



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ÖFKE KONTROL EĞİTİMİNİN HİPERTANSİYON TANISI ALAN
HASTALARIN ÖFKE VE DUYGU KONTROL DURUMLARINA ETKİSİ**

Tuğba BEYAZASLAN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Gaziantep
2012

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ÖFKE KONTROL EĞİTİMİNİN HİPERTANSİYON TANISI ALAN HASTALARIN
ÖFKE VE DUYGU KONTROL DURUMLARINA ETKİSİ

Tuğba BEYAZASLAN

Tez Savunma Tarihi: 28/06/2012

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet TARAKÇIOĞLU
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez çalışmasının bir “Yüksek Lisans” derecesi için uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

Prof. Dr. Akif ŞİRİKÇİ
Hemşirelik Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir “Yüksek Lisans” tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

İmzası

Doç. Dr. Nimet OVAYOLU

Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ

Yrd. Doç. Dr. Esen SAVAŞ

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

21.06.2012

Tuğba BEYAZASLAN

TEŞEKKÜR

Bu araştırmada birçok kişinin katkısı ve emeği bulunmaktadır. Çalışmamı yönlendiren, fikir ve önerilerini benimle paylaşan, önderlik eden, yolumu aydınlatan değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ'ye en başta müşevvik ve yardımsever tutumu, daha sonra tüm destek ve yardımları için minnettarım.

Araştırmayı yapabilmem için bana gerekli ortamı sağlayan, ilgi ve desteğini esirgemeyen Dr. Nurten AKSOY'a

Verilerin toplanmasında ve eğitimlerin verilmesinde desteklerini gördüğüm Gaziantep İstasyon Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Çalışmamın veri tabanını oluşturan hastalara,

Yüksek lisansa girişimden itibaren her aşamada yanımda olan ve beni maddi, manevi her konuda destekleyen Şehitkamil Devlet Hastanesinde alışan sevgili meslektaşlarıma,

Ayrıca bugüne kadar hep yanımda olan, sabır ve emekleriyle bugünlere gelmemi sağlayan anneme ve destekleyen aileme en içten duygularıyla teşekkür ederim.

Tuğba BEYAZASLAN

Gaziantep/2012

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TEŞEKKÜR	i
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vi
KISALTIMA VE SİMGELER	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Giriş ve Amaç	3
1.2. Araştırmanın Amacı	6
1.3. Araştırmanın Hipotezi	6
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Hipertansiyonun Tanımı ve Önemi	7
2.1.1. Arteriyel Kan Basıncı	7
2.1.2. Diyastolik Kan Basıncı	7
2.1.3. Bazal Kan Basıncı	7
2.2. Hipertansiyonun Tipleri	8
2.2.1. Esansiyel Hipertansiyon	8
2.2.2. Sekonder Hipertansiyon	8
2.3. Hipertansiyonun Nedenleri ve Risk Faktörleri	9
2.4. Hipertansiyonun Oluşma Mekanizması ve Belirtileri	10
2.5. Hipertansiyon Tedavisi ve Önemi	11
2.6. Kan Basıncı Ölçme İşleminde Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	15
2.7. Öfke ve Öfkenin Tanımı	16
2.8. Öfke Duygusu İle İlgili Kuramsal Yaklaşımlar	17
2.9. Öfkenin Genel Özellikleri	18
2.10. Öfkenin Fiziksel ve Fizyolojik Boyutu	18
2.11. Öfke Belirtileri	20
2.11.1. Fizyolojik Belirtiler	20
2.11.2. Zihinsel Değişimler	20
2.11.3. Davranışsal Değişimler	21
2.12. Öfkenin Nedenleri	21

2.13. Öfkenin Türleri.....	23
2.12.1. Sürekli ya da Yıkıcı Öfke.....	23
2.12.2. Anlık, Durumluluk ya da Yapıcı Öfke.....	23
2.14. Öfke İfade Tazları.....	23
2.14.1. Öfkenin İçe Yönelmesi.....	24
2.14.2. Öfkenin Dışa Yönelmesi.....	25
2.14.3. Öfkenin Kontrol Edilmesi.....	25
2.15. Öfkenin İfade Edilmesini Etkileyen Etkenler.....	26
2.16. Öfkenin Sonuçları.....	26
2.17. Öfkeyle Başa Çıkmanın Yolları.....	27
2.17.1. Öfkenin Kabul Edilmesi.....	27
2.17.2. Öfkenin kaynağını bulunması.....	27
2.17.3. Neden öfkeli olunduğunun anlaşılması.....	28
2.18. Öfke Kontrol Eğitimi.....	28
2.18.1. Girişkenlik Eğitimi.....	29
2.18.2. Problem Çözme.....	30
2.18.3. Daha İyi İletişim.....	30
2.18.4. Düşünceleri Değiştirme.....	31
2.18.5. Çevreyi Değiştirme.....	33
2.18.6. Mizah Kullanma.....	33
2.18.7. Gevşeme ve Nefes Egzersizi.....	34
2.18.8. Müzik Terapi.....	35
2.19. Öfke ve Hemşirelik Girişimleri.....	35
2.20. Hipertansiyon ve Öfke İfadesi.....	36
2.21. Duygu ve Tanımı.....	38
2.22. Duygu Kontrol ve Hipertansiyon.....	39
2.23. Türkiye’de Duygu Kontrol Durumu ile İlgili Yapılmış Çalışmalar.....	40

