3. Katılımcılardaki depresyon düzeylerine ilişkin veriler, Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmeden elde edilen verilerle özelliklerle sınırlıdır.

4. Katılımcıların öfke kontrolüne ilişkin veriler, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanılarak yapılan değerlendirmeden elde edilen verilerle sınırlıdır.

SAYILTILAR

1. Araştırmanın örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

2. Araştırmaya alınan katılımcıların, Kişisel Bilgi Formu, Beck Depresyon Ölçeği ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği'nde yer alan soruları içtenlikle ve gerçek durumlarını yansıtacak şekilde cevapladıkları varsayılmıştır.

3. Araştırmada kullanılan Sosyodemografik Bilgi Formu'nun katılımcıların sosyodemografik özelliklerini; Beck Depresyon Ölçeği'nin katılımcılardaki depresyon düzeylerini, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği'nin katılımcılardaki öfke kontrolünü ölçtüğü varsayılmıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. DEPRESYON

1.1.1. Depresyonun Tanımı ve Tarihçesi

Chaplin (1985) normal bir insandaki geleceğe karamsar bakmakla, sınırlı eylem ve kendini küçük görmekle beliren depresyonun psikolojik bir çöküntü olduğunu belirtmiştir. Patolojik boyutuysa depresyon belirtilerine sanrıların eşlik etmesidir. Psikolojik bir rahatsızlık olan depresyon, insanın başına gelen olaylar sebebiyle geleceğine olumsuz bakmasıyla oluşur ve yaşam kalitesini değiştirir (Köknel, 2005).

Beck (1969)'e göre depresyon, duygu durumunda alçalma ve normal duygu-durumdaki sapma olarak iki farklı şekilde ele alınabilir. Buradaki alçalma duygusal bir çöküş anlamındadır. Depresyonun Latince kökeni, bitkin, kederli, donuklaştırmak, durgunlaştırmak anlamındaki 'depressus' dur. Bu kelime Türkçe; çöküntü ve çökkünlük anlamlarına gelmektedir (Köknel, 2005).

Fizyolojik bozuklukların olduğu depresyon, nedenleri biyo-psiko-sosyal özellikleri olan bir duygu durum bozukluğudur. Duygu ve düşüncelerinin üzüntülü, bunalıtlı duygu durumu ile birlikte görülmesine depresyon denir (Öztürk, 2004). Depresyon; bedensel, toplumsal, ruhsal belirti ve yakınmaların duygusal acıyla paralel olarak arttığı bir duygu durumudur (Köknel, 2005).

Depresyonu Milattan önce IV. yüzyılda paranoya, mani ve epilepsi ile birlikte görülen zihinsel bir hastalık olarak tanımlayan Hipokrat buna 'melancholia' demiştir. Eski Yunan tarihinde vücut sıvısındaki siyah birikimlerin sonucu olduğu düşünülen biyokimyasal anormalliklerin depresyona neden olduğu düşünülmüş depresyon anormal beyin kimyası ve kan kimyası gibi araştırmalara konu olmuş ve depresyonun, psikolojik ve işlevsel bozukluklardan kaynaklandığına inanılmıştır. Depresyon ve mani kavramları 19. yüzyılda Pinel'den başlayarak bugünküne benzer şekilde formüle edilmiştir. 19. yüzyılda depresyon terimini hastalık tanımlamada kullanan ilk kişi Delasiave'dir (Georgotas, 1988; Köknel, 2005).

1.1.2. Depresyonun Belirtileri ve Bulguları

1.1.2.1. Genel Görünüm ve Dışa Vuran Davranışlar

Depresif hastaların çoğunun yüzlerindeki çizgiler belirgin, omuzları çökmüş ve yüzlerinde üzüntülü bir ifade vardır. Hareketler, dışavuran davranışlarda yavaşlama ve durgunluk ruhsal süreçlerde yavaşlamaya bağlı olarak oluşmaktadır. Konuşmak, iş yapmak, yürümek gibi faaliyetler zar zor gerçekleşmektedir. Genellikle sıkıntılı bir halde ve tedirginlerdir (Öztürk, 1994; Geçtan, 2006).

1.1.2.2. Konuşma ve İlişki Kurma

Konuşma alçak sesli ve yavaşlamıştır. Hasta soruları yanıtlamaya istekli değildir. Hiç konuşmama (mutizm) ağır depresyonlarda görülebilir. Psiko-motor yavaşlama görülebilir, bundan dolayı; konuşmaları ağırlaşır, yanıt vermeden evvel çok duraksarlar, ses tonları yumuşak ve standart olur, konuşma içerikleri yoksullaşır veya konuşamazlar (Geçtan, 2006).

1.1.2.3. Duygulanım

Üzüntünün, acı duymanın, keyifsizliğin daha belirgin hale geldiği çökkün duygu durum belirgindir. Ağlama nöbetleri, tedirginlik, anksiyete, yerinde duramama, ve öfke bu hastalarda görülebilecek belli başlı duygusal belirtilerdir (Küllü, 2008). Depresyon hastaları diğer anlara kıyasla özellikle öğle sonrasında akşama doğru olan zaman aralığında daha huzurlu hissederler (Tan, 2008).

Kederlilik hali, hissedilen acıya paralel olarak artmış olan duygulanımdır. Bu kederlilik hali zihinsel işlevlerde zayıflamaya ve kişiyi yaşamdan zevk almaktan alıkoyar. Geleceğe yönelik olumsuz beklenti ve çıkarımlara, hastaların içinde bulundukları dönemdeki karamsarlıkları neden olur. Hastalar bedensel, ruhsal ve toplumsal tüm sorunların gelecekte de daha kötüye giderek devam edeceğini düşünürler. Gelecek hakkındaki olumsuz beklentilerinden dolayı intihar düşünceleri, eğilimleri ve girişimleri oluşur. Depresyondaki hasta temel olarak, yaşadıklarının ileride de sürekli devam edeceğini veya içinde bulunduğu durumun aynı kalacağını düşünür (Köknel, 2005; Geçtan, 2006).

1.1.2.4. Bilişsel Yetiler

Ağır depresif tablolarda arada bulanık olsa dahi hastanın bilinci genel olarak açıktır. Algısında bozulma genelde görülmez. Suçlayıcı ve aşağılayıcı işitsel varsanılar olduğunu iddia eden hastalarla çok seyrek de olsa karşılaşılabilir. Gerçek manada bir hafıza bozukluğu oluşmaz. Dikkatlerini bir noktaya odaklamada zorlanabilirler. Dikkatlerinde oluşan azalmaya ve yaşadıkları üzüntüye bağlı olarak gün içinde yapılması gereken işlerin aksamasına neden olan unutkanlık oluşur. Yer, zaman ve kişi yönelimi tamdır. Sıradan ve basit kararları vermenin dahi kendilerini zorladığını söyleyen hastalar, sıklıkla karar vermede güçlük yaşadıklarını ifade eder. Depresyondaki bir hastanın hafızasında genellikle azalma veya eksik şekilde hatırlama ya da hafızalarını kaybetme görülür. Depresyondaki bir kişinin hatalı olan demans tanısını almasının nedeni unutkanlıklarının çok ileri boyutlara ulaşmasıdır. Doğru, gerçekçi ve mantıklı karar vermeleri zorlaşır, kararsızlıktan yakınma sıkça görülür. (Öztürk, 1994; Köroğlu, 2004; Görgü, 2005; Köknel, 2005; Tan, 2008).

1.1.2.5. Düşünce Akımı ve İçeriği

Depresyondaki bireyin düşünce içeriğinin belli oranlarda bozulması sonucunda düşüncelerinde sapmalar veya hezeyanlar meydana gelebilir (Köknel, 2005). Kovuşturulma hezeyanları, somatik hezeyanlar, yok olacağına dair nihilistik hezeyanlar, fakir düşmüş olma hezeyanları da meydana gelebilir (Geçtan, 2006).

Geçmişteki pişmanlıkların, acı veren anıların, korkuların, çaresizliğin, umutsuzluğun hâkim olduğu düşünce iyice yavaşlamıştır. Hastaların bazılarının özsaygılarında azalma meydana gelebilir. Değersizliğini kanıtlayacak ipuçları arayan hastalar bunun için en önemsiz hatalarını bile abartır. Önceden olmuş ya da şu anda olan olaylarla ilgili abartılı bir suçluluk duygusu oluşur ve tüm bunlar için kendini sorumlu görmeye eğilimlidir. Cezalandırılma beklentilerine ve intihar girişimlerine, bu kendini suçlama ve değersizlik içeren düşünceler neden olabilir (Öztürk, 1994; Köroğlu, 2004; Geçtan, 2006).

1.1.2.6. Fizyolojik Belirtiler

İştahta azalma ve kilo kaybı çökkün duygu duruma bağlı olarak sıklıkla görülür. Aşırı yeme ve kilo alma seyrek de olsa görülür. Enerji azlığı, halsizlik ve çabuk yorulma, cinsel ilgi ve istekte azalma, cinsel eylemden keyif almama görülebilir. Hastalarda evrensel olarak görülen bir belirti olarak hem kadınlarda hem erkeklerde cinsel işlev problemleri ortaya çıkar (Köroğlu, 2004; Tan, 2008).

Kalp atışında düzensizlik, nefes alıp vermede güçlük, yutkunma güçlüğü, vücutta yanma, huzursuzluk, gerginlik, sıkıntı gibi fiziksel belirtiler hastanın yaşadığı duygusal belirtilerin bedensel göstergeleri olarak ortaya çıkar (Tan, 2008).

Depresyon hastalarında, çarpıtılmış beden imgesi durumu sık görülür. Kadınlarda bedenleri kendilerini şekilsiz, çirkin, kilolu veya zayıf, hastalıklı olduğunu düşünüp bu duruma inanma hali daha fazladır (Köknel, 2005).

1.1.3. Depresyonun Nedenleri

Depresyonun birçok nedeni olduğu düşünülmektedir. Depresyona öncül eğilimi artıran etkenler olarak cinsiyet, yaşam olayları, ailedeki işlev bozuklukları, ebeveyn bakımının yetersiz oluşu, bağımlı ve obsesif olma, güvensiz olan bağlanma stili, kronik şekildeki psikiyatrik veya bedensel rahatsızlıklar sayılabilir (Ünal ve ark. 2002).

1.1.3.1. Biyolojik Nedenler

Duygu durumlarında bozukluk olan kişilerin birinci dereceden akrabalarının da hastalanma olasılıklarının yüksek olduğuna genetik araştırmalarla ulaşılmıştır (Öztürk, 2004). Ancak bu durum aile bireylerinde depresyon öyküsü bulunan herkesin depresyon geçireceği anlamına gelmez. Bununla beraber bir kişide depresyonun ortaya çıkma olasılığı ailede depresyon öyküsünün bulunması durumunda artmaktadır (Köroğlu, 2004).

Depresyona zemin hazırlayan nedenler arasında kişinin depresif olan ebeveynlerle yaşaması ya da onlardan birisinin depresyonda bulunmasından dolayı

gerekli olan besini (maddi-manevi) alamaması sayılabilir. Bunun yanı sıra, evlatlık edinilmiş fakat biyolojik anne veya babasında depresyon geçmişı bulunan çocuklarda depresyon oluşması riski yüksektir. Genetik bağın etkisi ikizler üzerinde yapılan çalışmalarda net bir şekilde gözlenmektedir. İkizlerden biri depresyondayken diğlerinin de depresyonda olma ihtimalinin eş yumurta ikizleri farklı ailelere evlatlık verildiğinde dahi yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum çift yumurta ikizlerinde yoktur (Ünal ve ark., 2002).

1.1.3.2. Biyo-kimyasal Nedenler

Nöroadrenalin ve serotonin eksikliği, depresyonun biyolojik nedenleriyle ilgili olarak üzerinde en çok durulan nedendir. Nörotransmitterlerin birbirleriyle olan dengeleriyle ilgili sorunlar da suçlanmaktadır (Alper, 1999)

1.1.3.3. Psiko-sosyal Nedenler

1.1.3.3.1. Stresli Yaşam Olayları

İnsanlığın ortak duyguları acı, elem ve kederdir. Depresyondaki kişi sosyal ve kültürel olaylardan önemli derecede etkilenir. Depresyonun meydana gelmesi riskini olumsuz sosyal veya ekonomik koşulların arttırdığı görülmüştür (Cimilli, 2001). Depresyon gelişebileceğinin öngörülmesini sağlayan en önemli yaşam olayı kişinin 11 yaşından önce ebeveynlerinden birini veya ikisini kaybetmesidir. Depresyona neden olabilecek etkenlerden olan çevresel stres kaynağı ise bir kişinin eşini ya da çocuğunu kaybetmesidir (Güleç ve Köroğlu, 1997). Bu durumdaki bütün insanlarda bir bozukluk başlamaz çünkü yaşam olaylarının çoğu özgül değildir. Bu etkenler rahatsızlığın başlamasında biyolojik ve ruhsal yatkınlık olduğunda önemli etken olurlar (Öztürk, 2004).

1.1.3.3.2. Kişilik Yapıları ve Depresyon

Ruhsal bozukluklara karşı eğilimlerinde bireylerin kişilik yapıları etkili olabilmektedir. Bununla birlikte farklı kişilik yapılarındaki herkes depresyona girebilir (Özmen ve ark., 1997).

Depresyon geçirmeye yatkın kişiler genelde diğer insanları incitmekten ve üzmetten kaçınan, iyilik yapmaya eğilimli ve aşırı duyarlı olan, sorumluluk almaktan kaçınmayan, yakınlarına aşırı bağlı ve bağımlı olan, mükemmeli arayan, öfkelerini dışa vurmayan, meraklı olan, histriyonik kişilik özelliklerine sahip ve içedönük kimselerdir (Doğan, 2000; Öztürk, 2004).

1.1.4. Depresyonun Türleri

Depresyon birçok klinik hastalığı tek başlıkta toplayan, kişinin ruhsal, fizyolojik ve sosyal halinde değişikliklere neden olan genel bir terimdir. Depresyonunda diğer rahatsızlıklardaki gibi pek çok çeşidi bulunur (Köroğlu, 2004).

1.1.4.1. Majör Depresyon

En sık görülen depresyon türü majör depresyondur. Görülme ihtimali alt tabaka sosyo-ekonomik topluluklarda ve aile bireylerinde depresyon geçmişi olan kişilerde daha fazladır. Depresyonu ortaya çıkarabilecek bir organik etkenin bulunması durumunda majör depresyon tanısı konulamaz (Işık, 1991; Köroğlu, 2004).

Majör depresyonda olan bireylerde Köroğlu (2004)'e göre her gün olmasa bile, düzenli olarak aşağıdaki belirti ve bulgulardan en az dördü görülür.

- Kilo durumlarında gözle görülür bir değişim
- Uyku sorunlarının oluşması
- Hareketlerde meydana gelen huzursuzluk hali ve yavaşlama
- Yorgun ve bitkin halin yanı sıra içsel güçte de azalma olması
- Benlik saygısında oluşan azalma
- Kişinin kendisini değersiz veya suçlu hissetmesi
- Çaresiz veya umudunun olmadığını düşünmesi

- Düşünmesinde oluşan bozulmalar veya düşüncelerini odaklamada güçlük
- Cinsellikte isteksizlik
- Ölüm ve intihar düşüncelerinin kendini tekrar etmesi

Hafif derecede, orta derecede ve şiddetli olan depresyonun düzeyleri yukarıdaki belirtilerin miktarına ve yoğunluğuna göre belirlenir. Kişinin melankoli bir halde bulunmasına rağmen günlük aktivitelerini yerine getirmesi hafif depresyonun özelliğidir. Çoğunlukla işlerin aksaması ve yeni bir şeyler yapma konusunda aşırı isteksizliğin olması orta dereceli depresyondadır. Günlük aktivitelerini yapmaması ve çevresiyle iletişimini koparması kişinin ağır dereceli depresyonda bulunmasının sonucudur. Kişinin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması ve halüsinasyonlarla beraber değişik psikotik belirtiler göstermesi ise, şiddetli majör depresyonun psikotik özellikli formuna eder (Köroğlu, 2004).

1.1.4.2. Distimi (Nörotik Depresyon)

Ağır olmayan, en az iki yıldır devamlılık gösteren depresyon belirtileri içerir. Kişi genelde depresyon belirtilerini yaşasa da bazen bir iki günlük iyilik dönemleri de yaşayabilir. İç sıkıntısının sürekli olduğu ve melankolik ruh halinin görüldüğü, uzun süreli devam eden hafif bir depresyondur (Işık, 1991).

1.1.4.3. Manik-Depresif (Bipolar) Bozukluk

Manik-depresif bozukluk, iki uçlu bozukluk, bipolar bozukluk veya manik depresyon da denen bu hastalık, uçlarda yaşanan duygularla kendini belli eder. Depresyondan farklı olarak manik evredeki hastaların içsel güçlerinde aşırı ve durduramayacağını düşündüğü bir artış olur. Görülen belirtiler arasında özgüvende gerçek dışı bir yükselme, konuşmalarında ve ses tonlarında artış, düşüncelerde kopukluklar, risk alınacak davranışlarda bulunma, cinsellikte artış sayılabilir (Köroğlu, 2004; Öztürk, 2004).