3. MATERYAL ve METOD	41
3.1. Araştırmanın Türü.....	41
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	41
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	41
3.4. Verilerin Toplanması.....	42
3.4.1. Hasta Tanıtım Formu.....	43
3.4.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ).....	43
3.4.3. Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği (CDKÖ).....	44
3.5. Öfke Kontrol Eğitimi ve Hemşirelik Girişimi.....	44
3.6. Uygulanan Öfke Kontrol Eğitim Programı.....	47
3.7. Araştırmanın Değişkenleri.....	51
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	52
3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	52
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	53
4. BULGULAR	54
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	64
6. KAYNAKLAR	76
7. EKLER	88
EK-I: TANITICI ÖZELLİKLER FORMU	88
EK-II: SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ.....	90
EK-III: COURTAULD DUYGU KONTROL ÖLÇEĞİ.....	93
EK-IV: BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU.....	95
EK- V: EĞİTİM ESNASINDA HASTALARA VERİLEN FORMLAR.....	97
EK-VI: ETİK KURUL İZİN FORMU.....	106
EK-VII: ARAŞTIRMANIN YAPILMASI İÇİN GEREKLİ İZİN YAZISI.....	107
ÖZGEÇMİŞ.....	108

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 1. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kontrol Değişkenleri Açısından Değerlendirilmesi.....	52
Tablo 2. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	55
Tablo 3. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Testte SÖÖTÖ Alt Boyutlarının Min.-Max. ve Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	57
Tablo 4. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Testte CDKÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Min.-Max. ve Ortalama Puanlarının Dağılımı.....	58
Tablo 5. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test ve Son Test SÖÖTÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	59
Tablo 6. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test ve Son Test CDKÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	62

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil No

Sayfa No

Şekil 1. Araştırma Uygulama Şeması.....47

KISALTMALAR VE SİMGELER

SÖÖTÖ: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği

CDKÖ: Cortauld Duygu Kontrol Ölçeği

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

ÖZET

ÖFKE KONTROL EĞİTİMİNİN HİPERTANSİYON TANISI ALAN HASTALARIN ÖFKE VE DUYGU KONTROL DURUMLARINA ETKİSİ

Tuğba BEYAZASLAN

**Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Danışman: Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ
2012, 108 sayfa**

Araştırma hipertansiyon tanısı almış hastalara verilecek öfke kontrolü eğitiminin, hastaların öfke ve duygu kontrol durumlarına etkisini belirlemek amacıyla, kontrol gruplu ön test- son test yarı deneysel model olarak yapılmıştır. Gaziantep Şehitkâmil Aile Sağlığı Merkezi'nde en az 6 aydır hipertansiyon tanısı almış tüm hastalar araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklemini ise araştırma kriterlerine uyan 33 araştırma ve 33 kontrol grubu olmak üzere toplam 66 hasta oluşturmuştur. Veriler Mart-Temmuz 2011 tarihleri arasında, Hasta tanıtım formu, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, Courtauld Duygu Control Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdellik, aritmetik ortalama ve standart sapma, bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi ve ki-kare analizi kullanılmıştır. Araştırma grubundaki hastaların ön-testte sürekli öfke puan ortalamalarının 26.06 ± 2.22 , son-testte 19.48 ± 3.00 , ön-testte öfke içte puan ortalamalarının 25.42 ± 2.64 , son testte 20.03 ± 3.24 , ön-testte öfke dışı puan ortalamalarının 18.66 ± 4.07 , son-testte 16.18 ± 3.03 , ön-testte öfke kontrol puan ortalamalarının 15.75 ± 2.58 , son-testte 20.75 ± 2.57 olduğu saptanmıştır. Araştırma grubundaki hastaların ön-teste göre son-testte; sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı puanlarındaki görülen azalmalar ve öfke kontrol düzeylerindeki artış istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastalarda ise anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p > 0.05$). Araştırma grubunda ön-testte CDKÖ toplam puan ortalaması 55.03 ± 7.64 , son-testte 49.45 ± 5.90 olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu ($p < 0.001$), kontrol grubunda ise farkın anlamlı olmadığı ($p > 0.05$) bulunmuştur. Sonuç olarak, uygulanan öfke kontrol eğitimi hipertansiyon hastalarında sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı ve duygu kontrol düzeyini düşürmede ve öfke kontrol durumlarını arttırmada etkili olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Öfke ve Duygu Kontrol Durumu, Öfke Kontrol Eğitimi, Hipertansiyon

ABSTRACT

THE EFFECT OF AN ANGER CONTROL EDUCATION ON ANGER AND EMOTION CONTROL OF PATIENTS WITH HYPERTENSION

Tuğba Beyazaslan

Master Thesis, Department Of Nursing
Master Programme Of Nursing Of Psychiatry
Consultant: Yrd. Doç. Dr. Derya Tanrıverdi

2012, 108 Pages

This research have been done as a pre-test post-test with control group of quasi-experimental method so as to determine the effects on patients' anger and emotions controls of anger control education given for patients with hypertension. All the patients diagnosed as hypertension at least for 6 months in Gaziantep Şehitkâmil Family Health Center during the research constitute the research population. The sample of the research has been consisted of 66 patients who are suitable for the criteria of the research, 33 patients in experimental group and 33 patients in control group. The data has been collected between May and September 2011 by using the patient information form, the continuous anger- anger expression style scale and The Courtauld Emotion Control Scale. For evaluating the data, percentile, arithmetic mean, standard deviation, t-test for dependent and independent groups and chi-square analysis has been used. It is found that in the experimental group the average score of for the pre-test is 26.06 ± 2.22 , and for post-test 19.48 ± 3.00 . The average score of the pre-test the anger-in is 18.66 ± 4.07 and it is 20.03 ± 3.24 in post-test. The average score of the pre -test the anger-out in pre-test is 18.66 ± 4.07 and it is 16.18 ± 3.03 in post-test. The average score of the pre -test the anger control is 15.75 ± 2.58 and it is 20.75 ± 2.57 in post-test. The decreases in the score of the continuous anger, anger-in and anger- out and the increase the score of the anger control of the patients in experimental group in post-test compared with pre-test are significant ($p < 0.001$). It is not important difference in the patients in control group ($p > 0.05$). It has been understood that in experimental group, the mean score of "CDKÖ" in pre-test is 55.03 ± 7.64 and it is 49.45 ± 5.90 in post-test and this difference is significant ($p < 0.001$), on the other hand, the difference in control group is not significant ($p > 0.05$). Consequently, the anger control education has been effective on decreasing the level of continuous anger, anger- in, anger-out and emotion control of the patients with hypertension, and increasing their ability about to control their anger.

Key Words: Anger and Emotion Control, Anger Control Education, Hypertension

1. GİRİŞ VE AMAÇ:

1.1. Giriş ve Amaç

Hipertansiyon ülkemizde ve dünyada sık rastlanan, ölüm nedenleri açısından göz ardı edilemeyecek önemli bir sağlık sorunudur. Hipertansiyon, kendi başına öldürücü değildir; fakat tedavi edilmediğinde hipertansiyonun sonuçları öldürücü olabilir (1,2).

Hipertansiyon global ve artan bir epidemiktir. Dünya genelinde 1,5 milyar insanı etkilemektedir (3). Türk Hipertansiyon İnsidans Çalışması'na göre Türkiye'de 2003'de, 15 milyon olan hasta sayısının 2008'de 18.5 milyona ulaştığı kaydedilmiştir (4).

Hipertansiyonun bu denli yüksek prevalansı yanında dikkat çeken bir diğer sorun, hipertansif bireylerin yalnız yarısının hipertansif olduklarının farkında olmaları ve farkında olanların da yalnız yarısının tedavi aldıkları gerçeğidir. Tedavi alanlarda yeterli kontrol ise en iyi koşullarda %25-30'ları geçmemektedir. Bu veri, hipertansif hastaların yaklaşık %70'inin ya hiç tedavi edilmediğini ya da yetersiz tedavi edildiğini göstermesi açısından oldukça önemlidir. Ülkemizde bu konuda yeterli veri olmamakla birlikte tedavi alanlarda iyi kontrol oranının %15-20'den daha fazla olmadığı düşünülmektedir (5).

Hipertansiyon, görülme sıklığı yaşla artan toplumsal bir sağlık sorunudur. Erken tanı ile kontrol altına alınabilen, geç kalındığında, iskemik kalp hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar gibi ölümcül seyreden komplikasyonlara ya da organ engeline yol açan küçümsenmemesi gereken ciddi bir hastalıktır (6). Tedavinin erken dönemde başlanıp, uzun süre devam ettirebildiği takdirde, yaşam tarzı değişiklikleri, milyonlarca vakayı hipertansif olmaktan koruyabilir (7).