1.1.4.4. Atipik Depresyon

Diğer depresyon belirtilerinden farklı olarak yaşanan ortama uygun şekilde duygulanımda dalgalanmalar olabilir, neşelenme görülebilir ve kişinin duygulanımı sürekli çökkün olmayabilir. İştah artışı ve kilo alımı gibi durumlar oluşabilir. Bedensel aktiviteler eskiye nazaran artabilir. Ciddi kişilik bozuklukları bulunan atipik depresyondaki kişilerin yatkın olduğu davranışlar arasında; dürtüsel davranmak, yakınmaları somatize etmek, histrionik davranışlarda bulunmak sayılabilir. Bu hastalarda madde kullanımı ve kumara başlama, aileden ve işinden uzaklaşma, cinsel açıdan açıklanamaz bir uyumsuzluk, yeme bozuklukları gibi pek çok depresyon sebebinin yerine fobik, obsesif, hipokondriak uğraşlar ya da konversiyon belirtilerinin ortaya çıktığı kabul edilir (Işık, 1991; Öztürk, 2004).

1.1.4.5. Maskeli Depresyon

Endojen tabiatı bulunan bu depresyon modelinde somatik yakınmalar, vejetatif olan bozukluklar, kişilik bozuklukları, cinsellik ya da beslenme bozuklukları veya alkolizm, toksikomani şeklindeki problemler ön plandadır. Bu hastalar depresyonun bilincinde olmazlar. Kendilerini savunmak amacıyla gülümserler. Hastalarda klasik depresyon belirtileri genellikle bulunmaz (Işık, 1991; Aşkın, 2000).

1.1.4.6. Yaş dönümü Depresyonu

Bu depresyonun ortaya çıkma nedenleri arasında yaşlılığın sebep olduğu psikososyal sorunlar, bedensel rahatsızlıkların artması, ilaç kullanımında artış ve nörokimyasal değişiklikler sayılabilir. Kadınlarda daha sık olmak üzere 40-50, erkeklerde 50-60 yaşları arasında görülür. Klinik görünüme bunaltıların ağırlığı ve sabahları oluşu, uykudaki bozulmalar hâkimdir. Kişiye yaşlılığının neden olduğu sorunlar ve fiziksel rahatsızlıkları nedeniyle tanı koymak zorlaşır (Eker, 1998).

1.1.4.7. Reaktif Depresyon

Ortaya çıkması yaşam olaylarına bağlıdır. Suçluluk, günahkârlık düşünceleri ve hezeyanlar bu depresyon çeşidinde bulunmaz. Sıklıkla geç ve güç uykuya dalma biçiminde olan uyku bozuklukları görülür. Yeme alışkanlıklarında değişme pek

yoktur. Gün boyunca artan, geceleri doruğa çıkan kaygı ve korkular vardır. Reaktif depresyon her ne kadar uzun sürerse sürsün genellikle sonunda iyileşme görülür (Köknel, 2005).

1.1.4.8. Doğum Sonrası Depresyonu

Bir çeşit biyolojik rahatsızlık olan doğum sonrası depresyona doğumu takiben beyin kimyasında oluşabilen değişiklikler neden olur. Doğum sonrası annelerde görülen bu depresif belirtiler üç türdür. Birincisi, doğumun ardından 3–5 gün içinde anksiyetenin başlamasıyla oluşan, geçici ağlama nöbetlerinin olduğu ve olumlu yanıtların alınabildiği türüdür. İkincisi doğumun ardından 20–25 günde içerisinde meydana gelen klasik depresif belirtilerin elem, çaresizlik gibi özelliklerini bünyesinde barındıran türüdür. Üçüncüsü, doğumun ardından üç ay içerisinde oluşan ve klasik depresyon bulgularına bulunan türüdür (Işık, 1991).

1.1.4.9. Çocukluk ve Ergenlik Depresyonu

Depresyona bebeklerde az rastlanılır. Depresyonda olan bebekler uyuşuk, mızımız ve tepkisizdirler, annelerine karşı ilgisizdirler, ona bakmazlar, gülümsemezler ve kendi içlerine dönük olurlar, yüzlerini başka insanlara göstermek istemezler. Yemek yemeyi ve uyumayı gerekli ölçülerde yapmazlar, emekleme ve oturmada yavaş hareket ederler, büyümeleri yaşlarının gerektirdiği oranda olmaz. Gelişim görevlerini yerine getirmede normal bebeklerden geri kalırlar. Çocuklar okul öncesi dönem ve çocukluk döneminde depresyonlarını davranışları aracılığıyla gösterirler (Köroğlu, 2004).

Çocukların depresyonlarını belirlemek zordur. Çocukluğun ilk döneminde genellikle davranış temelinde dışlaştırılan semptomatoloji oldukça değişkendir. İçeride kapanma ve sessizliğin yanı sıra aşırı hırçın ve hareketli olma, kendisine ve çevresine zarar verme ya da kompulsif mastürbasyon görülebilir. Bu yaş grubunda da uyku ve yeme bozukluğu gibi somatik belirtiler vardır (Kayaalp, 1999).

Çocuk ve ergenlerde depresyonun oluşma olasılığını artıran faktörler arasında depresyon geçmişi olan bir ebeveynin olması, bir konuda sömürülmüş olma,

ebeveynlerinin veya sevdiği bir kimsenin ölümü, ayrılma, davranışlarında veya öğrenmede bozukluğun bulunması sayılabilir (Köroğlu, 2004). Bu grupta depresyon tanısı koymanın zor olmasında çocuklukta ve ergenlikte olan büyümenin doğal sonucunun veya hormonlarla ilgili değişikliklerin etkisi vardır. Depresyon durumu ergenlik döneminin olağan tepkileri ile karıştırılabilir (Köroğlu, 2004).

1.1.5. Depresyon ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

1.1.5.1. Psikoanalitik Yaklaşım

Psikoanalitik yaklaşıma göre, sevgi nesnesini kaybetmek kişide yas tutmaya yol açar. Bu sırada kişide derin bir üzüntü, ağlama, uyku bozukluğu, sıkıntı gibi haller görülür. Yitim duygusu hastanın sevdiği kişi tarafından terkedilmiş olması sonucunda ortaya çıkar. Öz-saygı (self-esteem) yitimi bu duygunun eşliğinde “sevdiğimi yitirdim, artık sevilmiyorum, ben artık kötüyüm” duygusuna bağlı olarak görülür (Öztürk, 2004).

Freud’un yazdığı ‘Yas ve Melankoli’ adlı esere göre depresif kişilerin özelliklerini şunlardır (Köknel, 2005):

1. Üst benlik kişiyi cezalandırır.
2. İlişkilerde ikili olan duygular egemendir.
3. Kısıtlamalar ve hayal kırıklıkları vardır.
4. Birey kendisini değerlendirmede aşırıya kaçır.
5. Düşmanlık ya da öfke hali süreklilik gösterir.
6. Üst benliğin katı olması nedeniyle kişi kin ve nefreti kendisine yöneltir.
7. Ağız döneminden kaynaklı yakınmalar ya da saplantılar bulunur.
8. Benlikleri özsever doyum yolları arayışındadır.
9. Kişide suçluluk hissi veya cezalandırma duygusu vardır.

1.1.5.2. Davranışçı Yaklaşım

Depresyon konusunda davranışçı bir analizde bulunan Skinner'a (1957) göre, depresyon kişinin çevresinde olan bireylerin olumlu diye pekiştirdiği davranışlarını durdurulmasıyla birlikte kişinin davranışlarında meydana gelen bir zayıflamadır. Ferster'a (1966) göre, bir anda olan çevre değişiklikleri, cezalandırılma, denetlenme depresyonun nedenlerindendir. Depresyonun mekanizmasını pekiştirme ile açıklayan Lewinsohn'a (1982) göre depresyona, düşük oranda olan olumlu pekiştirme, yetersiz pekiştireçler, ve cezalandırıcı yaşantıların yüksek olması nedendir. Lewinsohn (1982) pekiştireçlerin olumlu olmasını, cinsel hayatın olumlu olmasına, toplumsal etkileşimlerin ödüllendirici haline, eğlendirici aktivitelere bağlarken; cezalandırıcı pekiştireçleri ise evlilik hayatında olan uyuşmazlıklara, işyerinde yaşanan sorunlara ve başka insanlardan olumsuz nitelikte tepkiler almaya bağlar (Şireli, 2012).

1.1.5.3. Bilişsel Yaklaşım

Bireyler başa çıkma becerilerinde büyük farklılıklar sergilemektedirler. Bilginin ne şekilde elde edildiğine, ne yollarla içsel manada temsil edilip bilgi ile ne tarzda bütünleştiğine, bireyin duygu ve davranışını ne çeşit bilginin etkilediğine açıklık getirmek bilişsel psikolojinin ana görevidir (Kalafat, 1996). Seligman'ın Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli ve Beck'in Depresyonda Bilişsel Bozukluklar Modeli (Beck, 1972) depresyonun oluşumu ve tedavisi konusundaki bilişsel yaklaşımların içinde günümüzde en çok kabul gören modellerdir (Güleç, 1993).

1.1.5.4. Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli

Sosyal, klinik ve öğrenme psikolojisinin alanlarında yapılan kuramsal gelişme ve incelemelerden, Seligman ve arkadaşlarının formüle ettikleri bu modelin etkilendiği belirtilmektedir. Laboratuarda kaçınılması mümkün olmayan elektrik şokuna maruz bırakılan köpekler tarafından sergilenen zayıflamış kaçma-kaçınma tepkisini açıklamak için “Öğrenilmiş çaresizlik” kavramı ortaya atılmıştır. Depresif davranışlar olarak ele alınan ve hayvanlarla yapılan deneylerde gözlenen bu tepkiler, araştırmacıların daha sonra insanlarla yaptıkları deneylerde de gözlenmiştir (Güleç, 1993). Zaman açısından yapılan nedensel olan yüklemenin değişiklikler gösterdiğini

söyleyen Abramson, Seligman ve Teasdale (1978), bireysel ya da benzer durumu yaşamış kişilerin farklı nedensel açıklamalarda bulunabileceğini belirtmişlerdir. Kişi sonucunun kontrolü dışında olan bir durumla karşılaştığında bununla ilgili bir açıklamada bulunur. Bireyin geleceğine dair davranış-sonuç ilişkisini belirtmektedir. Birey böylelikle çaresizlik belirtilerini geleceğine göre kronik ya da geçici olarak ve hayatının pek çok kısmında bulunan ya da karşı karşıya olduğu soruna özel yaşamaktadır (Güleç, 1993).

Öğrenilmiş Çaresizlik Modeli'nin depresyon modeli olarak nitelendirilmesinin nedeni, davranışların neticelerinin kontrol altında olmaması sebebiyle meydana gelen bu çökkünlük halini açıklamasıdır. Çaresizlik ile depresyonun arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar çaresiz davranışlarda bulunan kişilerin depresyon seviyesinin de bunla orantılı olarak yüksek olduğunu araştırma bulgularıyla da desteklemiştir. İnsanlardaki depresyonu açıklamak için bazı araştırmalarda, öğrenilmiş çaresizlik hipotezi kullanılmıştır (Güleç, 1993).

1.1.5.5. Beck'in Depresyonda Bilişsel Bozukluklar Modeli

Depresyon ve duygulanımdaki bozukluklarının temel nedeninin biliş (kognisyon) olarak ele alındığı “Depresyonda Bilişsel Bozukluklar Modeli” Beck (1972) tarafından geliştirilmiştir. Biliş, hem düşünce süreçlerine hem de düşüncenin içeriğine işaret etmekte; kişinin içsel duygu, dürtü ve düşünceleri ile birlikte dış dünyayı tanınması, belirli bir durumda sözel ve imgesel olarak düşünmesi, süreç ve algılama yolları, hatırlama, bellek içerikleri ve mekanizmaları, problem çözme becerileri ve yöntemlerinin bilme işlevi, bilme ürünlerini olduğu kadar bilme süreçlerini de kapsayan geniş bir kavram olarak tanımlanır. Bilişlerin duygusal yaşantılarımızın da belirleyicileri olduğu, beynin en önemli bütünleyici ve uyum sağlayıcı işlevlerinden birisi olduğu öne sürülmüştür (Beck, 1972; Güleç, 1993).

Depresyonun psikolojik alt yapısında bulunan bilişsel yapılar Beck'e (1972) göre üçe ayrılır. Bunlar (Güleç, 1993):

A. Bilişsel Üçlü (Cognitive Triad):

1. Kişinin kendine ilişkin olumsuz düşünceleri: Kişinin özellikleri arasında kendisini kusurlu, çaresiz ve değersiz olarak görmesi vardır. Kişinin kendilik değeri ve kendine güveni (self-esteem) bireyin olumsuz yaşantılarını bedensel, ruhsal kusurlarına bağlama eğiliminde olması ve kendini eleştirmeye eğilimli olmasından dolayı düşüktür (Güleç, 1993).

2. Kişinin çevresi ve genel olarak yaşamına ilişkin olumsuz düşünceleri: İnsanların kendisinden beklentilerinin fazla olduğunu düşünen depresif kişi, yaşamın amaçlarına ulaşacağı yola aşılabilir engeller koyduğunu ve zedeleyici olaylarla dolu olduğunu düşünür (Güleç, 1993).

3. Kişinin geleceğine ilişkin olumsuz düşünceleri: Depresif olan birey o an yaşadığı zorlukların ve çektiği sıkıntıların geleceğine baktığında ileride de süreceğini düşünür (Güleç, 1993).

Genellikle kişi stresli durumlarla karşılaştığında sözü edilen bilişsel öğelerin ortaya çıkması gözlenebilmektedir. Kişinin algıladığı ve değerlendirdiği içerik, aslında, durumun ya da uyarıcı bütününe gerçekten ima ettiği içerik olmamakta, kişi uygun ve beklenebilecek tepkiyi göstermemekte, kişinin kendinde fark ettiği eksiklikler aslında kendi yanlış değerlendirmelerinden kaynaklanmakta ve bu değerlendirmelerin çoğunlukla gerçekle bir ilgisi olmadığı görülmektedir (Güleç, 1993).

B. Bilişsel Şemalar (Cognitive Schemata):

Şema kavramı, bilişleri oluşturan zihinsel etkinlikler örüntüsünün bireyin önceden yaşadıklarının ve öğrendiklerinin neticesinde belirlenen, bireyin karşısına çıkan uyarıcıları ayıklayıp, ayırt ederek kodlaması şeklinde biçimlendirmesidir (Güleç, 1993). Şemalar, bireyin yaşamında olumlu öğeler olmasına rağmen, acı verici tutumları korumasına yol açmaktadır, depresif kişinin düşüncesindeki sistematik hatalara neden olmasına böylece gerçeğin çarpıtılmasına neden olur. Depresyonda yanlış oluşturulmuş şemalar bu nedenle önemlidir (Beck, 1972).

Bilişsel şemaların özellikleri Beck (1972)'e göre şunlardır:

- 1- Bir akıl yürütme modeli oluşmadan otomatik olarak meydana gelirler.
- 2- İstemsiz niteliklidirler.
- 3- Kişiyi mantıklı ve makul şeyler olarak görünenler arasında çarpık ya da bozuk inançlar ve düşünceler vardır.
- 4- Devamlı, ısrarcı, kalıcı niteliktedirler.

C. Bilişsel Hatalar:

Sistemik mantık hataları Beck'in kuramındaki bilişsel yapılardan olan ilk bilişsel hatalardır. Bunlar:

- 1- Keyfi Çıkarılma: Belirli bir ipucu, somut bir kanıt olmaksızın bir olay, durum ve yaşantıda, kişinin, belli, kesin kanıya varmasıdır.
2. Seçici Soyutlama: Bir bütün içerisindeki yaşantıyı, olayı önemsiz olan bir ayrıntıya dikkat edip değerlendirmedir.
3. Aşırı Genelleme: Kişinin bir nedenden veya olaydan yola çıkarak kendisini yetersiz ve değersiz görmesidir.
4. Abartma ya da Küçümseme: Travmatik boyutlarda önemsiz olan bir başarısızlığı büyütüp algılamadır. Kişi olumlu olan durumları da olumsuz şekilde değerlendirir.
5. Kişileştirme: Herhangi ilişki olmadığı halde kişinin kendi dışındaki olayları yine de kendine bağlama eğiliminde olmasıdır.
6. Mutlakıyetçi İkili Düşünme: İki zıt kategoriden birine bütün yaşantıları yerleştirme eğilimidir. Örneğin; kusursuz-kusurlu, temiz-pis, iyi-kötü, vb. Kendini tanımlarken depresif kişinin olumsuz kategorileri seçtiği belirtilmektedir (Beck ve ark., 1984; Güleç, 1993).

Kişinin düşünce sürecine olan müdahale ve etkilerinin nedeni depresyonun temelinde olumsuz bilişsel sabitlik (negative cognitive set), belirli bilişsel alışkanlıklar ya da çarpık bilişsel şemaların bulunmasıdır. Bu sorunun, kişinin kendi benliğine, yaşamına ve geleceğe ilişkin olumsuz bakış açısından, Beck'in "bilişsel üçlü" adını verdiği bu durumdan kaynaklandığı iddia edilmektedir. Bireyin bu olayları doğru değerlendirmesini engelleyen bilişsel şemaların depresif duygulanımların, depresif bilişleri izlediği ve depresyonun çeşitli yaşam olaylarına ve uyarıcılara bağlı olarak ortaya çıkması aşamasında ortaya çıktığı, kişilerin bu durumun sonucunda tepkisinin oluştuğu ve çoğunlukla bu tepkilerin bireyin kendisini suçlayıcı, aşağılayıcı ve umutsuzluk içeren tutum ve davranışları içerdiği vurgulanmaktadır (Güleç, 1993).