Hipertansiyon, esansiyel (primer) hipertansiyon ve sekonder hipertansiyon olarak iki grupta incelenmektedir. Sekonder hipertansiyonun etiyolojisi bellidir ve tüm hipertansiyonluların %5'ini kapsar. Önemli bir halk sağlığı sorunu olan esansiyel hipertansiyonda ise etiyoloji kesin olarak belli değildir ve tüm hipertansiyonluların %95 'ini kapsamaktadır (8,9,10,11). Esansiyel hipertansiyonda yaş, cinsiyet, yüksek miktarda tuz ve alkol tüketimi, yüksek kalorili beslenme, düşük aktivite düzeyi, yorgunluk, kişilik özellikleri, stres gibi psikolojik etmenler risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Sosyal stres ve çatışmaların yüksek tansiyon ile ilişkili olduğu belirtilmiş, psikolojik faktörlerin de hipertansiyon oluşumuna katkıları olduğu düşünülmektedir (11). Hipertansiyon gelişme riskinin psikolojik stresi yüksek olan kişilerde sekiz kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (12).

Hipertansiyon etiolojisinde psikolojik faktörlerin rol oynaması nedeniyle, tedavisinde hastaların psikolojik durumları, sosyal ilişkileri ve çevreyle etkileşimlerini de içine alan geniş bir bakış açısı ile ele alınması gerekmektedir (13).

Kan basıncındaki hafif artışlar, farmakolojik olmayan yöntemlerle tedavi edilebilir (14). Hipertansiyon ve onunla ilişkili kardiyovasküler hastalıkların kontrolünde geleneksel yaklaşım ilaç tedavisine odaklanmakla birlikte, ilaç dışı tedavi ya da yaşam şekli değişiklikleri, bazı vakalarda tedavi biçimi ya da ilaç tedavisinin tamamlayıcısı olarak, aynı zamanda kardiyovasküler hastalık riskini de azaltan bir yaklaşım olarak büyük öneme sahiptir (15).

İnsan duyuları ve duyguları ile yaşayan bir varlıktır. Duyu ve duyguları önce tanımak sonra da kontrol etmek yaşantımızın en önemli yönlerinden birisidir (16). Burada amaç duyguları bastırmak değil dengede tutmaktır. İnsanın kendini iyi hissetmesi için tatsız duygulardan kaçınması gerekmez, ancak bu fırtınalı duyguların tüm olumlu ruh hallerinin yerini alacak şekilde kontrolden çıkmaması gerekir (17). Duygular fazlasıyla bastırıldığında donukluk ve uzaklık yaratır, kontrolden çıktığında ise patolojik bir hale gelerek bireye zarar verir (18). Kronik hastaların çoğunda öfke, kaygı, mutsuzluk gibi olumsuz duygular sık yaşanır. Hastaların bu duygularını hangi ölçüde kontrol ettiklerinin belirlenmesi, hastaların bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması açısından gereklidir (19). Bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal motifleri, genel sağlık durumunun sürdürülebilirliğine olumlu ve olumsuz etki eder. Fiziksel sağlık, sağlığın duygusal boyutunu etkilediği kadar duyguların sağlıklı ifadesi ve yönetimi de, fiziksel sağlığı etkiler (20).

İnsanların kaçınmak istedikleri duygular arasında en uzlaşmaz olanı öfkedir. Her bireyin öfke gibi duygularını ifade etme biçimi birbirinden farklıdır (21). Öfke bizim temel duygularımızdan birisi olmasına rağmen ne yazık ki çoğunlukla uygun olmayan bir tarzda öfkeyle başa çıkmaya çalışılır. Birçok kişi öfkeyle baş etmek için öfkeyi bastırmayı ya da patlama tarzında zorbaca davranışlar sergileyerek başkalarına zarar verici ve onları küçük düşürücü tarzda davranarak ifade etmeyi öğrenmiştir (22,23). Bazı bireyler de öfkelerini kendini suçlama ve yargılama biçiminde içte tutabilir ki, bu durum depresyona, intihara ya da hipertansiyon gibi çeşitli fiziksel hastalıklara zemin hazırlayabilir (21). Bastırılan, içte tutulan öfke hipertansiyon, migren gibi psikosomatik rahatsızlıklar olarak ortaya çıkmakta, kişiler arası ilişkileri bozabilmekte, kişinin yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemekte ve yaşam süresini de kısaltmaktadır. Kişinin hem öfkesini dışa vurma isteği, hem de pasif ve uyumlu davranma gereksinimi arasındaki çatışmanın uzun süre yaşanması, yüksek tansiyonun bir

nedeni olarak bildirilmektedir (11,24,26). Sık ya da sürekli yaşanan öfke durumu bireyde hipertansiyona sebep olmaktadır (27). Öfke damar elastikiyetini bozarak kalıcı hipertansiyon oluşur (28).

Öfke duygusunun yanlış ifade edilmesinin kan basıncını olumsuz etkilediği yapılan araştırmalarla ortaya konulduğu görülmektedir (26,29,30).