1.2. ÖFKE VE ÖFKEYİ İFADE ETME TARZI (ÖFKE KONTROLÜ)

1.2.1. Öfkenin Tanımı

Duyguları kavramsal olarak tanımlarken karşılaşılan zorluklara rağmen duyguları kavramsal bir şekilde tanımlamada bilimsel olarak açıklamaya ihtiyaç vardır. Tanımlanabilir dönemleriyle bir süreç olan duygunun genel anlamına bakıldığında insanlarla alakalı özel yaşanmışlıkları ve insan için önemli görülen olaylara ilişkin olarak insanların neler yapabileceğini ve bu bağlamın değerlendirmesini içeriyor olan kavramdır. Bireyin harekete hazır olmasına, önceliklerini belirlemesine ve planların yapılmasına duygu liderlik eder. İnsanların beş temel duygusu ;mutluluk, üzüntü, korku, nefret ve öfkedir. Öfke; insanın isteklerinin, ihtiyaçlarının gerçekleşmemesi ve engellenmesi durumunda oluşan bir duygudur. Günlük hayatımızda öfke en çok; tehdit ve tahrik edilme ve kişinin benlik saygısına yapılan haksızlıklarda ortaya çıkmaktadır. Öfke, her kültürde farklı şekillerde yaşansa dahi evrensel bir duygu olarak kabul edilir (Kısaç, 1999; Bıyık, 2004).

Özelliklerinden hareketle tanımlanan öfkenin bu özellikleri şunlardır:

1. Planlı bir davranış olmayan öfke içsel bir yaşantı ve bir duygu durumunu kendiliğinden göstermektedir.

2. Öfke duygusu evrenseldir.

3. Belirli olan bir saldırı, engellenme ya da eleştiri sonucu ortaya çıkan öfke tepkileri kişiyi daha fazla saldırı ve eleştiriye hazır hale sokar.

4. İnsandan insana ve toplumdan topluma, öfkenin ifade ediliş şekli farklılık gösterir.

1.2.1.1. Durumsal Öfke

Hedefe yönelik davranışın engellenmesi ya da haksızlıklara maruz kaldığında ne çeşit şiddetle gerginlik, kızgınlık, sinirliliğe benzer sübjektif hissedişlerin yaşanıyor olduğunu yansıtan duygu durumu, durumsal öfkedir (Özer, 1994).

1.2.1.2. Sürekli Öfke (Genel öfke)

Öfkelenmeye yatkın olma hali olarak ifade edilir. Engellenmeyle karşı karşıya kalan bir bireyde sürekli öfke düzeyi yüksek olduğundan öfke çok çabuk ve kolayca meydana gelir. Çoğu zaman öfke durumu bireyde aniden oluşur. Bireylerin sürekli öfke düzeyleri yüksekse kendilerini öfkelenmekten alıkoymaları zorlaştığından hemen öfkelenirler (Soykan, 2003). Genel olarak bu bireyler öfkelerini ifade ederken işe yarıyor olan, yeni ve farklı tepkilerin var olduğunu reddederler. Kendilerinin verdikleri tepkilerin doğru olduğuna dair ısrar edip ve farklı tepkilerin daha çok işlevsel olarak var olduğunu reddedip bu farklı tepkileri ortaya koyma konusunda sorunlar yaşarlar (Özmen, 2004).

1.2.1.3. Öfkenin Fiziksel Boyutu

Beyinde limbik sistem ve hipotalamusta, duygu ve heyecanlarla ilgili bölüm vardır. Heyecanlarla ilgili temel fizyolojik değişimlerin temeli, sempatik ve parasempatik sinir sistemlerinden oluşan otonom sinir sisteminde bulunur. Birey korku veya öfke ile yüksek uyarılmışlık haline girdiği zaman faaliyet göstererek kişiyi durumla mücadele etmeye hazırlayan sistem sempatik sinir sistemidir. Sempatik sinir sistemine karşı koyan parasempatik sinir sistemi ise kişiyi dinlenme haline sokar (Soykan, 2003).

Tavris (1989), kas geriliminin artmasını, kasların çatılmasını, dişlerin gıcırdatılmasını, ters ters bakmayı, yumrukları sıkmayı, yüzün kızarmasını, özellikle el ve ayakta titreme hissini, nefes alırken tıkanma hissini, uyuşma hissini, insan vücudunun farklı bölgelerinde seğirmelerin var olmasını, terlemeyi, kontrol kaybını, sıcaklık hissini, burundan solumayı, dudakları ısırmayı, beynin zonklamasını, baş ağrısını ve hareketlerin hızlanmasını insanların öfkeli olduklarında gösterdikleri fiziksel tepkiler arasında saymıştır (Balkaya, 2001).

Öfke duyguları kişinin iletişim kurabilme kabiliyetini ve düşünme gücünü etkiler. Uzmanlar, bastırılan öfkenin kaygı ve depresyona neden olabileceğini söylemektedirler. Öfke doğru ifade edilmediğinde aşağıdakiler fiziksel sorunlara neden olabilir (Kökdemir, 2004):

1. Baş ağrısı
2. Mide – barsak problemleri
3. Solunum problemleri
4. Cilt sorunları
5. Üriner sistem problemleri
6. Sinir sistemindeki hastalıklar
7. Dolaşım problemleri
8. Oluşmuş fiziksel hastalıklarda kötüleşme görülmesi
9. Duygusal bozukluklar
10. İntihar girişimi

1.2.2. Öfke Duygusunun İşlevleri

Bireyin kırıldığı, incindiği, engellendiği veya bir şeylerin yolunda olmadığına dair gönderdiği sinyaller Lerner (1999)’a göre öfkedir.

- _ Süregelen davranışı ortadan kaldıran veya engelleyen duygu öfkedir.
- _ Başkalarına olan olumsuz duyguların açıklanması sırasında öfke kolaylık sağlar.
- _ Bir savunma olan öfke, kaygının dışsal çatışmalara yönelmesi sonucu, egonun zarar görmesi ihtimalini önler. Bireyin sağlıklı ilişkiler kurulmasına, benlik sınırlarının ve benlik saygısının korunmasına fayda sağlar (Cüceloğlu, 1991).

Öfke yapıcı olarak kullanıldığında, zihinsel ve bedensel güç sağlar. Bu durum için üç şart aranır. İlk şartımız öfkenin esiri olmamaktır. İkinci şart, bireyin öfkesini bastırmaya planlanmamasıdır. Üçüncü şart ise toplum tarafından öfkenin dürüst ve doğrudan ortaya konuşunun kabul edilmesidir (Avcı, 2006).

Öfkenin ortaya çıkmış olmasının ve ya yaşanmasına engel olunamacayağı öfke ile ilgili bilinmesi gereken en önemli noktadır. Çünkü öfke doğal bir duygu olduğu için insanın doğasında bulunur. Bu sebepten ötürü öfke duygusunun ortaya çıkmasına engel olmanın doğru olmayacağı ve bu engel olma durumunun insanın doğasına hasar verebileceği düşünülebilir (Özmen, 2006).

1.2.3. Öfke Duygusunun Nedenleri

Engellenme öfkeye neden olan etmenlerden biridir. İstek, ihtiyaç ve ya bir davranışın, hedefe ulaşmasının önlenmesine engellenme denir. Esas olarak öfkenin iki sebebi vardır (Soyaldın, 2007; Soykan, 2003). İlkinde birey öylesine dolmuştur ki, herhangi bir olay bardağı taşıran son damla olabilmektedir. Duygusal gelişmemişlik yani duygusal açıdan olgunlaşmamış kimselerin istediklerini seslerini yükselterek, saldırganlık göstererek almaya çalışması durumu ise ikinci nedendir.

Rekabetin getirdiği şartlar, sorumlulukların getirmiş olduğu güçlükler yetişkinlikte bireye engel olmakta ve öfkeye neden olmaktadır. Bireylerin orta yaştan ileri yaşa geçerken engellenme duygusuna ve öfkeye, gelecek ile ilgili güvensizlikler ve bunun getirdiği belirsizlikler neden olur (Kısaç, 2001).

Stres içinde gerilim unsurunu taşır. İnsanlar stresli oldukları zamanlar daha toleranssız oldukları için kolay öfkelenirler (Korkut, 2002; Yazgan, 2007).

Öfkenin nedenlerini Yılmaz (2004) aşağıdaki maddelerle belirtmiştir:

1. Keder, acı duygularına; sevilen kimsenin ölümü, fiziksel olarak zarar görmenin yanında işsizlik gibi kayıp ve zararlar sebep olur.

2. Korku, kaygı, güvensizlik duygularına; suç, savaş, enflasyon gibi tehditler neden olur.

3. Çaresizlik, güçsüzlük ve yetersizlik duygularına; gereksinimlerimizi karşılariken karşılaştığımız engel ve aksilikler neden olur.

4. Değersizlik ya da hiçlik duygularının doğmasına; reddedilme duygusu ve ya itilmişlik benzeri acı verici yaşantılar neden olur.

Duyguların akıcılığının açık ve net bir açıklaması, bilişsel yaklaşıma göre yapılabilir. Bireyin bir durum için yanlış ya da mantıksız inanışlara sahip olması, duygularının gerçeğe uygun olmamasına ya da mantıksız olmasına neden olur. Buna göre bir olayla ilgili sahip olunan asıl düşünceler öfkelenmenin gerçek sebebidir (Şahin, 2005).

1.2.4. Öfkenin İfade Edilmesi

Öfkenin ifade edilişi, ifade ediliş şekline bağlı olarak yorumlanmakta ve ifade edilişindeki sonuçları sebebiyle problem yaşattığından dolayı önemlidir (Batıgün, 2004).

Yaşadıkları öfke duygusunu hafifletmek için insanlar farklı yollar denerler. Bu yollar; yaşanan öfke duygusunun sağlıklı bir şekilde ifade edilmesi, çeşitli nedenlerle içine atarak bastırılması, başkalarına yönlendirerek dışsallaştırılması ve somatik olarak ifade edilmesidir. Bireylerin öfkesini kontrol etmesi ancak sonrasında problem yaşanan kişi ile açıkça konuşarak sorunu çözmeye çalışması öfke duygusunun sağlıklı bir şekilde ifade edilmesini sağlar (Üstün ve Yavuzarslan 1995).

Bireyler öfke duygusunu yaşadıklarında Yılmaz (2004)'a göre şu şekilde davranırlar:

1. Bireyin yaşadığı yoğun öfke duygusunu açık bir şekilde ifade etmesi ve tüm şiddetiyle beraber ortaya çıkma durumunun sağlaması.

2. Küserek öfkesini içine atması.

3. Yaşadığı öfke duygularını kabul etmesiyle beraber bireyin tüm enerjisiyle öfkesinin nedenlerini bulmaya çalışması ve yapıcı çözümler araması.

4. Adil bir çözüme ulaşmak için öfke duygularını azaltıp bunun nedenlerini ortadan kaldırması.

Bunların ilk ikisi kazan-kaybet mantığındadır. Son ikisindeki mantık ise kazan-kazandır, öfke duygusunun kabul edilmiş olmasını farkında olarak akıllıca ifade edilebilmesine sebep olur (Avcı, 2006).

İnsanlar öfke tepkilerini Özmen (2004)'e göre farklı biçimlerde dışa vururlar. Literatüre bakıldığında öfke ifade tarzlarının sınıflandırılmasının genellikle 3 temel ifade biçimde yapılır. Bu sınıflandırma (Tambağ ve Öz, 2005):

1. İçer yönelik öfke

2. Dışa yönelik öfke

3. Öfkenin kontrol edilmesi

Öfkelerini bazı insanlar o anda bazı insanlar ise durum sonlandıktan sonra fark ederler. Bu hissedilen duygu bazen öylesine bastırılmıştır ki, yaşam boyu insanın bilincine uğramayabilir. Öfkenin bastırılma olasılığı yüksekse kızgın olan kişi, kaybetmekten korkmuş ya da bizi seviyor olmasını istediğimiz kimsedir. Böyle durumlarda öfke farklı kişilere doğrultulur. Bu şekilde öfkesini sürekli bastıran insanlardan farklı olarak, öfkesini dışa vuran sürekli olarak diğer insanları iğneleyerek boşaltan veya saldırgan bir şekilde davranıp diğer insanlara zarar veren insanlar da bulunmaktadır (Yılmaz, 2004; Tambağ ve Öz, 2005).

Birey öfkesini, yakınlarına veya dostlarına ya da genellikle kendisinden zayıf kişilere yönlendirir. Çünkü onların kendisinden güçsüz olduğunu ve onlardan kendisine bir zarar gelemeyeceğini düşünürler (Kısaç, 2005). Açık bir şekilde gösterilen öfke diğer bireyler tarafınca olumsuz değerlendirildiğinde, kişide düşük benlik saygısının görülmesi, kişilerarası ve aile içinde çatışmaların olması, sözel veya fiziksel saldırılar ve iş yaşamıyla alakalı sorunlar doğurabilir. İnsanların öfkelenmekten korkmasının ve öfkesini göstermek istememesinin nedeni öfkenin sebep olduğu olumsuz sonuçlar bir de kültürel olaylardır. Oysaki öfkenin bastırılmış olması demek oluşan enerjinin iç kısma döndürülmesi demektir ve öfkenin bu şekilde yaşanması durumu bireyin kendi varlığına zarar vermesine sebep olmaktadır (Yılmaz, 2004).

Bazı durumlarda kısa süreli, orta şiddette yaşanan ve kişiye fayda sağlamış olan öfke duygusu bazı durumlarda ise çok şiddetli yaşanan , yoğun, sürekli ve zarar vericidir. Açık bir şekilde veya doğrudan gözlenebiliyor olan sözel ve davranışsal belirtiler yoluyla gösterilmiş öfke duygusu, davranışsal ya da sözel olarak, doğrudan olmayan farklı yollarla da açıklanabilir (Soykan, 2003).

1.2.5. Öfkeyi Açıklayan Kuramsal Yaklaşımlar

Öfke ile ilgili kuramsal görüşleri inceleyen bu bölümde, kuramların öfke duygusunun ortaya çıkışını ve ifade edilmesini etkileyen etkenler konusuna nasıl yaklaştıkları ve öfkeyi nasıl açıkladıkları incelenmiştir. Duyguların oluşumu ile ilgili ilk sistematik açıklamayı Darwin yapmıştır. O, kendisinden sonra gelen birçok düşünürü, duyguların kuşaktan kuşağa aktarıldığı, duyguların antitezlerinin olduğu ve duyguların sinir sistemi ve fizyolojik yapı ile kendilerini gösterdiği gibi ilkeler ile etkilemiştir (Kılıçarslan, 2000; Kesen ve ark. 2007).

Duygularla alakalı fikirleri incelemeye, Darwin'in çalışmalarını inceleyerek başlamak Travis (1982)'e göre konuyu daha anlaşılır hale getirir. Duygusal ifadeler Darwin'in görüşüne göre bütün canlılarda uyum sağlayıcı olarak aynı görevdedir. Yüz ifadeleri sonucunda gözlenebilen, biyolojik temelli olan, evrim sürecinde tüm hayvan türlerinde var olmuş duyguların tümü yaygındır. Bireyin saldırmaya hazır hale gelmesi, tehdit ya da tehlike durumlarına maruz kalındığında, hayvanlardakine

benzer fizyolojik tepkilerin otomatik bir şekilde ortaya çıkmasıyla olur. Gerçek veya anlık bir tehlike sonucu öfkelenen insan, geçmiş yaşantıları, öfkeyi düşünmesi ve tecrübeleriyle öğrenmelerinin sonucunda, öfkesini yaşama ve sürdürme şekline kendisi karar vermektedir. İnsanı diğer canlılardan ayıran nokta değerlendirme ve seçim yapmasıdır (Arkasay, 2001; Soyaldın, 2007).

Öfke duygusunu daha farklı taraflarıyla ele alan kuramsal yaklaşımlar, öfke duygusunun “içsel ve ya dışsal uyaranlara karşılık insanın verdiği biyolojik, psikolojik ve sosyal bir tepki” olduğu konusunda aynı fikirdedir. (Soykan, 2003).

1.2.5.1. Sosyal Öğrenme Kuramı ve Öfke

Öfkenin sosyal öğrenme olduğunu savunan görüş, öğrenme kuramıdır. Özdeşleşme, pekiştirme ve taklit, rol alma ve model alma ile öğrenilen tepkiler saldırganlık, öfke ve öfke ifade şekilleridir. Kişiliğin oluşumunda koşullanmayı temel alan sosyal öğrenme kuramcılarına göre öfke, koşullanma sonucunda meydana gelir (Ankay, 2002; Özmen, 2004).

Bandura (1977) temel refleksler dışında insanların doğuştan gelen bir davranış repertuarına sahip olmadığını, bunun içinde davranışların öğrenilmek zorunda olduğunu savunur. Fakat öğrenme sürecine biyolojik etmenler sınırlılıklar koyar. Bu kurama göre saldırgan davranışlar öğrenilirken iki tür öğrenme şekli vardır. Davranışın, doğrudan bir yaşantı sonucu, alınan pekiştireçlerle, eylemin olumlu ve olumsuz yanlarını yaşama ve tepkilerinin etkilerini fark etme süreci sonucunda öğrenildiği araçsal öğrenmede, pekiştireçler önemli bir yer tutar. Gözlem yoluyla öğrenme de ise kişi ya başkalarının davranışını izler ve verilecek ceza veya ödüle göre o davranışı yapma veya yapmamaya karar verir ya da izlediği kişiyi model olarak alıp davranışın sonucunu önemsemeden kişiyi taklit etmeye çalışır (Özmen, 2004).

1.2.5.2. Biyolojik Kuramlar ve Öfke

Biyolojik kuramlar, saldırgan ve suça eğilim gösteren davranışların altında yer alan, otonom sinir sisteminin öfke davranışını yönlendirmesinde arar. İnsandaki bazı biyokimyasal yapılar ve işlevler, saldırgan davranışlar ve bunlarla ilişkili olarak

acı, kaygı, kızgınlık, öfke, kin gibi duyguların oluşuyor olmasında rol oynar. Hormonların etkinliğiyle işleyen bu yapılar merkezi sinir sistemi tarafından yönlendirilirler. Öfke yaşantısının başlaması bu yapı içinde , otonom sinir sistemini harekete geçiren bir durumun ortaya çıkması ile gerçekleşir.

Öfke yaşantısının oluşumuna da ışık tutan “James Lange Kuramı” duyguları biyolojik yapıyla açıklar. Bu kurama göre, duygusal yaşantının oluşumunda dört adım bulunur (Soyaldın, 2007):

- (1) Bir durumun fark edilmesi hali;
- (2) Uyarıların merkezi sinir sisteminden kaslara, deriye ve iç organlara varması;
- (3) Duyarlılığın beden bölümlerindeki değişikliklerle beraber beyne geri gitmesi;
- (4) Geriye doğru giden uyarılmanın algılanan orijinal uyarılarla kortikal yapı tarafından birleştirilip algılanma durumu ve bunun “nesne duygusal bir şekilde hissediliyor” mesajına çevrilmesi.

Saldırganlığın nedenleri olarak biyolojik temelli kuramlar, merkezi sinir sistemi ve endokrin sistem esas olarak organizmanın işleyişinde oluşan bozuklukları temel alırlar. Saldırgan davranışlar beynin yanlış bir şekilde işlemesi, hormonlar ve kalıtım ihtimalleri dahil olarak kendine her durumda amaç bulup çevreden net bir şekilde kışkırtma olmasa da kendiliğinden oluşabilir (Okman, 1999).

1.2.5.3. Davranışçı Yaklaşım ve Öfke

Davranışçı kuramı destekleyen Watson’a göre uyarıcılara karşı verilen öğrenilmemiş duygusal tepkilerden biri öfkedir. Öfke de korku ve sevgi gibi koşullu olmayan refleks türlerindendir. Duygusal problemler, yaşamın erken yıllarında bireylerde olan bu üç temel duyguyla alakalı olarak koşullu oluşan ya da aktarılmış olan tepkilerden meydana gelir (Sütçü, 2006; Erdem ve ark., 2008).

1.2.5.4. Psikoanalitik Kuram ve Öfke

Psikoanalitik yaklaşımclar, öfkenin doğuştan getirildiğini ve biyolojik bir temelinin bulunduğunu savunmuşlardır (Ankay, 2002). Freud’a göre bireylerde her yaş döneminde saldırganlık ve öfke görülmesinin nedeni öfke ve saldırganlık duygularının bilinç dışında her zaman varolmasıdır (Soyaldın, 2007).

İnsanoğlu bu kuramın düşüncesine göre bazı davranışlar için programlıdır. Sigmund Freud bu kuramın en önemli destekilerindendir. Öfkenin iğdsel olduğunu söyleyen Freud, saldırganlığın da “ölüm iğds” olarak adlandırılan biyolojik bir temele dayandığını ileri sürmektedir. Freud’a göre doğuştan gelmiş özellik olan saldırganlık ölüm dürtüsünün bir ifadesi olmakla beraber kontrol altında da değildir. Psikoanalitik kuramda gelişim kuramına göre açıklanan öfke duygusunda, gelişim dönemlerinden özellikle oral dönem, anal dönem ve fallik dönem mühimdir. Bebeğin ihtiyaçlarını, algılamalarını ve kendini anlatım yolunun ağız bölgesi olduğu oral dönemde, oral erotizm ve oral sadizm bulunur. Dişlerle beraber ilk dönemdeki edilgen ve bağımlı davranışlar, daha sonraları ısırma, kemirme gibi etkin ve saldırgan davranışlar haline gelir. Saldırgan davranışların temelini bu döneme takılıp kalma ya da bu döneme gerileme neden olur (Gençtan, 1999).

1.2.5.5. Gestalt Yaklaşımı ve Öfke

İnsanın bir bütün olarak çalıştığını söyleyen “Gestalt Psikolojisi” yaklaşımına göre, her birey mevcut parçalarının toplamı değil bu parçaların bir bütünlük içinde koordinasyonu ahenkli bir sistemi oluşturur. İnsanı bir sistem olarak gören bu yaklaşım her sistemin kendi içinde bir dengesi olduğunu savunur. Sahip olunan her şeyin uyum ve dengeli hali ise ruh sağlığıdır. Gestalt terapisi açısından olduğu önemli olan Gestalt psikolojisinin iki önemli deneysel bulgusu bulunur. Bu bulguların ilki, insanların tamamlanmamış olan yaşantıların tamamlanmamış olanlardan daha önce ve daha net olarak hatırlama eğiliminde oldukları “zeigarnik” etkisidir (Avcı, 2006; Koçak, 2008; nem, 2010).

Diğer bulgu olan “ovsiankina” ise insanların tamamlanmamış işlerini tamamlama konusundaki doğal eğilimlerini kapsar. İnsanların bu doğal eğilimine inanarak kendi işlerini kendilerinin tamamlayacağı inancıyla onlara yardımcı olmaya çalışan Gestalt terapinin hümanist bir yaklaşım olarak bilinmesinin nedeni de budur. Kızgınlık, nefret, acı, kaygı, suçluluk ve sevgi gibi ifade edilmemiş duygular bitirilmemiş işlerin sonucudur. Birey geçmişte yaşadığı önemli durumlarda duygularını ifade edememişse bu duygular ifade edilinceye kadar bireyin sırtında bir yük olarak kalır. Bireyi bir duygu rahatsız etmiyorsa o bitirilmemiş iş değildir. Açıkça ifade edilerek yaşanmamış olsa dahi bir duygu zeminde varlığını sürdürüp kişinin günlük davranışlarında dolaylı ya da dolaysız olarak kendini hissettirerek bireyin başkaları ile temasına engel olur. Organizma yarım kalmış işleri tamamlayarak dengeye ulaşabilmeye çalışır (Avcı, 2006; Koçak, 2008; Önem, 2010).

1.2.5.6. Varoluşçu Yaklaşım ve Öfke

Daha çok felsefi bir yaklaşım olan “Varoluşçu Yaklaşım”, birçok uygulamada temel alınması bakımından önemlidir. İnsanın, kendi varlığının farkında olan ve ne yaptığını bilen kendisine neler olduğunun farkında olan bir varlık olarak düşünülen varoluşçu-insancı yaklaşıma göre bireyde, kendisi ve çevresinde gerçekleşen olaylarla ilişkili kararlar verme ve kendi sorumluluğunu üzerine alması kabiliyeti vardır. Varoluşçu kuramcılara göre şundaki etkileşime, geçmişteki olumsuz olaylar sonucu oluşan duyguların devam ettirilmesi engel olur. Öfkeyi bireyin kendisini çaresiz ve güçlü hissediyor olmasına ve aynı zamanda hayatın anlamsız oluşuna bir cevap olması amacıyla ortaya çıkan bir duygu olarak tanımlar (Ankay, 2002; Avcı, 2006; Koçak, 2008; Önem, 2010).

1.2.5.7. Seçim Teorisi ve Öfke

“Seçim Teorisi” bireyin davranışlarının doğduğu andan itibaren gereksinimlerini giderme amaçlı olduğunu ileri süren görüştür. Kişinin gelişimine katkı sağlayan bir biçimde denetim altına alınması gereken bir duygu olan öfke duygusunu birey bütün diğer duygularına benzer olarak tanıyıp kabul edip sağlıklı bir şekilde ifade etme yeteneğine sahip olmalıdır (Avcı, 2006). Seçim kuramına göre öfke duygusunun sağlıklı ifade yollarından biri, bireyin öfke duygusunu,

başkalarının davranışlarını kontrol edebilmek amacıyla kullandığı zaman meydana gelir. İnsan, seçim kuramına göre, başkalarının davranışlarını istediği şekilde farklılaştırılmaz. Genellikle bireyler karşısındaki insanların davranışlarını kontrol etmek için öfkelenerek onları korkutmaya çabalarlar (Cüceloğlu, 1991; Özmen, 2006; Önem, 2010).

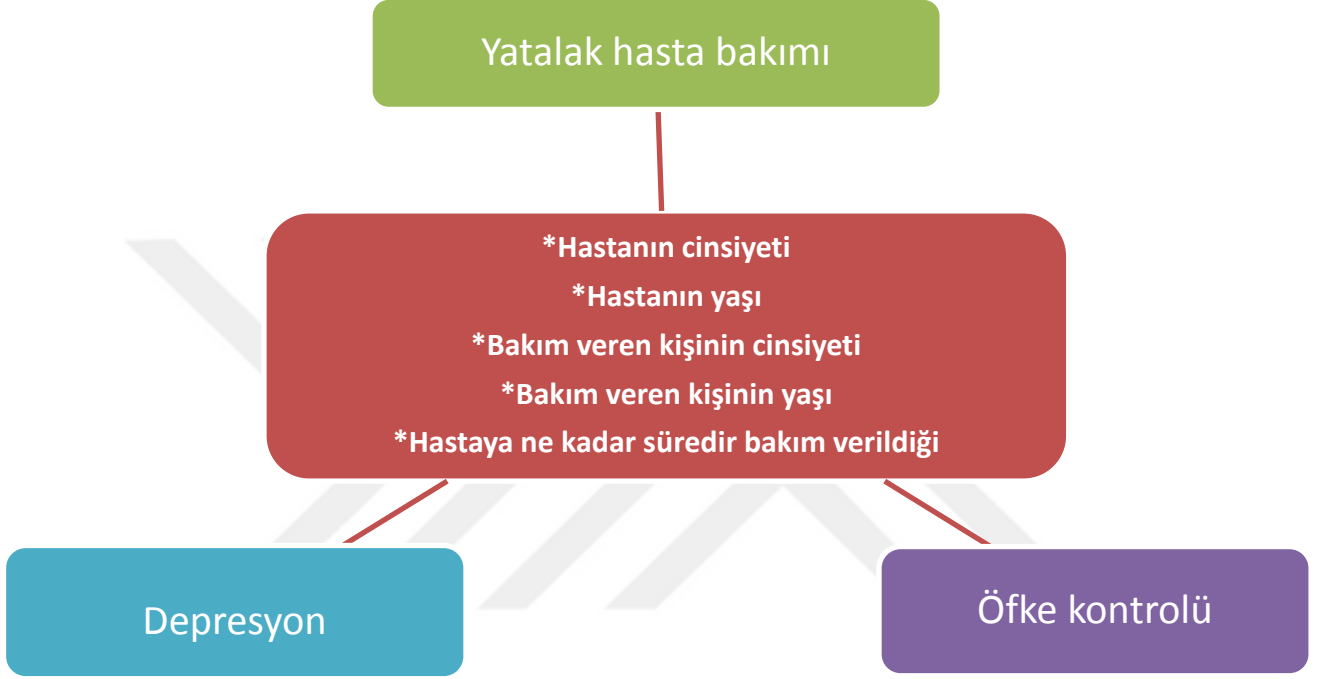
1.2.5.7. İnsancıl Yaklaşım ve Öfke

Kurucusu Carl Rogers olan “Danışandan Hız Alan Yaklaşım”a göre ise öfke, insanın temel güdüsü olan kendini gerçekleştirme gereksinimindeki bozukluklar veya bu gereksinimin engellenmesi halinde kaygı, saldırganlık, suçluluk duygularıyla beraber ortaya çıkan bir duygu türüdür. Birey benliğini geliştirmede, kendini gerçekleştirme gereksinimlerini giderirken sergilediği çabalar sırasında oluşan geribildirimlerden faydalanır (Avcı, 2006). Olumlu geribildirimler bireyin kendini kabul düzeyini artırır. Kişinin başkalarına yönelik geliştirdiği öfke duygusunun, gelişimi sırasında karşılaştığı olumsuz tutumlardan kaynaklandığını belirten Yalom’a göre zayıf benlik kavramı ve özsaygı düşüklüğü öfkeye neden olmaktadır. İnsan doğasının doğuştan iyi olduğunu söyleyen Rogers'a göre insan bu sebeple çevresiyle iyi ilişkiler geliştirebilir. Bireyin diğer bireylere karşı olarak, öfkeli, bencil veya etkisi olmayan tutumlar geliştirmesinin nedeni yaşamı süresince karşılaştığı olumsuz koşullar olabilir. Çevresinden kendisine yönelik oluşan etkileri fark edip otomatik tepkiler vermek yerine tepkilerini kendileri seçer ve geliştirmiş olduğu hedefler doğrultusunda da çevresindeki bireyleri yönlendirmeye çalışır. (Koçak, 2008; Önem, 2010).

İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli



2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Kasım 2015 ile Aralık 2015 tarihleri arasında İstanbul ili Üsküdar ilçesinde bulunan bir evde sağlık merkezine psikolojik destek almak için başvuran ve o sırada yatalak bir hastaya bakım veren bireyler arasından rastlantısal olarak seçilen 100 birey oluşturmaktadır. Rastlantısal olarak seçilen kişilere çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında sözel olarak bilgi verilmiş ve katılmaya gönüllü olan bireyler çalışmaya alınmıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

2.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formunda bireylerin yaşı, medeni durumu, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve bakım verdikleri hastaların cinsiyeti, yaşı, hastalığın tanı zamanı hakkında çeşitli sorular yer almaktadır (EK-I).

Kişisel Bilgi Formu'nun amacı, çalışmaya alınan bireylerin depresyon düzeyleri ve öfke kontrolüne etki edebilecek sosyodemografik ve diğer bazı kişisel değişkenler hakkında bilgi toplamaktır.

2.3.2 Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeği bireylerde depresyon belirtilerinin boyutunu ölçmeye yarayan ve bir psikiyatrik değerlendirme ölçeğidir. Toplamda 21 sorudan oluşan dört seçenekli (4'lü likert tipili) bir araçtır. Toplam puanın 9 ve altında olması o kişide depresyon bulunmadığı şeklinde yorumlanırken; 24 ve üzerindeki puanlar o sırada kişinin depresyonda olduğu yönünde yorumlanmaktadır. Her ne kadar tek başına tanı koyduran bir ölçüm yöntemi olmasa da; gerek tüm depresyon belirtilerini genel bir tarama olanağı vermesi, gerekse kişinin kendi kendine uyguladığı bir yöntem olması bakımından depresyona yönelik araştırmalarda sıkça tercih edilir. Ülkemizdeki geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Tegin (1980) tarafından yapılmıştır (Karaca ve ark., 1995).

Bu çalışmada bireylere uygulanan BDÖ'nün genel güvenirliği $\alpha=0.928$ olarak, yani yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

2.3.3. Sürekli Öfke Ölçeği ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)

Orjinal ismi The State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) olan ve Spielberger tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 34 maddeden oluşur; ilk 10 maddeyi “Sürekli Öfke” ve takip eden 24 maddeyi ise “Öfke İfade Tarzı” alt ölçekleri oluşturur. Öfke İfade Tarzı alt ölçeğinin de ayrıca 3 ayrı alt ölçeği

bulunmaktadır. Bunlar “Kontrol Altına Alınmış Öfke (öfke/kontrol, 8 madde), Dışa Yöneltilen Öfke (öfke/dışta, 8 madde) ve İçe Yöneltilen Öfke (öfke/içte, 8 madde)” dir (Özer, 1994).

Ölçeğin maddelerine verilen yanıtlar arasında; "hiç tanımlamıyor" yanıtından 1; "biraz tanımlıyor" yanıtından 2; "oldukça tanımlıyor" yanıtından 3 ve “tümüyle tanımlıyor” yanıtından 4 puan elde edilmektedir. Ölçekten her bir alt test için ayrı bir toplam puan elde edilir. Öfke tarz ölçeğinin öfke-içte alt ölçeği puanı 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no'lu maddelerden alınan puanların toplanmasıyla elde edilir. Öfke tarz ölçeğinin öfke-dışa alt ölçeği puanı 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 33 no'lu maddelerden alınan puanların ile elde edilir. Öfke tarz ölçeğinin öfke-kontrol alt ölçeği puanı ise 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no'lu maddelerden alınan puanların toplanması ile elde edilmektedir. Sürekli-öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğuna işaret ederken; kontrol-öfke ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin kontrol edilebildiğini göstermektedir. Öfke-dışa alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu ve öfke-içte ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmamış olduğunu göstermektedir (Çivitçi, 2007).