Yapılan araştırmalardan; Ulutürk'ün (2006) çalışmasında, Antihipertansif kullanan bireylerde sürekli öfke düzeyi ve öfke içte tutma durumları karşılaştırma grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (31). Raikönen ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında orta yaş grubu kadınların öfke ve anksiyete düzeylerinin yükselmesi hipertansiyon olasılığını arttırdığı görülmüştür (32). Schum ve arkadaşları (2001) sürekli öfke ve kan basıncı arasındaki ilişkiyi incelemiş, öfke ile sistolik kan basıncı arasında pozitif bir ilişki bulmuştur (33). Scuteri ve arkadaşlarının (2001) yaptığı araştırmada da sürekli olarak öfkeyi bastırmanın yüksek tansiyon gerilimine neden olabileceği belirtilmiştir (34).

Öfkenin doğrudan ifade edilmesinin de ya da tamamen bastırılmasının getirdiği psikolojik ve somatik sorunlar, öfke duygusunun araştırılması ve bu duyguyu ele alma konusunda sağlık personeline önemli uyarın olmuştur, hem hastanede hem de hastane dışında müdahale etmenin gereği ortaya çıkmıştır (35). Öfke kontrolü, onun bastırılması ya da saklanması ile değil; öfkenin tanınması ve sağlıklı bir şekilde ifade edilmesi ile olur. Bireyler ancak öfkelerini tanıdıklarında, onun zararından kurtulabilirler ve kendileri için yapıcı bir şekilde ifade edebilirler (36).

Hipertansiyon hastalığı olan bireylere öfke ifadesi ve kontrolü konusunda eğitim verilmesinin, hastalığa uyum sağlama açısından yararlı olacağı ve hipertansiyon ataklarını önleyeceği düşünülmektedir (13). Yurt dışında yapılan çalışmalarda hipertansiyonlu hastalarda öfke ifade durumları hastalıkla ilişkili bulunmuş, hastalara verilen öfke kontrol eğitiminin kan basıncını düşürdüğü gözlenmiştir. Jorgensen ve arkadaşlarının 2002'de hipertansiyon için önemli olan kaygı duygusuna yönelik olarak "Esansiyel Hipertansiyonun Tedavisinde Kaygı Yönetimi Eğitimi" adlı çalışmalarında 21 Esansiyel Hipertansiyonlu hastaya Kaygı Yönetimi Eğitimi uygulanmış ve sonuç olarak eğitimden sonra diyastolik ve sistolik kan basınçlarında düşüşler gözlenmiştir (37). Larkin ve Zayfert'in (1996) hafif esansiyel hipertansif hastalarda öfke yönetimi eğitiminin verildiği çalışmasında 6 haftalık bir öfke kontrol eğitimi sonrası ölçümde araştırma grubunun kan basıncı değerlerinde anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Eğitim uygulanmayan kontrol grubu için ise kan basıncı

değerlerinde anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir (38). Türkiye’de ise hipertansiyonlu bireylerin öfke ifade tarzlarını belirlenmesine yönelik olarak birçok çalışma olmasına rağmen, hipertansiyonlu hastalara Öfke Kontrol Eğitimi verilen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sağlık bakımı veren kişi olarak hemşirenin buradaki sorumluluğu hastanın hipertansiyon ve öfke kontrolünü sağlama konusunda hastaya gerekli bilgi ve eğitimi sağlayarak bu durumlardan kaynaklanan bir olumsuzluk yaşamamasını sağlamaktır. Öfke duygusuyla ilişkili ve kronik bir hastalık olan hipertansiyonda, öfke ve diğer duyguların kontrol durumlarının belirlenmesi ve öfke kontrolü konusunda hastaya gerekli eğitimin verilmesi, hastaların öfke durumlarını kontrollü yaşayarak, bilinçlenmesi, hastalığın seyri ve yaşam kalitesini artırması yönünden büyük önem taşımaktadır.

1.1 Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, hipertansiyon hastalarına verilen öfke kontrol eğitiminin hastaların sürekli öfke, öfke ifade tarzlarına (öfke içte, öfke dışı ve öfke kontrol) ve duygu (öfke, kaygı ve mutsuzluk) kontrol durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2.Araştırmanın Hipotezleri

Hipertansiyon hastalarına verilen Öfke Kontrol Eğitimi;

H₁ Hastaların öfke kontrol durumlarını artırır

H₂ Hastaların sürekli öfke, öfke içte tutma ve kontrolsüzce öfke dışı vurum düzeylerini azaltır.

H₃ Hastaların duygularını bastırarak kontrol durumlarını azaltır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. HİPERTANSİYONUN TANIMI VE ÖNEMİ

Arteriyel yatakta dolaşan kanın arter duvarına yaptığı basıncın yüksek olması durumuna hipertansiyon denir (39). Hipertansiyon sistolik kan basıncının 140 mmHg ve diastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olması şeklinde tanımlanır (10,40,41).