Bu çalışmada uygulanan SÖÖTÖ alt ölçeklerinin genel güvenilirlikleri şu şekilde saptanmıştır:

- Sürekli öfke alt ölçeğinin genel güvenilirliği $\alpha=0.846$ olarak “yüksek derecede güvenilir” bulunmuştur.
- Öfke kontrolü alt ölçeğinin genel güvenilirliği $\alpha=0.790$ olarak “oldukça güvenilir” bulunmuştur.
- Dışa vurulan öfke alt ölçeğinin genel güvenilirliği $\alpha=0.883$ olarak “oldukça güvenilir” bulunmuştur.
- İçte tutulan öfke alt ölçeğinin genel güvenilirliği $\alpha=0.855$ olarak “oldukça güvenilir” bulunmuştur.

2.4. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Kasım 2015 ile Aralık 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın ilk aşamasında katılımcılara bireylerin sosyodemografik ve bazı kişisel bilgilerini içeren Kişisel Bilgi Formu (KBF), ikinci aşamasında Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve üçüncü aşamasında ise Sürekli Öfke Ölçeği ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) verilmiştir. Araştırma kapsamında örnekleme oluşturan bireylerden toplanan tüm veriler, yüz yüze görüşme yoluyla bireyler anketleri ve ölçekleri kendileri doldurarak elde edilmiştir ve mutlaka öncesinde katılımcının kendisinden onay alınarak yapılmıştır. Görüşmeler ortalama 30 dakika sürmüştür.

2.5. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0” ismi verilen bir istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır.

Sürekli öfke ölçeği ve öfke ifade tarzı alt ölçekleri ile Beck Depresyon Ölçeği normal dağılmamaktadır. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup arasındaki farkı Mann Whitney-U testi, ikiden fazla grup olması durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis H-Testi kullanılmıştır. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişki ise Spearman korelasyon ile test edilmiştir.

2.6. Etik Konular

Araştırmaya alınan tüm bireylere gizlilik haklarının korunacağı, ölçeklerde verdikleri cevapların sadece bilimsel bir araştırmanın istatistiksel analizlerinde kullanılacağı ve katılımcıların kişisel bilgilerinin hiçbir şekilde başka bir amaçla kullanılmayacağı konusunda garanti verilmiş ve sadece kendi özgür iradesi ile katılmaya istekli bireyler çalışmaya alınmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde, araştırma doğrultusunda örneklem grubundan toplanan verilerin istatistiksel analizi ile elde edilen sonuçları tabloları açıklamaları ile birlikte sunulmuştur.

Örneklem grubuna uygulanan Kişisel Bilgi Formu aracılığıyla elde edilen tüm sosyodemografik ve kişisel veriler ve grubun genel özellikleri frekans ve yüzde dağılımları şeklinde aşağıda tablolastırılmıştır:

Tablo 4.1: Araştırmaya Katılan Hasta Yakını Bireyler İle Bu Bireylerin Bakım Verdikleri Hastalarına Ait Değişkenlerin Dağılımı (n=100)

		<i>F</i>	%
Yaş	23 yaş ile 32 yaş arası	28	28.0
	33 yaş ile 42 yaş arası	36	36.0
	43 yaş ve üzeri	36	36.0
Cinsiyet	Kadın	68	68.0
	Erkek	32	32.0
Medeni durum	Bekar	32	32.0
	Evli	56	56.0
	Boşanmış	12	12.0
Çocuk durumu	Hiç yok	44	44.0
	1 çocuk	24	24.0
	2 çocuk ve üzeri	32	32.0
Eğitim düzeyi	İlkokul mezunu	16	16.0
	Ortaokul mezunu	34	34.0
	Lise mezunu	30	30.0
	Yüksek okul ve üzeri	20	20.0
Meslek	Memur	16	16.0
	İşçi	18	18.0
	Serbest meslek	34	34.0
	Ev hanımı	32	32.0
Çalışma durumu	Evet	44	44.0
	Hayır	56	56.0
Çalışmama nedeni	Çalışmıyor	44	44.0
	Hastasına bakabilmek	38	38.0
	İş bulamıyor	18	18.0
Gelir düzeyi	1.500 TL ve altı	20	20.0
	1.500-2.000 TL arası	38	38.0
	2.001-2.500 TL arası	30	30.0
	2.501-3.000 TL arası	12	12.0

		<i>F</i>	<i>%</i>
Sosyal güvence	SSK	52	52.0
	Emekli sandığı	20	20.0
	Bağkur	12	12.0
	Yok	16	16.0
Hastanın sosyal güvencesi	SSK	46	46.0
	Emekli sandığı	28	28.0
	Bağkur	12	12.0
	Yok	14	14.0
Hastayla olan yakınlık derecesi	Eşi	22	22.0
	Anne / baba	36	36.0
	Kardeş	20	20.0
	Çocuğu	22	22.0
Hasta ile aynı evde yaşama durumu	Evet	64	64.0
	Hayır	36	36.0
Hastanın kendine ait odası	Var	52	52.0
	Yok	48	48.0
Hastanın yaşı	20 yaş ve altı	18	18.0
	21 yaş ile 40 yaş arası	30	30.0
	41 yaş ile 60 yaş arası	22	22.0
	61 yaş ve üzeri	30	30.0
Evde başka bakıma ihtiyaç birinin olma durumu	Var	34	34.0
	Yok	66	66.0
Kronik hastalık olma durumu	Var	28	28.0
	Yok	72	72.0
Yatalak hastaların tanı alma süresi	3-6 ay arası	12	12.0
	7-12 ay arası	18	18.0
	13-24 ay arası	30	30.0
	24-36 ay arası	16	16.0
	37 ay ve üzeri	24	24.0
Aile de başka yatalak hasta olma durumu	Evet	8	8.0
	Hayır	92	92.0
Hastaya bakım vermek bireylerin sorumluluklarını etkile durumu	Hayır	36	36.0
	Kısmen	46	46.0
	Evet	18	18.0
Diğer aile üyelerinin bakıma destek verme durumları	Evet	26	26.0
	Hayır	46	46.0
	Kısmen	28	28.0
Hastaya verilen bakım süresi	7 saat ve altı	36	36.0
	8 saat	28	28.0
	9 saat ve üzeri	36	36.0
Hastanın durumunun kabullenme	Kabullendi	34	34.0
	Kabullenmekte zorlanıyor	36	36.0
	Kabullenemiyor	30	30.0

Araştırma dahilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 100 hasta yakını bireyin yaş ortalaması 39.00 ± 10.20 (en düşük 23 yaş, en yüksek 59 yaş) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların 68'i (%68.0) kadın, 56'sı (%56.0) evli, 44'ü (%44.0) çocuksuzdur. Yine katılımcıların 34'ü (%34.0) ortaokul mezunudur, 34'ü (%34.0) serbest meslekle ilgilenmektedir, 56'sı (%56.0) şu an herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bir işte çalışmayan hasta yakınlarının 18'i (%50.0) hastasına bakmak için çalışmadığını ve 18'i (%50.0) iş bulamadığı için çalışmadığını ifade etmiştir. Bireylerin 38'i (%38.0) ailesinin gelir düzeyinin 1.500-2.000 TL arasında olduğunu, 52'si (%52.0) SSK sosyal güvencesinin olduğunu belirtmiştir.

Bireylerin 36'sının (%36.0) bakım verdiği yatalak hasta annesi veya babasıdır. Tüm katılımcıların 64'ü (%64.0) yatalak olan hastasıyla aynı evde yaşamaktadır. Bireylerin 66'sının (%66.0) ailesinde başka bakım isteyen bir yakını yoktur; 72'sinin (72.0) kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Bireylerin 92'si (%92.0) ailesinde başka yatalak hasta olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların 46'sının (%46.0) hasta yakınına bakım vermesi diğer sorumluluklarını da kısmen engellemekte; 46'sının (%46.0) ailesinde yatalak olan hastaya başka bir kimse bakım vermemektedir. Hastaya verilen günlük bakım süresinin ortalaması 8.74 ± 2.74 (en düşük 5 saat, en yüksek 15 saat) saattir. Katılımcıların 36'sı (%36.0) hastasının durumunu kabul etmekte zorlandığını ifade etmiştir. Hasta bireylerin 46'sının (%46.0) SSK sosyal güvencesinin olduğu, 52'sinin (%52.0) evde kendisine ait odasının bulunduğu öğrenilmiştir. Bakım verilen hastaların yaş ortalamasının 45.28 ± 22.56 (en az 11 yaş, en çok 83 yaş) olduğu ve 30'unun (%30.0) son 13 ilâ 24 ay içerisinde hastalık tanısını almış olduğu görülmüştür.

Tablo.4.2. Yatalak Bir Hastaya Bakım Veren Bireylerin SÖÖTÖ'den Aldıkları Ortalama Puanların Dağılımı

	Ortalama ve SD
Sürekli Öfke alt ölçeği	25.82±7.01
Öfke Kontrolü alt ölçeği	17.24±5.08
Dışa Vurulan Öfke alt ölçeği	16.64±4.18
İçte Tutulan Öfke alt ölçeği	22.72±4.30

Tablo.4.2.’de de görüldüğü gibi, bireylerin sürekli öfke alt ölçeğinin puan ortalaması 25.82 ± 7.01 ’dir Bireylerin öfke kontrolü alt ölçeğinin puan ortalaması 17.24 ± 5.08 ’dir. Bireylerin dışa vurulan öfke alt ölçeğinin puan ortalaması 16.64 ± 4.18 ve içte tutulan öfke alt ölçeğinin puan ortalaması 22.72 ± 4.30 ’dur.

Tablo.4.3. Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği’nden Aldıkları Puanlara Göre Grubun Dağılımı

	Ort. ve SD
Beck Depresyon Ölçeği	35.04 ± 12.13

Bireylerin Beck Depresyon Ölçeği ortalama toplam puanı 35.04 ± 12.13 olarak hesaplanmıştır.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde ilk olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin yaşları ile SÖÖTÖ’den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.4):

Tablo 4.4. Yaş ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş
Sürekli öfke alt ölçeği	r	-.026
	p	.799
Öfke kontrolü alt ölçeği	r	-.085
	p	.398
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	r	-.045
	p	.658
İçte tutulan öfke alt ölçeği	r	-.028
	p	.778

Bireylerin yaşları ile bireylerin sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke alt ölçeklerinden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p > 0.05$). Buna göre yaş öfke kontrolünü etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde ikinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin yaşları ile BDÖ’den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.5.):

Tablo 4.5. Yaş ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş
Beck Depresyon Ölçeği	r	.136
	p	.176

Bireylerin yaşları ile bireylerin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Buna göre yaş depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde üçüncü olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin cinsiyetleri ile bireylerin SÖTÖÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.6):

Tablo 4.6: Cinsiyet ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi)

Grup		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Sürekli öfke alt ölçeği	Kadın	68	53.44	3634.00	888.00	-1.48	.139
	Erkek	32	44.25	1416.00			
	Toplam	100					
Grup		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Öfke kontrolü alt ölçeği	Kadın	68	59.25	1896.00	808.00	-2.07	.038*
	Erkek	32	46.38	3154.00			
	Toplam	100					
Grup		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	Kadın	68	44.41	3020.00	674.00	-3.07	.002*
	Erkek	32	63.44	2030.00			
	Toplam	100					
Grup		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
İçte tutulan öfke alt ölçeği	Kadın	68	48.06	3268.00	922.00	-1.23	.216
	Erkek	32	55.69	1782.00			
	Toplam	100					

* $p<0.05$

Bireylerin cinsiyetleri ile SÖTÖÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi uygulanmış; cinsiyet ile sürekli öfke ve içte tutulan öfke arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Nitekim cinsiyet değişkeni ile öfke kontrolü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($P=0.038$). Buna göre **kadınların öfke kontrolü düzeyleri erkeklere oranla anlamlı şekilde daha yüksektir.**

Benzer şekilde cinsiyet değişkeni ile dışa vurulan öfke arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($p=0.002$). Buna göre **erkeklerin dışa vurulan öfke düzeyleri kadınlara oranla anlamlı şekilde daha fazladır.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde dördüncü olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin cinsiyetleri ile bireylerin BDÖ’den aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.7):

Tablo 4.7: Cinsiyet ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi)

	Grup	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Beck Depresyon Ölçeği	Kadın	68	52.53	3572.00	950.00	-1.02	.307
	Erkek	32	46.19	1478.00			
	Toplam	100					

Bireylerin cinsiyetlerine göre Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların anlamlı şekilde değişip değişmediğini ortaya koyabilmek için Mann Whitney U-Testi uygulanmış; cinsiyet değişkeninin bireylerin depresyon düzeyini anlamlı bir şekilde yordamadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre cinsiyet depresyon düzeylerini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde beşinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin medeni durumları ile bireylerin SÖTÖÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.8):

Tablo 4.8: Medeni Durum ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	Df	X²	P	Anlamlı fark
Sürekli öfke alt ölçeği	Bekar	32	55.81	2	2.74	.253	-
	Evli	56	49.75				
	Boşanmış	12	39.83				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X²	P	Anlamlı fark
Öfke kontrolü alt ölçeği	Bekar	32	54.19	2	.786	.675	-
	Evli	56	48.54				
	Boşanmış	12	49.83				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X²	P	Anlamlı fark
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	Bekar	32	39.40	2	7.54	.087	-
	Evli	56	41.33				
	Boşanmış	12	39.83				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X²	P	Anlamlı fark
İçte tutulan öfke alt ölçeği	Bekar	32	52.75	2	3.54	.170	-
	Evli	56	51.61				
	Boşanmış	12	35.83				
	Toplam	100					

Bireylerin medeni durumları ile SÖTÖÖ alt ölçeklerinden (sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke) aldıkları ortalama toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Bireylerin sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke alt ölçeklerinden aldıkları puanlarla medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Buna göre medeni durum öfke kontrolünü etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde altıncı olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin medeni durumları ile bireylerin BDÖ’den aldıkları

puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.9):

Tablo 4.9: Medeni Durum ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	df	X²	P	Anlamlı fark
Beck Depresyon Ölçeği	Bekar	32	53.06	2	6.50	.069	-
	Evli	56	53.32				
	Boşanmış	12	49.02				
	Toplam	100					

Bireylerin medeni durumları ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmış ve medeni durum ile Beck Depresyon Ölçeği’nden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre medeni durum depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yedinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin çocuk sahibi olup olmamaları ile bireylerin SÖTÖÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.10):

Tablo 4.10: Çocuk Durumu ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Sürekli öfke alt ölçeği	Hiç yok	44	49.59	2	.899	.638	-
	Bir çocuğu var	24	47.17				
	İki çocuğu ve üzeri	32	54.25				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Öfke kontrolü alt ölçeği	Hiç yok	44	57.50	2	7.83	.057	-
	Bir çocuğu var	24	54.30				
	İki çocuğu ve üzeri	32	51.00				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	Hiç yok	44	55.86	2	2.91	.233	-
	Bir çocuğu var	24	48.25				
	İki çocuğu ve üzeri	32	44.81				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
İçte tutulan öfke alt ölçeği	Hiç yok	44	54.09	2	11.18	.175	-
	Bir çocuğu var	24	44.34				
	İki çocuğu ve üzeri	32	47.44				
	Toplam	100					

Bireylerin çocuk durumlarına göre SÖTÖÖ alt ölçeklerinden (sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke) aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Çocuk sahibi olup olmama ve çocuk sayısı ile bireylerin sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke alt ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre bireyin çocuk durumu öfke kontrolünü etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde sekizinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin çocuk sahibi olup olmamaları ile bireylerin BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.11):

Tablo 4.11: Çocuk Durumu ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	df	X²	P	Anlamlı fark
Beck Depresyon Ölçeği	Hiç yok	44	48.05	2	2.78	.249	-
	Bir çocuğu var	24	59.08				
	İki çocuğu ve üzeri	32	47.44				
	Toplam	100					

Bireylerin çocuk durumları ile Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları ortalama toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Çocuk sahibi olup olmama ve çocuk sayısı ile bireylerin BDÖ'den aldıkları ortalama puanlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre bireyin çocuk durumu depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde dokuzuncu olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin eğitim düzeyleri ile bireylerin SÖTÖÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.12):

Tablo 4.12: Eğitim Düzeyi ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Sürekli öfke alt ölçeği	İlkokul mezunu	16	45.38				
	Ortaokul mezunu	34	51.03				
	Lise mezunu	30	50.30	3	.807	.848	-
	Yüksek okul ve üzeri	20	54.00				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Öfke kontrolü alt ölçeği	İlkokul mezunu	16	40.50				
	Ortaokul mezunu	34	56.15				
	Lise mezunu	30	45.50	3	4.94	.176	-
	Yüksek okul ve üzeri	20	56.40				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	İlkokul mezunu	16	49.00				
	Ortaokul mezunu	34	57.91				
	Lise mezunu	30	45.10	3	3.60	.308	-
	Yüksek okul ve üzeri	20	47.20				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
İçte tutulan öfke alt ölçeği	İlkokul mezunu	16	52.00				
	Ortaokul mezunu	34	54.38				
	Lise mezunu	30	48.30	3	1.32	.329	-
	Yüksek okul ve üzeri	20	46.00				
	Toplam	100					

Bireylerin eğitim düzeyleri ile SÖTÖÖ alt ölçeklerinden (sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke) aldıkları ortalama toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Eğitim düzeyi ile sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Buna göre bireyin eğitim düzeyi öfke kontrolünü etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onuncu olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin eğitim düzeyleri ile bireylerin BDÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.13):