2.1.1. Arteriyel Kan Basıncı (AKB): Damar içinde bulunan kanın damar duvarına lateral olarak yaptığı basınçtır. Arteriyel kan basıncının sürekli yüksek olması hali yani normal kabul edilen sınırların üstüne çıkmasına, sistemik arteriyel hipertansiyon, sistemik hipertansiyon veya hipertansiyon denir (10).

2.1.2. Diastolik kan basıncı (DKB): Kalp siklusunun diastol periyodunda yani sol ventrikülün dolması esnasında kaydedilen kan basıncıdır. Arteriyel sistemdeki basıncın en düşük olduğu seviyedir. Buna minimal kan basıncı da denir.

2.1.3. Bazal kan basıncı: Sabah kalkınca hiçbir hareket yapmadan ölçülen kan basıncıdır. Bu, kan basıncı ölçümü için en uygun zamandır (10).

Nasıl su borularında basınç artışı, tıkanma ve patlamalara yol açarsa, hipertansiyon da damarlarda patlamalara ve tıkanmalara yol açar. Tüm organ ve dokularda damar olduğu için hipertansiyon tüm vücudu etkileyebilir. En çok zarar gören organlar; kalp, beyin, böbrekler, büyük atardamarlar ve gözlerdir. Hipertansiyon bu organları etkileyerek kalıcı sakatlıklara, felçlere ve ölümlere yol açabilir (42).

Hipertansiyon kişiler ve toplum için çok önemli bir hastalıktır. Araştırma çalışmaları, tedavi edilmeyen hipertansiyonun, kalp yetersizliği, koroner kalp hastalığı, hemorajik ve trombotik inmeyi, böbrek yetmezliğini, periferik arter hastalıklarını ve ölüm oranını arttırdığını açıkça göstermektedir (10). Diğer organ hastalıklarına neden olmasının yanı sıra, hasta mortalite ve morbiditesi üzerinde oldukça önemli etkileri vardır. Hipertansiyon birinci basamak hekimliğinin günlük uygulamalarının oldukça önemli bir kısmını oluşturmaktadır. 1997 yılında ABD’de birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan en sık ikinci başvuruyu % 6.7 ile hipertansiyon oluşturmuştur (43). Dünyada her yıl 7 milyon insan hipertansiyondan ölmekte ve 1.5 milyar insan bu hastalıkla yaşamaya devam etmektedir. Ancak gerek dünyada, gerekse ülkemizde hipertansiyon farkındalık oranları ve kan basıncı kontrol oranları istenilen düzeylerde değildir (44).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre hipertansiyonun insan ve toplum sağlığına olduğu kadar, toplumsal ve ekonomik gelişme üzerinde de olumsuz etkileri vardır. Sadece A.B.D'de 50 milyon yetişkinin ¼'ü hipertansiyondan etkilendiği, her yıl 29 milyon iş günü kaybı olduğu, hipertansiyona bağlı hastalıklar için iki milyar Amerikan Doları harcandığını aktarmaktadır (45).

Hipertansiyon sıklığı, tüm Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de yaşa bağlı olarak artmaktadır. Dünyada 2000 yılı itibariyle 972 milyon insanda hipertansiyonun var olduğu ve erişkin nüfusun %26.4'ünü oluşturduğu bildirilmektedir. Ülkemizde hipertansiyon prevalansını saptayan ilk tarama, 1990 yılında yapılan TEKHARF çalışması olup ardından 1995, 1998, 2000 yıllarında takip taramaları yapılmıştır. Toplumumuzda yaklaşık 15-16 milyon hipertansiyon hastasının olduğu öngörülmektedir (1,5,46,47).

2.2. HİPERTANSİYONUN TİPLERİ

Hipertansiyon, esansiyel (primer) hipertansiyon ve sekonder hipertansiyon olarak iki grupta incelenmektedir.

2.2.1. Esansiyel Hipertansiyon (Primer Hipertansiyon) : Primer (esansiyel) hipertansiyonun nedeni kesin bilinmemektedir. Görülme sıklığı fazladır (48). Mevcut hipertansiyon hastalarının %95'i bu gruptadır (11,49,50).

Sebebi belli olmayan hipertansiyon gelişiminde en önemli faktörlerin fazla kalori, yüksek tuz alımı, düşük potasyum alımı, fiziksel inaktive, aşırı alkol tüketimi ve psiko-sosyal stres olduğu bilinmektedir (48). Tedavinin erken dönemde başlanıp, uzun süre devam ettirebildiği takdirde, yaşam tarzı değişiklikleri, milyonlarca vakayı hipertansif olmaktan koruyabilir (7).

Esansiyel hipertansiyon; gelişimindeki faktörlerin önlenabilir olması, toplumda son derece yaygın olması ve tekrar kontrolünü sağlamak için yoğun çaba gerektirmesi nedeniyle halk sağlığı çalışmaları açısından önemlidir. Tedavisi uzun sürelidir (48).