Tablo 4.13: Eğitim Düzeyi ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	df	X ²	P	Anlamlı fark
Beck Depresyon Ölçeği	İlkokul mezunu	16	40.25				
	Ortaokul mezunu	34	45.85				
	Lise mezunu	30	59.30	3	5.85	.119	-
	Yüksek okul ve üzeri	20	53.40				
	Toplam	100					

Bireylerin eğitim düzeyleri ile depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış; eğitim düzeyi ile depresyon ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre bireyin eğitim düzeyi depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on birinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin herhangi bir işte çalışıp çalışmadıkları ile bireylerin SÖTÖÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.14):

Tablo 4.14: Bir İşte Çalışıp Çalışmama ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi)

	Grup	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Sürekli öfke alt ölçeği	Çalışıyor	44	44.64	1964.00			
	Çalışmıyor	56	55.11	3086.00	974.00	-1.79	.073
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Öfke kontrolü alt ölçeği	Çalışıyor	44	60.86	60.86			
	Çalışmıyor	56	42.36	42.36	776.00	-3.17	.001*
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	Çalışıyor	44	50.91	2240.00			
	Çalışmıyor	56	50.18	2810.00	1214.00	-.126	.737
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
İçte tutulan öfke alt ölçeği	Çalışıyor	44	49.41	2174.00			
	Çalışmıyor	56	51.36	2876.00	1184.00	-.336	.737
	Toplam	100					

* $p<0.05$

Bireylerin herhangi bir işte çalışıp çalışmadıklarına göre SÖTÖÖ alt ölçeklerinin (sürekli öfke, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış; sürekli öfke, dışa vurulan öfke ile içte tutulan öfke alt ölçekleri ile işte çalışıp çalışmama durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Nitekim bir işte çalışıp çalışmama durumu ile öfke kontrolü alt ölçeğinden alınan puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir ($p<0.05$). Çalışan bireylerde öfke kontrolü alt ölçeği puanları çalışmayan bireylerin öfke kontrolü alt ölçeği puanlarından istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0.001$). Buna göre **çalışan bireylerin çalışmayan bireylere göre öfke kontrolü düzeyleri daha yüksektir.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onikinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin herhangi bir işte çalışıp çalışmama durumları ile bireylerin BDÖ puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.15):

Tablo 4.15: Bir İşte Çalışıp Çalışmama ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi)

	Grup	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Beck Depresyon Ölçeği	Çalışıyor	44	39.55	1740.00	750.00	-3.35	.001*
	Çalışmıyor	56	59.11	3310.00			
	Toplam	100					

*** $p<0.05$**

Bireylerin herhangi bir işte çalışıp çalışmamalarına göre Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşp farklılaşmadığını gösterebilmek için Mann Whitney U Testi uygulanmış; bir işte çalışıp çalışmama durumunun bireyin depresyon düzeyini anlamlı şekilde yordadığı görülmüştür ($p<0.05$). Herhangi bir işte çalışmayan bireylerin BDÖ puanları, bir işte çalışan bireylerin BDÖ puanlarına göre istatistiksel açıdan anlamlı şekilde daha yüksektir ($p=0.001$). Buna göre **çalışmayan bireylerde saptanan depresyon düzeyleri çalışan bireylere oranla daha yüksektir.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onüçüncü olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin gelir düzeyleri ile bireylerin SÖTÖÖ alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.16):

Tablo 4.16: Gelir Düzeyi ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Sürekli öfke alt ölçeği	1.500 TL ve altı	20	55.00				
	1.500-2.000 TL arası	38	45.24				
	2.001-2.500 TL arası	30	41.70	3	12.05	.056	-
	2.501-3.000 TL arası	12	52.00				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Öfke kontrolü alt ölçeği	1.500 TL ve altı	20	43.40				
	1.500-2.000 TL arası	38	48.71	3			
	2.001-2.500 TL arası	30	54.30		2.79	.425	-
	2.501-3.000 TL arası	12	58.50				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	1.500 TL ve altı	20	55.70				
	1.500-2.000 TL arası	38	42.71				
	2.001-2.500 TL arası	30	53.43	3	4.81	.186	-
	2.501-3.000 TL arası	12	59.17				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
İçte tutulan öfke alt ölçeği	1.500 TL ve altı	20	51.00				
	1.500-2.000 TL arası	38	40.03	3			
	2.001-2.500 TL arası	30	53.37		9.04	.057	-
	2.501-3.000 TL arası	12	49.00				
	Toplam	100					

Bireylerin gelir düzeylerine göre SÖTÖÖ alt ölçeklerinden (sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke) aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Gelir düzeyi değişkeninin bireylerin sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke alt ölçeklerinden aldıkları puanları

istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde yordamadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre gelir düzeyi öfke kontrolünü etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on dördüncü olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin gelir düzeyleri ile bireylerin BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.17):

Tablo 4.17: Gelir Düzeyi ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	df	X ²	P	Anlamlı fark
Beck Depresyon Ölçeği	1.500 TL ve altı	20	59.50				
	1.500-2.000 TL arası	38	52.13				
	2.001-2.500 TL arası	30	43.90	3	3.80	.283	-
	2.501-3.000 TL arası	12	46.83				
	Toplam	100					

Bireylerin gelir düzeyleri ile Beck Depresyon Ölçeği’nden aldıkları ortalama toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmış ve gelir düzeyi ile depresyon düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Buna göre gelir düzeyi depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde onbeşinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin yakınıyla olan akrabalık derecesi ile bireylerin SÖTÖÖ alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.18):

Tablo 4.18: Bakım verilen Hastanın Akrabalık Derecesi ve Bireyin Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Sürekli öfke alt ölçeği	Eşi	22	47.59				
	Anne / baba	36	50.22				
	Kardeş	20	40.50	3	7.07	.070	-
	Çocuğu	22	46.59				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Öfke kontrolü alt ölçeği	Eşi	22	52.77				
	Anne / baba	36	53.56				
	Kardeş	20	45.80	3	9.35	.059	-
	Çocuğu	22	47.50				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	Eşi	22	52.23				
	Anne / baba	36	52.89				
	Kardeş	20	48.50	3	.807	.848	-
	Çocuğu	22	46.68				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
İçte tutulan öfke alt ölçeği	Eşi	22	42.77				
	Anne / baba	36	44.72				
	Kardeş	20	51.70	3	9.95	.129	-
	Çocuğu	22	46.59				
	Toplam	100					

***p<0.05**

Bireyin bakım verdiği yakınıyla olan akrabalık derecesi ile SÖTÖÖ alt ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Bakım verilen yakının akrabalık derecesi ile bireyin öfke kontrolü arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre akrabalık derecesi öfke kontrolünü etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on altıncı olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin yakınıyla olan akrabalık derecesi ile bireylerin

BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.19):

Tablo 4.19: Bakım verilen Hastanın Akrabalık Derecesi ve Bireyin Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	df	X ²	P	Anlamlı fark
Beck Depresyon Ölçeği	Eşi	22	49.32	3	2.18	.536	-
	Anne / baba	36	56.00				
	Kardeş	20	46.10				
	Çocuğu	22	46.68				
	Toplam	100					

Bireyin bakım verdiği yakınıyla olan akrabalık derecesi ile Beck Depresyon Ölçeği toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Bakım verilen yakının akrabalık derecesi ile bireyin depresyon düzeyi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre akrabalık derecesi depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on yedinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin, bakım verdikleri hastayla aynı evde yaşayıp yaşamamaları ile bu bireylerin SÖTÖÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.20):

Tablo 4.20: Bakım Verilen Bireyle Aynı Evde Yaşayıp Yaşamama Durumu ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi)

	Grup	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Sürekli öfke alt ölçeği	Birlikte yaşıyorlar	64	46.88	3000.00	920.00		
	Ayrı yaşıyorlar	36	56.94	2050.00		-1.67	.095
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Öfke kontrolü alt ölçeği	Birlikte yaşıyorlar	64	46.25	2960.00			
	Ayrı yaşıyorlar	36	58.06	2090.00	880.00	-1.96	.050
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	Birlikte yaşıyorlar	64	51.94	3324.00			
	Ayrı yaşıyorlar	36	47.94	1726.00	1060.00	-.664	.506
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
İçte tutulan öfke alt ölçeği	Birlikte yaşıyorlar	64	55.84	3574.00			
	Ayrı yaşıyorlar	36	41.00	1476.00	810.00	-2.47	.013*
	Toplam	100					

*p<0.05

Bireylerin hastasıyla aynı evde yaşayıp yaşamadıklarına göre SÖTÖÖ alt ölçeklerinin (sürekli öfke, öfke kontrolü ve dışa vurulan öfke) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış; bakım verilen bireyle aynı evde yaşama değişkeninin bakım veren bireyin sürekli öfke, öfke kontrolü ve dışa vurulan öfke düzeyini anlamlı bir şekilde yordamadığı gösterilmiştir (p>0.05).

Nitekim bakım verilen bireyle aynı evde yaşama değişkeninin bakım veren bireyin içte tutulan öfke alt ölçeği puanını istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı gözlenmiştir (p<0.05). Bakım verdiği yakını ile aynı evde yaşayan bireylerde öfke içte tutma düzeyi anlamlı şekilde daha yüksektir (p=0.013).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on sekizinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin, bakım verdikleri hastayla aynı evde yaşayıp yaşamamaları ile bu bireylerin BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.21):

Tablo 4.21: Bakım Verilen Bireyle Aynı Evde Yaşayıp Yaşamama Durumu ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi)

	Grup	N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Beck Depresyon Ölçeği	Birlikte yaşıyorlar	64	49.47	3166.00	1086.00	-.475	.635
	Ayrı yaşıyorlar	36	52.33	1884.00			
	Toplam	100					

Bireylerin hastasıyla aynı evde yaşayıp yaşamadıklarına göre BDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmış; bakım verilen bireyle aynı evde yaşamayan bakım veren bireylerin depresyon düzeylerini anlamlı şekilde yordamadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde on dokuzuncu olarak “yatalak olan bireylerin yaşları ile onlara bakım veren yakınlarının SÖTÖÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.22):

Tablo 4.22. Bakım Verilen Bireyin Yaşı ve Bakım Veren Bireyin Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş
Sürekli öfke alt ölçeği	r	.222
	p	.026*
Öfke kontrolü alt ölçeği	r	.158
	p	.117
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	r	.093
	p	.356
İçte tutulan öfke alt ölçeği	r	-.033
	p	.741

***p<0.05**

Bakım verilen yatalak bireylerin yaşları ile onlara bakım veren bireylerin SÖTÖÖ'nün öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

Ancak, bakım verilen yatalak bireylerin yaşları ile onlara bakım veren bireylerin SÖTÖÖ'nün “sürekli öfke” alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p=0.026$). **Buna göre, bakım verilen hastaların yaşı arttıkça hastaya bakım veren bireylerin sürekli öfke düzeyleri de artmaktadır.**

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirminci olarak “yatalak olan bireylerin yaşları ile onlara bakım veren yakınlarının BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.23):

Tablo 4.23. Bakım Verilen Bireyin Yaşı ve Bakım Veren Bireyin Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yaş
Beck Depresyon Ölçeği	r	.186
	p	.063

Bakım verilen yatalak bireylerin yaşları ile onlara bakım veren yakınlarının Beck Depresyon Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Buna göre, bakım verilen hastanın yaşı bakım veren bireyin depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi birinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin, hastasının dışında bakmakta olduğu başka bir yakınının olup olmadığı ile bu bireylerin SÖTÖÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.24):

Tablo 4.24: Bakım Verilen Başka Bir Hasta Olup Olmaması Durumu ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi)

Grup		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Sürekli öfke alt ölçeği	Var	34	54.62	1857.00	982.00	-1.02	.307
	Yok	66	48.38	3193.00			
	Toplam	100					
Grup		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Öfke kontrolü alt ölçeği	Var	34	46.15	1569.00	974.00	-1.08	.280
	Yok	66	52.74	3481.00			
	Toplam	100					
Grup		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	Var	34	42.44	1443.00	848.00	-2.00	.056
	Yok	66	44.65	3607.00			
	Toplam	100					
Grup		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
İçte tutulan öfke alt ölçeği	Var	34	44.91	1527.00	932.00	-1.39	.163
	Yok	66	53.38	3523.00			
	Toplam	100					

Bireyin bakım verdiği hastası dışında bakmakta olduğu başka bir yakınının olup olmaması ile bireyin SÖTÖÖ alt ölçek (sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke) puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi uygulanmıştır. Bakım verilen başka bir hasta olup olmaması durumu ile SÖTÖÖ sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ile içte tutulan öfke alt ölçeklerinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Buna göre bakım verilen başka bir hastanın olup olmaması bireyin öfke kontrolünü etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi ikinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin, hastasının dışında bakmakta olduğu başka bir yakınının olup olmadığı ile bu bireylerin BDÖ alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.25):

Tablo 4.25: Bakım Verilen Başka Bir Hasta Olup Olmaması Durumu ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Mann Whitney U Testi)

Grup		N	S.O.	S.T.	U	Z	P
Beck Depresyon Ölçeği	Var	34	46.85	1593.00	998.00	-.904	.366
	Yok	66	52.38	3457.00			
	Toplam	100					

Bireyin bakım verdiği hastası dışında bakmakta olduğu başka bir yakınının olup olmaması ile bireyin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldığı toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney U-Testi yapılmıştır. Bakım verilen başka bir hasta olup olmaması durumu ile BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Buna göre bakım verilen başka bir hastanın olup olmaması bireyin depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi üçüncü olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin, bakım verdiği yakınının tanı alma süresi ile bu bireylerin SÖTÖÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.26):

Tablo 4.26: Bakım Verilen Hastanın Tanı Süresi ve Bakım Veren Bireyin Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Sürekli öfke alt ölçeği	3-6 ay arası	12	44.83	4	16.14	.077	-
	7-12 ay arası	18	51.28				
	13-24 ay arası	30	54.03				
	24-36 ay arası	16	54.75				
	37 ay ve üzeri	24	43.00				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Öfke kontrolü alt ölçeği	3-6 ay arası	12	46.83	4	5.28	.113	-
	7-12 ay arası	18	50.83				
	13-24 ay arası	30	49.23				
	24-36 ay arası	16	53.63				
	37 ay ve üzeri	24	49.08				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	3-6 ay arası	12	56.33	4	10.02	.060	-
	7-12 ay arası	18	56.39				
	13-24 ay arası	30	54.50				
	24-36 ay arası	16	54.25				
	37 ay ve üzeri	24	50.67				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
İçte tutulan öfke alt ölçeği	3-6 ay arası	12	46.50	4	5.58	.233	-
	7-12 ay arası	18	47.94				
	13-24 ay arası	30	47.17				
	24-36 ay arası	16	46.38				
	37 ay ve üzeri	24	47.17				
	Toplam	100					

Bireylerin bakım verdikleri yakınının tanı süresi ile bireyin SÖTÖÖ alt ölçeklerinden (sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke) aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Bakım verilen hastanın tanı süresi ile bakım veren kişinin sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke alt ölçeklerinden aldığı puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Buna göre, tanı süresi bireyin öfke kontrolünü etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi dördüncü olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin, bakım verdiği yakınının tanı alma süresi ile bu bireylerin BDÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.27):

Tablo 4.27: Bakım Verilen Hastanın Tanı Süresi ve Bakım Veren Bireyin Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	df	X ²	P	Anlamlı fark
Beck Depresyon Ölçeği	3-6 ay arası	12	44.33				
	7-12 ay arası	18	46.06				
	13-24 ay arası	30	52.37				
	24-36 ay arası	16	42.25	4	26.18	.136	-
	37 ay ve üzeri	24	45.08				
	Toplam	100					

Bireylerin bakım verdikleri yakınının tanı süresi ile bireyin Beck Depresyon Ölçeği’nden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Bakım verilen hastaların tanı süreleri ile bakım veren kişilerin BDÖ’den aldığı ortalama toplam puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Buna göre, tanı süresi bireyin depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi beşinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin yakınına bakmaktan dolayı işlerinin aksayıp aksamadığı ile bireylerin SÖTÖÖ alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.28).