2.2.2. Sekonder Hipertansiyon: Hipertansiyonun bir diğer şekli olan sekonder hipertansiyon ise, nedeni bilinen ve belli bir organ hastalığına bağlı olarak gelişen hipertansiyondur. Hipertansiyon hastalarının sadece %5'i bu kısma girer (8,39). Hipertansiyon böbrekte oluşan rahatsızlık ve hormonal bozukluk sonucu ortaya çıkar. Nedeni bilinen bir durum olduğu için buna sekonder hipertansiyon denir. Çeşitli ilaçlar, beyinde oluşan tümör ya da hasar, kalpten çıkan damarın (aort) dar olması da bu duruma yol açar.

Hipertansiyonun bilinen nedenleri; uyku apnesi, kullanılan ilaçlar, kronik böbrek hastalığı, primer aldosteronizm, renovasküler hastalık, bilinçsiz steroid kullanımı ve cushing sendromu, feokromasitoma, renovasküler hastalık, aort koarktasyonu, tiroid ya da paratiroid hastalığıdır (51).

24 saatlik kan basıncı takibinde, kan basıncında düşüklüğün olmaması sekonder hipertansiyonu düşündürür (52). Hipertansiyonu olan hastaların genelinde sekonder bir neden aramak maliyet etkinliği iyi olmayan bir uygulamadır. Ancak iki durumda önem kazanır. İlk değerlendirmede sekonder bulgularının olması ve hipertansiyonun çoklu yoğun ilaç tedavisi ile hastaneye yatış gerektirecek kadar ciddi olmasıdır (7).

2.3. HİPERTANSİYONUN NEDENLERİ VE RİSK FAKTÖRLERİ

Hipertansiyon üzerinde en çok durulan psikosomatik hastalıklardan biridir. Yaş, cinsiyet, yüksek miktarda tuz ve alkol tüketimi, obezite, yüksek kalorili beslenme, düşük aktivite düzeyi, yorgunluk, kişilik özellikleri, stres gibi duygusal etmenler esansiyel hipertansiyon etiolojisinde rol oynayan bazı risk faktörleridir (53). Yaşın ilerlemesiyle arterler elastikiyetini kaybederek kalınlaşır ve kanın damar duvarına karşı direnci artar ve hipertansiyon oluşur (54).

Hipertansiyon genellikle diğer risk faktörleri ile birlikte görülür. Bu nedenle hipertansiyon tedavisinde diğer risk faktörlerini de dikkate alan ve toplam riski azaltmaya çalışılan bir strateji izlenmelidir (5).

Hipertansiyonun nedenleri arasında başta stres, şişmanlık, günlük diyet öncelikli sıradadır. Bu faktörler genetik yatkınlıkla birleşince hipertansiyon ortaya çıkmaktadır. Araştırmalar hipertansiyon patogenezinde psikososyal faktörlerin rol oynadığını desteklemektedir (55,56,57). Her gün sürekli strese maruz kalma hipertansiyona neden olmaktadır. Bireylerin birbirleriyle iletişimini, birbirlerine egemen olmalarını, rekabete girmelerini gerektiren stres durumlarında da saldırgan bireylerde kan basıncı artışı daha fazla olmaktadır (10). Hipertansiyon gelişme riskinin psikolojik stresi yüksek olan kişilerde sekiz kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (12). Stresli olaylar karşısında organizma fizyolojik ve psikolojik tepkilerle baş etmeye çalışır. Bireyin baş etme yöntemleri bu durum karşısında yetersiz kalırsa hipertansiyon gibi sonuçlarla karşılaşılabilir (58). Sosyal stres ve çatışmaların yanı sıra yetersiz sosyal destek sisteminin yüksek tansiyon ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (11).

Hipertansiyon, hem etiolojisinde duygusal nedenlerin rol oynaması hem de seyri sırasında psikiyatrik belirtilerin ve bozuklukların ortaya çıkması nedeni ile ruh sağlığı çalışanları tarafından yıllardır araştırılmaktadır. Hipertansiyonun baskılanmış duygulara karşı bir tepki, bir uyum ve savunma mekanizması olduğu kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda; aşırı kontrollü ve uyumlu olma, işte sürekli çaba gösterme, agresif dürtüleri bastırma gibi özelliklerin hipertansiyona yatkınlığa neden olduğu gösterilmiştir (53).

Kişilerin kendilerini tanımladığı saldırganlık düzeyi ve kan basıncı, yüksekliği arasında ilişki bildirilmiştir. Bu kişilerin öfkeyi, kaygıyı ve sosyal olarak iyi karşılanamayan duyguları inkâr ettikleri gibi, aslında saldırganlıklarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Düzenli ve geleneksel bir yaşamın hüküm sürdüğü kırsal yörelerden, düzensiz kent çevrelerine göç etmiş olan insanlarda, çağdaş kent koşullarının hipertansiyon oluşumuna katkıda bulunduğu görülmektedir (10).