Tablo 4.28: Bakım Vermekten Dolayı İşlerde Aksama ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Sürekli öfke alt ölçeği	Hayır	36	45.94	2	2.63	.268	-
	Kısmen	46	46.61				
	Evet	18	55.59				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Öfke kontrolü alt ölçeği	Hayır	36	46.37	2	6.19	.076	-
	Kısmen	46	44.61				
	Evet	18	40.94				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	Hayır	36	44.28	2	2.66	.264	-
	Kısmen	46	54.50				
	Evet	18	52.72				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
İçte tutulan öfke alt ölçeği	Hayır	36	46.94	2	11.02	.087	-
	Kısmen	46	42.41				
	Evet	18	39.83				
	Toplam	100					

Bireylerin yakınına bakmaktan dolayı işlerinin aksayıp aksamadığına göre SÖTÖÖ alt ölçeklerinin (sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke) puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. İşlerin aksayıp aksamamasının bireylerin sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke düzeylerini anlamlı şekilde yordamadığı gösterilmiştir ($p>0.05$). Buna göre, bakım verme nedeniyle işlerin aksayıp aksamaması bireyin öfke kontrolünü etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi altıncı olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin yakınına bakmaktan dolayı işlerinin aksayıp aksamadığı ile bireylerin BDÖ alt ölçeklerinin puanları arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.29):

Tablo 4.29: Bakım Vermekten Dolayı İşlerde Aksama ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	df	X²	P	Anlamlı fark
Beck Depresyon Ölçeği	Hayır	36	45.83	2	1.52	.468	-
	Kısmen	46	53.67				
	Evet	18	51.72				
	Toplam	100					

Bireylerin yakınına bakmaktan dolayı işlerinin aksayıp aksamadığına göre Beck Depresyon Ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. İşlerin aksayıp aksamamasının bireylerin depresyon düzeylerini anlamlı şekilde yordamadığı gösterilmiştir ($p>0.05$). Buna göre, bakım verme nedeniyle işlerin aksayıp aksamaması bireyin depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi yedinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin bu konuda diğer aile üyelerinden destek görüp görmemesi durumu ile bireylerin SÖTÖÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.30):

Tablo 4.30: Diğer Aile Üyelerinden Destek Görüp Görmeme Durumu ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Sürekli öfke alt ölçeği	Hayır	26	51.81	2	.080	.961	-
	Kısmen	46	49.80				
	Evet	28	50.43				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Öfke kontrolü alt ölçeği	Hayır	26	58.28	2	8.98	.077	-
	Kısmen	46	47.04				
	Evet	28	50.21				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	Hayır	26	57.46	2	5.39	.068	-
	Kısmen	46	41.88				
	Evet	28	47.07				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
İçte tutulan öfke alt ölçeği	Hayır	26	43.63	2	18.29	.121	-
	Kısmen	46	42.14				
	Evet	28	36.27				
	Toplam	100					

Bireyin yakınına bakmakta diğer aile üyelerinden destek görüp görmemesi durumuna göre, bireyin SÖTÖÖ alt ölçeklerinden (sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke) aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Diğer aile üyelerinden destek görüp görmeme durumunun bireyin sürekli öfke, öfke kontrolü, dışa vurulan öfke ile içte tutulan öfke düzeylerini anlamlı bir şekilde yordamadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre yakınlarından destek görüp görmeme bakım veren bireylerin öfke kontrolünü etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi sekizinci olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin bu konuda diğer aile üyelerinden destek görüp görmemesi durumu ile bireylerin BDÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.31):

Tablo 4.31: Diğer Aile Üyelerinden Destek Görüp Görmeme Durumu ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	df	X ²	P	Anlamlı fark
Beck Depresyon Ölçeği	Hayır	26	51.42	2	10.63	.117	-
	Kısmen	46	44.50				
	Evet	28	45.15				
	Toplam	100					

*p<0.05

Bireyin yakınına bakmakta diğer aile üyelerinden destek görüp görmemesi durumuna göre, bireyin Beck Depresyon Ölçeği'nden aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi uygulanmıştır. Diğer aile üyelerinden destek görüp görmeme durumunun bireyin depresyon düzeylerini anlamlı bir şekilde yordamadığı görülmüştür (p>0.05). Buna göre yakınlarından destek görüp görmeme bakım veren bireylerin depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde yirmi dokuzuncu olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin yakınının hastalığını ne derecede kabul ettiği ile bireylerin SÖTÖÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.32):

Tablo 4.32: Bakım Verilen Yakının Hastalığını Kabullenme Durumu ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Sürekli öfke alt ölçeği	Kabullendi	34	44.62	2	3.09	.213	-
	Kabullenmekte zorlanıyor	36	56.72				
	Kabullenemiyor	30	49.70				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Öfke kontrolü alt ölçeği	Kabullendi	34	43.56	2	2.09	.103	-
	Kabullenmekte zorlanıyor	36	41.78				
	Kabullenemiyor	30	44.37				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	Kabullendi	34	44.97	2	1.75	.416	-
	Kabullenmekte zorlanıyor	36	51.38				
	Kabullenemiyor	30	54.28				
	Toplam	100					
	Grup	N	S.O.	Df	X ²	P	Anlamlı fark
İçte tutulan öfke alt ölçeği	Kabullendi	34	45.56	2	1.52	.467	-
	Kabullenmekte zorlanıyor	36	53.28				
	Kabullenemiyor	30	52.77				
	Toplam	100					

Bireylerin bakım verdikleri yakınının hastalığını ne derecede kabullendiklerine göre SÖTÖÖ alt ölçeklerinden aldıkları (sürekli öfke, öfkekontrolü, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke) puanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmıştır. Bireylerin hastalığı kabullenme düzeylerinin sürekli öfke, öfkekontrolü, dışa vurulan öfke ile içte tutulan öfke alt ölçeklerinden aldıkları puanları anlamlı bir şekilde yordamadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre bakım verilen hastanın hastalık durumunu kabullenip kabullenmeme, bireyin öfke kontrolünü etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde otuzuncu olarak “yatalak olan yakınına bakmakta olan bireylerin yakınının hastalığını ne derecede kabul ettiği ile bireylerin BDÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.33):

Tablo 4.33: Bakım Verilen Yakının Hastalığını Kabullenme Durumu ve Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Kruskal Wallis H Testi)

	Grup	N	S.O.	df	X ²	P	Anlamlı fark
Beck Depresyon Ölçeği	Kabullendi	34	48.26	2	.865	.649	-
	Kabullenmekte zorlanıyor	36	49.22				
	Kabullenemiyor	30	54.57				
	Toplam	100					

Bireylerin bakım verdikleri yakınının hastalığını ne derecede kabullendiklerine göre BDÖ'den aldıkları puanların istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Kruskal Wallis H-Testi yapılmıştır. Bireylerin hastalığı kabullenme düzeylerinin bireyleirn yaşadığı depresyon düzeyini anlamlı bir şekilde yordamadığı görülmüştür ($p>0.05$). Buna göre bakım verilen hastanın hastalık durumunu kabullenip kabullenmeme, bireyin depresyon düzeyini etkilememektedir.

Bu araştırmanın genel amacı çerçevesinde otuz birinci olarak “yatalak olan yakınına bakım veren bir bireyin BDÖ puanları ile SÖTÖÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” sorusuna yanıt aranmaktadır (Tablo 4.34):

Tablo 4.34. Depresyon Düzeyi ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Beck Depresyon Ölçeği
Sürekli öfke alt ölçeği	r	.576
	p	.000*
Öfke kontrolü alt ölçeği	r	-.314
	p	.001*
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	r	.137
	p	.175
İçte tutulan öfke alt ölçeği	r	.061
	p	.544

***p<0.05**

Yatalak olan bir yakınına bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri ile bu bireylerin dışı vurulan öfke ve içte tutulan öfke düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$). Ancak; yatalak olan bir yakınına bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri ile bu bireylerin sürekli öfke düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). **Buna göre, bireylerin sürekli öfke düzeyleri arttıkça depresyon düzeyleri de artmaktadır.** Benzer şekilde, yatalak olan bir yakınına bakım veren bireylerin depresyon düzeyleri ile bu bireylerin öfke kontrolü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). **Buna göre, bireylerin öfke kontrolü arttıkça depresyon düzeyleri de düşmektedir.**

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Yapılan bu araştırmada, yatağa bağımlı olan yakınına bakmakta olan bireylerin, sürekli öfke, öfke tarzları ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörler araştırılmıştır.

1985 yılında Chaplin depresyonu şu şekilde tarif etmiştir: ‘Depresyon, normal bir bireyin geleceğe karamsar bakması, sınırlı eylemde bulunması ve kendini küçük görmesi şeklinde gün yüzüne çıkan psikolojik bir çöküntüdür’ (Köknel, 2005).

Bu tanımdan yola çıkarsak, bireylerin geleceğe karamsar bakmasına neden olabilecek unsurlar yaşamlarında mevcut olabilir. Yatalak bir hastası olan bireyler, hastaların yatalak olması nedeniyle her an bir ayrılık yaşanabileceği kaygısını taşırlar. Bu bireyler, bu bakım sürecini bazen bir tür vedalaşma, hayatının son dönemindeki aile üyesine karşı son görevin yerine getirilmesi gibi yaşayabilmektedirler. Diğer yandan ölüme yakın bir kimseyle aynı ortamda yaşamamanın da bakım veren birey üzerinde stres yaratan bir yükü vardır. Bu bireylerde kimi zaman ciddi boyutlara ulaşabilecek ruhsal sorunların yaşanması söz konusu olabilmektedir.

Bu araştırmada yatalak hastalara bakım veren grubun %78’inin depresyonlu olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Yapılan benzer araştırmaların sonuçları da bu bulgu ile tutarlıdır. Bir araştırmaya göre uzun zaman bakım gerektiren durumlarda bakım verenlerde % 40 ila % 70 arasında değişen oranlarda depresif belirtilerin gözleendiği ve bunların da % 50’sinin depresyon tanısı aldığı bildirilmektedir (Atagün ve ark.2011). Benzer şekilde, Alzheimer hastalarına bakım veren bireyler arasında yapılan bir çalışmada; bakım veren bireylerin %75.6’sının depresyon tanısı aldığı ve depresyon tanısı alan bu bireylerin %88.0’inin kadın olduğu belirlenmiştir (Akyar ve ark., 2009).

Hasta yakınlarında başta depresyon ve anksiyete olmak üzere, ortaya çıkabilecek çeşitli ruhsal bozuklukların şiddeti ile bakım verenin yaşı, cinsiyeti, hastaya olan yakınlığı, bakım vermeye gönüllü olup olmaması, eğitim durumu ve

gelir düzeyi gibi faktörlerin ilişkili olduğuna işaret eden çeşitli araştırma sonuçları bulunmaktadır (Atagün ve ark., 2011).

Yaptığımız araştırmada yatalak hastalara bakım veren hasta yakınlarının çoğunluğunu (%68'ini) kadınların oluşturduğu görülmüştür. Bu konuda ki pek çok araştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Alzheimer hastalığı tanısı koyulmuş hastaların bakıcılarında yapılan bir araştırmada, Alzheimer hastalarına bakım veren hasta yakınlarının %86.0'sının kadın olduğu belirlenmiştir (Altın, 2006). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında yapılan benzeri bir başka çalışmada da bakım veren bireylerin % 67'sinin kadın olduğu gösterilmiştir (Tuna ve ark. 2010). Yapılan araştırmalarda yatalak hastalara bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun kadın olmasının sebebi, toplumda ev işlerinin ve bakım işlerinin kadının doğasına daha uygun olduğu yönündeki yaygın düşünce olabilir.

Yaptığımız bu araştırmada, bakım veren hasta yakınlarının hastalarına günlük bakım verme süreleri ile yaşadıkları depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Literatürde bu konuda yapılan araştırmalar farklı sonuçlar ortaya koymaktadır. Benzer bir çalışmada; bu araştırmada bulduğumuzun aksine, gün boyu hastaya bakım verilen sürenin artmasıyla bakım verenin depresyon ve kaygı düzeylerinin de artmakta olduğu saptanmıştır (Aydın ve arkadaşları, 2009).

Bakım verenin bakım süresi kadar bakım yükü de ortaya çıkabilecek ruhsal sorunlarla ilişkili olabilir. Örneğin KOAH hastalarına bakım veren bireylerde yapılan bir çalışmada bakım verenlerin bakım yükü ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkisi incelenmiş ve bakım verme yükü arttıkça depresyon düzeyinin de arttığı belirlenmiştir (Şahin, 2009).

Yaptığımız araştırmada, hastalarına bakım veren bireylerin sürekli öfke düzeyleri arttıkça bireylerin depresyon düzeylerinin de artmakta olduğu saptanmıştır. Bununla beraber, bakım veren bireylerde öfke kontrolü düzeyleri arttıkça bireylerin depresyon düzeyleri de düşmektedir.

Şahin ve arkadaşlarının (2009) bir çalışmasında, bakım verenlerin %80.3'ü bakım vermeden önce kendi sağlığını iyi olarak algıladıklarını, %51.6'sı bakım verdikten sonra kötü olarak algıladıklarını ifade etmişlerdir (Şahin ve ark., 2009).

Akça ve Taşçı (2005), yaptıkları bir araştırmada bakım verenlerin %22.5'inin fiziksel sağlıklarının etkilendiğini; en çok baş ağrısı (%41.7) ve mide şikayetleri (%33.3), en az ise bacak ağrısı (%11.1) yakınmalarının olduğunu ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin %34.4'ü yaşlı bakımından ruhsal sağlıklarının etkilendiğini, bu etkilenenin ise en çok çabuk öfkelenme (% 67.3) ve ev içinde rahatsızlık hissi duyma (% 30.9) şeklinde olduğunu, %16.4'ü ise ruhsal sorunları nedeniyle fiziksel yakınmalarının başladığını belirtmişlerdir (Akça ve Taşçı, 2005).

Yaptığımız araştırmada kadınların erkeklere oranla öfke kontrolü düzeylerinin daha yüksek olduğu ve erkeklerin kadınlara oranla dışa vurulan öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuçların literatürdeki benzer başka çalışmalarla da paralellik gösterdiği görülmüştür. Örneğin kemoterapi hastalarına bakım veren aile bireyleriyle yapılan bir çalışmada; kadınlarda sürekli öfke, öfke içte, öfke kontrol puan ortalamalarının erkeklerde sürekli öfke, öfke içte, öfke kontrol puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve erkeklerin de öfke dışa puan ortalamasının kadınların öfke dışa puan ortalamasından daha yüksek olduğu bulunmuştur (Şahin, 2009). Aynı çalışmada, çalışan bireylerin öfke kontrol düzeylerinin çalışmayan bireylere oranla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Şahin, 2009). Yaptığımız bu araştırma da, buna paralel olarak, çalışan bireylerin öfke kontrolü düzeylerinin çalışmayan bireylere oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlardan yola çıkacak olursak; hasta bireylere bakım veren hasta yakınlarının hastanın sağlık durumundan olumsuz etkilenebildikleri, depresyon ve anksiyete gibi çeşitli ruhsal sorunlar yaşayabildikleri, öfke kontrolünde zorlanabildikleri ve öfkeyi dışa vurmada sorun yaşayabildikleri açıktır. Bu çalışmada özellikle de bakım verenin cinsiyetinin, hastaya günlük bakım verme süresinin ve bir başka işte çalışıp çalışmama durumunun bireyin ruhsal tepkileri için belirleyici olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle; hastaya bakım sürecinin olası ruhsal yükü ve bu yüklenmenin neden olabileceği ruhsal sorunlar konusunda tüm bakım veren bireylere en baştan bilgi verilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gerekli ve önemlidir. Hasta kişilerin tedavileri sürerken, eş zamanlı olarak bu kişilere bakım veren bireylerinde tedavi sürecine dahil edilerek özellikle de ruhsal açıdan

izlenmeleri ve gerekli olduğuunda da bu kişilere psikolojik destek verilmesi, ortaya çıkabilecek ruhsal zorlanma ve hastalıkların erken tanı ve tedavisini mümkün kılacak, bu sürecin her iki taraf içinde rahat atlatılmasına katkıda bulunacaktır.

Bu bakımdan, gerek hastanelerde ve diğeri sağıık kuruluşlarında yatarak tedavi gören hastaların gerekse evlerinde yatalak olarak bakılan hastaların bakım verenleri de bu kapsamda ele alınmalıdır. Hasta yakınlarının kendileriyle benzer problemleri paylaşan diğeri hasta yakınları ile bir araya getirildikleri, duygularını rahat bir şekilde ifade edebilmeleri için teşvik edildikleri çeşitli psiko-sosyal destek gruplarının oluşturulması ve grup psikoterapilerinin düzenlenmesi gibi yaklaşımlar bu bağlamda planlanabilir ve hayata geçirilebilir.

Bu araştırmada elde edilen sonuçların bu konuda yapılabilecek çeşitli girişimlere ilham kaynağı olması umut edilmektedir.

KAYNAKÇA

- Akyar, İ., ve Akdemir, N., (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 32-49.
- Alper, Y., (1999). Bütün Yönleriyle Depresyon, Gendaş Yayınları, İstanbul.
- Altın, M. (2006). Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete. T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Ankay, A. (2002). Psiko-Siyasal Yönüyle Saldırganlık ve Terör (Birinci Baskı). Ankara: Turhan Kitabevi. Psiko-Siyasal Yönüyle Saldırganlık ve Terör (Birinci Baskı). Ankara: Turhan Kitabevi.
- Aşkın, R., (2000). Depresyonun Klinik Alt Tipleri, Duygudurum Dizisi, Sayı: 2
- Atagün, M.; Balaban, Ö.; Atagün, Z.; Elagöz, M.; Özpolat, A., (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 3(3):513-552.
- Aydın A, Cangür Ş, Eker SS,(2009) Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 46 Özel Sayı:10-14.
- Akça N.; Taşçı S., (2005). 65 Yaş Üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences); 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı): 30-36.
- Avcı, R., (2006). Şiddet davranışı gösteren ve göstermeyen ergenlerin ailelerinin aile işlevleri, öfke ve öfke ifade tarzları açısından incelenmesi Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

- Balkaya, F. (2001). Çok Boyutlu Öfke Envanterinin Geliştirilmesi Ve Bazı Semptom Gruplarındaki Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Batıgün, A. (2004). İntihar ile ilişkili bazı değişkenler: Öfke/saldırganlık, dürtüsel davranışlar, problem çözme becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri. Kriz Dergisi, 12 (2), 49-61.
- Bıyık, N. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Yalnızlık Duygularının Kişisel ve Sosyal Özellikleri, Öfke Eğilimleri Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Cimilli, C., (2001). Depresyonda Sosyal ve Kültürel Etmenler, Duygudurum Dizisi, Sayı: 4.
- Cüceloğlu, D. (1991). İnsan ve Davranışı (2. Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi
- Çivitçi, N. (2007). Çok Boyutlu Okul Öfke Ölçeği' nin Türkçe' ye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, (2) Sayı:22, 99-109.
- Doğan, O., (2000). Depresyonun Epidemiyolojisi, Duygudurum Dizisi, Sayı: 1.
- Eker, E., (1998). Yaşlılık Dönemi Depresyonları, Psikiyatri Dünyası Dergisi, Sayı: 2.
- Erdem, M.; Çelik, C.; Yetkin, S.; Özgen, F., (2008). Yaygın Anksiyete Bozukluğunda Öfke ve Öfke İfade Tarzı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 9, 203-207.
- Erim, B., (2011), Yetiştirme Yurtlarında ve Aileleri Yanında Yaşayan Ergenlerin Benlik Saygısı, Depresyon ve Yalnızlık Düzeyleri ile Sosyal Destek Sistemleri Açısından Karşılaştırılması, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Ersan, E.; Abay, E., (2001). Depresyonun Genetik Nedenleri, Duygudurum Dizisi, Sayı: 6.

- Geçtan, E., (2006). Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar, İstanbul: Metis Yayınları.
- Gençtan, E. (1999). İnsan Olmak (19.Baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Göğüş, A.K., (2000). Depresyonun Klinik Belirtileri, Duygudurum Dizisi, Sayı: 1.
- Görgü, E., (2005). 3-7 Yaş Arası Otistik Çocuğa Sahip Olan Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyleri ile Depresyon Düzeyleri Arasındaki İlişki, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Güleç, C., (1993). Psikoterapiler, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Güleç, C.; Köroğlu, E., (1997). Psikiyatri Temel Kitabı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Işık, E., (1991). Duygulanım Bozuklukları, Depresyon ve Mani, İstanbul: Boğaziçi Matbaası.
- Kalafat, S., (1996). Depresyon ve Mutlulukta Otomatik Düşüncelerin Rolü, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Samsun.
- Karaca S.; Aşkın R., (1995). Depresyonla Başa çıkma Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması, Düşünen Adam; 8 (3):24-30.
- Kayaalp, L., (1999). Çocuk ve Ergenlerde Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu, Sayı: 59.
- Kesen, N.F.; Deniz, M.E.; Durmuşoğlu, N., (2007). Ergenlerde Saldırganlık Ve Öfke Düzeyleri Arasındaki İlişki: Yetiştirme Yurtları Üzerinde Bir Araştırma. S. Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 17, 353 – 364.
- Kılıçarslan, İ., (2000). Lise Öğrencilerinin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.

- Kısaç, İ., (1999). Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeyleri. Gazi Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesi Mesleki Eğitim Dergisi, 1 (1),63-74.
- Kısaç, İ., (2001). Öfkenin İfade Edildiği Kişiler ve Öfkenin Tensel Belirtileri. VI. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Kitabı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kısaç, İ., (2005). Gençlerin Öfkelerini İfade Ettikleri Hedef Kişiler. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 25 (2), 71-81.
- Koçak, E., (2008). Ergenlerde Yalnızlığın Yordayıcısı Olarak Benlik Saygısı ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Korkut, F., (2002). Kızgınlık ve Kızgınlıkla Başa Çıkabilme. Dergimiz Çankaya RAM, 1,9-16.
- Kökdemir, H., (2004). Öfke ve Öfke Kontrolü. Pivolka, 3 (12), 7-10.
- Köknel, Ö., (2005), Ruhsal Çöküntü: Depresyon, İstanbul: Altın Kitaplar.
- Köroğlu, E., (2004). Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Küllü, Z., (2008). Özürlü Çocuk Sahibi Ebeveynlerde Depresyon Durumunun Değerlendirilmesi, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Mete, L., (2000). Depresyon, İstanbul: İletişim Yayınları.
- Okman, S., (1999). Ergenlik Döneminde Öfke İfade Tarzlarının Kendilik İmgesi Bağlamında İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Önem, Ç., (2010). Üniversite öğrencilerinin öfke ve öfkeyi ifade etme biçimlerinin akılcı olmayan inançlar ve bazı değişkenler açısından incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Özer, A.K., (1994). Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 31, 26-35.
- Özmen, A., (2004). Seçim Kuramına ve Gerçeklik Terapisine Dayalı Öfkeyle Başa Çıkma Eğitim Programının ve Etkileşim Grubu Uygulamasının Üniversite Öğrencilerinin Öfkeyle Başa Çıkma Becerileri Üzerindeki Etkisi. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özmen, E.; Aydemir, Ö.; Bayraktar, E., (1997). Genel Tıpta Psikiyatrik Sendromlar, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Özmen, S.K., (2004). Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 37(2), 27-39.
- Özmen, A., (2006). Öfke ile Başa Çıkma. Editör (Uğur Öner). Ankara: Nobel.
- Öztürk, O., (1994). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Öztürk, O., (2004). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.
- Soyaldın, S., (2007). Ortaöğretim Öğrencilerinin Öfke İfade Tarzları ile Mizah Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Soykan, Ç., (2003). Öfke ve Öfke Yönetimi. Kriz Dergisi, 11 (2), 19-27.
- Sütçü, G., (2006). Ergenlerde Öfke ve Saldırganlığı Azaltmaya Yönelik Bilimsel Davranışçı Bir Müdahale Programının Etkililiğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Şahin, H., (2005). Öfke ve Öfke Denetiminin Kuramsal Temelleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi, 10, 1-22.

- Şahin Z.A; Polat H.; Ergüney S., (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 12 (2):1-9.
- Şahin, Z., (2014). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına (KOA) Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğü ve Depresyon Düzeyleri, Tıp Araştırmaları Dergisi, 12(3), 113-119.
- Şireli, Ö., (2012). Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi-Kontrolü ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Tambağ, H.; Öz, F., (2005). Aileleri İle Birlikte ve Yetiştirme Yurtlarında Yaşanan Ergenlerin Öfke İfade Etme Biçimleri. Kriz Dergisi, 13 (1),11-21.
- Tan, O., (2008). Depresyon, İstanbul: Timaş Yayınları
- Tuna, M.; Olgun, N., (2010). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 41-52.
- Ünal, S.; Küey, L.; Güleç, C.; Bekaroğlu, M.; Evlice, Y.E.; Kırılı, S., (2002). Depresif Bozukluklarda Risk Etkenleri, Klinik Psikiyatri Dergisi, Sayı: 5.
- Üstün, B.; Yavuzarslan, F., (1995). Öfkenin Gücü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (2), 42-46.
- Yazgan, S., (2007). Öfke Kontrolü İle Tolerans Düzeyi Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Yıldırım F., (2010). Majör Depresyon Hastalarında Çocukluk Çağı Travmasının Dürtüsellik, Öfke ve İntihar Davranışı İle İlişkisi. Psikiyatrik Uzmanlık Tezi. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi /2. Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Yılmaz, N., (2004). Öfke İle Basa Çıkma Eğitiminin ve Grupla Psikolojik Danışmanın Ergenlerin öfke İle Basa Çıkabilmeleri Üzerindeki Etkileri. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.



EKLER

EK-1. HASTA İLE HASTA YAKINLARININ TANITICI BİLGİ FORMU

Sayın katılımcılar;

Aşağıda sizi tanımamıza yönelik bazı sorular bulunmaktadır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Test üzerinde kimliğinizi belirten herhangi bir soru bulunmamaktadır. Bu nedenle her soru için mümkün olduğunuzca samimi bir şekilde size uyan cevabı işaretleyiniz. Lütfen her maddeyi cevaplandığınızdan emin olun.

Katılımınız için teşekkür ederim.

1. Kaç yaşındasınız?

2. Cinsiyetiniz?

☐ Kadın

☐ Erkek

3. Medeni durumunuz nedir?

☐ Bekar

☐ Evli

☐ Boşanmış

4. Çocuğunuz var mı?

☐ Hiç yok

☐ 1 tane

☐ 2 tane

☐ 3 ve daha fazla

5. Eğitim durumunuz nedir?

☐ İlkokul mezunu

☐ Orta okul mezunu

☐ Lise mezunu

☐ Üniversite veya yüksek okul mezunu

☐ Lisans Üstü

6. Meslek grubunuz nedir?

- ☐ Memur
- ☐ İşçi
- ☐ Serbest
- ☐ Ev Hanımı
- ☐ Diğer

7. Çalışıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

8. Hayır ise nedenini nedir?

- ☐ Hastama bakabilmek için işten ayrıldım
- ☐ İş bulamıyorum
- ☐ Diğer

9. Aylık geliriniz nedir?

- ☐ 1.500 TL ve altı
- ☐ 1.500-2.000 TL arası
- ☐ 2.001-2.500 TL arası
- ☐ 2.501-3.000 TL arası
- ☐ 3.001-3.500 TL arası
- ☐ 3.501-4.000 TL arası
- ☐ 4.001 TL ve üzeri

10. Hastanızın sosyal güvencesi var mı?

- ☐ SSK
- ☐ Emekli Sandığı
- ☐ Bağkur
- ☐ Özel
- ☐ Yok

11. Sizin sosyal güvenceniz var mı?

- ☐ SSK
- ☐ Emekli Sandığı
- ☐ Bağkur
- ☐ Özel
- ☐ Yok

12. Hastayla olan yakınlık dereceniz nedir?

- ☐ Eşim
- ☐ Annem/Babam
- ☐ Kardeşim
- ☐ Çocuğum
- ☐ Diğer

13. Hastanızla aynı evde mi yaşıyorsunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

14. Evde hastanın kendine ait bir odası var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

15. Hastanız kaç yaşında belirtiniz?

16. Evinizde bakmakla yükümlü olduğunuz başka hasta, yaşlı veya küçük çocuk var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

17. Sizin kronik bir hastalığınız var mı?

- ☐ Hayır
- ☐ Evet ise Belirtiniz:..... ve süresi

18. Yakınınıza hastalık tanısı ne zaman kondu ?

- ☐ 3-6 ay
- ☐ 7- 12 ay
- ☐ 13- 24 ay
- ☐ 24 – 36
- ☐ 37 ay ve üstü

19. Ailede yatalak olan başka bir birey var mı? Evet ise yakınlık derecenizi belirtiniz.

- ☐ Hayır
- ☐ Evet :

20. Hastanıza bakım vermek diğer sorumluluklarınızı etkiliyor mu?

☐ Hayır

☐ Kısmen

☐ Evet ise neleri etkiler belirtiniz:.....

21. Hastaya bakım verme konusunda diğer aile üyelerinden destek alıyormusunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Kısmen

22. Günde ortalama kaç saat hastanıza bakım vermektedirsiniz? (saat olarak belirtiniz).

.....

23. Hastanızın durumu ya da kendinizle ilgili psikolojik-danışmanlık aldınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

24.Yakınınızın hastalığını kabullenme düzeyiniz nedir?

☐ Kabullendim

☐ Kabullenmekte zorlanıyorum ☐ Kabullenemiyorum

EK-2. BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim. (1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum. (2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum. (3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum. 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim. (1) Gelecek için karamsarım. (2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok. (3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor. 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum. (1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum. (2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum. (3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum. 4 (0) Her şeyden eskisi kadar zevk alıyorum. (1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum. (2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor. (3) Her şeyden sıkılıyorum. 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum. (1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum. (2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum. (3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum. 6 (0) Kendimden memnunum. (1) Kendimden pek memnun değilim. (2) Kendime kızgıyım. (3) Kendimden nefrete ediyorum. 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum. (1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum. (2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum. (3) Her şeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum. 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok. (1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum. (2) Kendimi öldürmek isterdim. (3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm. 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor. (1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor. (2) Çoğu zaman ağlıyorum. (3) Eskiden ağlayabiliirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum. 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim. (1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve kızıyorum. (2) Her şey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum. (3) Canımı sıkın şeylere bile artık kızamıyorum. 11 (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim. (1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum. (2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor. (3) Artık çevremde hiç kimseyi istemiyorum.	12 (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum. (1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum. (2) Eskiye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum. (3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum. 13 (0) Her zamankinden farklı göründüğümü sanmıyorum. (1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum. (2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum. (3) Kendimi çok çirkin buluyorum. 14 (0) Eskisi kadar iyi iş gücü yapabiliyorum. (1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor. (2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum. (3) Artık hiçbir iş yapamıyorum. 15 (0) Uykum her zamanki gibi. (1) Eskisi gibi uyuyamıyorum. (2) Her zamankinden 1-2 saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum. (3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum. 16 (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum. (1) Eskiye oranla daha çabuk yoruluyorum. (2) Her şey beni yoruyor. (3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum. 17 (0) İştahım her zamanki gibi. (1) Eskisinden daha iştahsızım. (2) İştahım çok azaldı. (3) Hiçbir şey yiyemiyorum. 18 (0) Son zamanlarda zayıflamadım. (1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim. (2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim. (3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim. 19 (0) Sağlığımla ilgili kaygılarım yok. (1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor. (2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum. (3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum. 20 (0) Sekse karşı ilgisimde herhangi bir değişiklik yok. (1) Eskisine oranla seксе ilgisim az. (2) Cinsel isteğim çok azaldı. (3) Hiç cinsel istek duymuyorum. 21 (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum. (1) Yaptıklarımın dolayı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum. (2) Cezamı çekmeyi bekliyorum. (3) Sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.
--	---

EK-3. DURUMLUK SÜREKLİ ÖFKE ÖLÇEĞİ

I. BÖLÜM

YÖNERGE

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir lakım ifadeler verilmiştir Her ifadeyi okuyun,sonra da genel olarak nasıl hissettiği n izi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (x) işareti koyun.Doğru yada yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Tümüyle
1 Çabuk parlarım	1() 2() 3() 4()	
2 Kızgın mizaçlıyım.	1() 2() 3() 4()	
3 Öfkesi burnunda birisiyim	1() 2() 3() 4()	
4 Başkalarının hataları,yaptığım işi yavaşlatınca kızarım	1() 2() 3() 4()	
5 yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır	1() 2() 3() 4()	
6 Öfkelenince kontrolümü kaybederim	1() 2() 3() 4()	
7 Öfkeleniğimde ağzıma geleni söylerim.	1() 2() 3() 4()	
8 Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	1() 2() 3() 4()	
9 Engellediğimde içimden birilerine vurmak gelir.	1() 2() 3() 4()	
10 Yaptığımda iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	1() 2() 3() 4()	

II. BÖLÜM

YÖNERGE

Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda; kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz Her bir ifadeyi okuyun , öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işaret i koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Tümüyle
11 Öfkemi Kontrol ederim	1() 2() 3() 4()	
12 Kızgınlığımı gösteririm	1() 2() 3() 4()	
13 Öfkemi içime atarım	1() 2() 3() 4()	
14 Başkalarına karşı sabırlıyım.	1() 2() 3() 4()	
15 Somurtur yada surat asarım	1() 2() 3() 4()	

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Tümüyle
16 İnsanlardan uzak dururum	1() 2() 3() 4()	
17 Başkalarına iğneli sözler söylerim	1() 2() 3() 4()	
18 Soğuk kanlılığımı korurum	1() 2() 3() 4()	
19 Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım	1() 2() 3() 4()	
20 için için köpürürüm ama göstermem	1() 2() 3() 4()	

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımılıyor?

	Hiç	Tümüyle
21 Davranışlarımı kontrol ederim	1()	2() 3() 4()
22 Başkalarıyla tartışırım	1()	2() 3() 4()
23 İçimde kimseye söylemediğim kinler beslerim	1()	2() 3() 4()
24 Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım	1()	2() 3() 4()
25 Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim	1()	2() 3() 4()

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımılıyor?

	Hiç	Tümüyle
26 Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm	1()	2() 3() 4()
27 Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	1()	2() 3() 4()
28 Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim	1()	2() 3() 4()
29 Kötü şeyler söylerim	1()	2() 3() 4()
30 Hoş görülme ve anlayışlı olamaya çalışırım	1()	2() 3() 4()

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımılıyor?

	Hiç	Tümüyle
31 İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim	1()	2() 3() 4()
32 Sinirlerime hakim olamam	1()	2() 3() 4()
33 Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim	1()	2() 3() 4()
34 Kızgınlık duygularımı kontrol ederim	1()	2() 3() 4()

ÖZGEÇMİŞ

20.07.1990 tarihi, İstanbul doğumluyum. İlköğretim ve lise eğitimini İstanbul’ da tamamladım. Lisans eğitimime Beykent Üniversitesi Psikoloji Bölümünde 2009 yılında başladım. 2013 yılında ise mezun oldum. Özel bir rehabilitasyon merkezinde psikolog olarak görev alırken, 2014 yılında Beykent Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programına başladım. Şuan İstanbul Büyükşehir Belediyesi Evde Sağlık Hizmetleri biriminde psikolog olarak görev yapmaktayım.

Yabancı dilim İngilizce’dir.

Gökçen Sevgi BAYIR