2.4. HİPERTANSİYONUN OLUŞMA MEKANİZMASI VE BELİRTİLERİ

Arteriyel kan basıncı; kalp debisi ve sistemik damar direncinin toplamıdır. Bunlardan birinin ya da her ikisinin artmasıyla hipertansiyon ortaya çıkar (59).

Hipertansiyona yatkın kişilerde, duygusal streslere cevap olarak sempatik sinir sisteminin etkilenmesiyle, vasküler vazokonstriksiyon ve diğer otonomik cevapların sonucu olarak hipertansiyon ortaya çıkmaktadır. Duygusal stres sonucu vazomotor merkez üzerindeki baskılanma azalır ve uyarı çıkışı artar. Bu değişiklikler sonrası stres sempatik sistemdeki uyarı çıkışını daha da çoğaltır. Sempatik sistemde uyarı çıkışının artması damar direncini artırır. Dolayısıyla direnci artmış damarlarda vazokonstriksiyon sonucu da hipertansiyon gelişmektedir (53). Stres ortaya çıktığında sistemin verdiği cevabın etkisi, bireyin genetik kapasitesine, fiziksel durumuna, kişisel gelişimine ve duygusal sağlığına bağlıdır (60).

Kardiovasküler ve serebrovasküler hastalıkların en büyük risk faktörlerinden biri olan yüksek kan basıncının morbidite ve mortalitesinin yüksek olmasının en önemli nedeni sinisi gelişmesidir. Daha prehipertansif dönemde bile adrenerjik aktivite artar. Bir yandan kalp hızı ve kontraktilesi artar ve kalbe venöz dönüşün hızlanmasıyla kalp debisi yükselirken, diğer yandan renin-angiotensin-aldosteron sistemi devreye girerek su ve sodyum tutulumuna ve periferik vazokonstriksiyona neden olur. Hipertansiyon geliştikçe plazma volümü azalır ve periferik damar direnci artar (61).

Sempatik Adrenal Medulla sistemi, öfke duygusunun yoğun ve şiddetli araştırmalarıyla tetiklendiğinde kişinin duygusal sağlığında kötüleşmeye, sonrasında da

fiziksel sağlığında kötüleşmeye neden olur (62). Sürekli öfkenin de sempatik ve hipotalamo-pit iteradrenokortikal sistemi uyardığı, serum katekolamin düzeyini ve barorefleks duyarlılığını artırdığı ve bunlara bağlı olarak da kan basıncını etkilediği düşünülmektedir (63).

Hipertansiyon, beraberinde başka hastalık yoksa belirti vermeyebilir, ancak sadece hipertansiyona özel olmayan bazı şik yetler de ortaya çıkar. Bunlar; Nörolojik semptomlar; sabah uykudan uyanıldığında, enseden başlayan oksipital bölgeye lokalize olan ve bazen zonklayıcı tarzda olabilen baş ağrısı, baş dönmesi, görme bulanıklığı, depresyon, uykusuzluk ve senkop gibi yakınmalar, Kardiyovasküler semptomlar ise çarpıntı, göğüs ağrısı, nefes darlığı,  arpıntı, Hipertansiflerde görülen otonom sinir sistemi disfonksiyonu; baş dönmesi, senkop, tremor, anormal terleme, görmede bulanıklık ve libido azalması gibi semptomlara neden olabilir. Kulak çınlaması, burun kanaması olan her hastada kan basıncı yüksekliliği d ş n lmeli ve bu yönde araştırma yapılmalıdır. Hipertansiyona sıklıkla renal patolojiler eslik etmektedir. Bunlar Hematüri, noktüri, poliüri, böbrek tasları, renal travma ve hematoma olarak sayılabilir (64).

2.5. HİPERTANSİYON TEDAVİSİ VE ÖNEMİ

Hipertansiyon hastalarının değerlendirilmesinde kan basıncı ölümü, diğer fizik muayene yöntemleri ve beraberinde bazı laboratuvar incelemelerden yararlanılır. Hipertansiyonun kesin teşhisini koyduktan sonra yapılması gereken kardiyovasküler riski belirlemek, etiyolojik faktörleri aramak ve mümkünse düzeltmek, hastayı eğitmek ve etkili bir şekilde tedavi etmektir. Geçtiğimiz on yıl içerisinde inme, kalp yetersizliği ve böbrek yetmezliği insidansındaki artış ile koroner arter hastalığı mortalitesindeki azalmanın durması gibi istenmeyen eğilimlerin ortaya çıkmasında katkıda bulunan en önemli etkenlerden biri hipertansiyonun yetersiz tedavi edilmesidir (7).

Hipertansif hastaların önemli bir kısmı, komplikasyonlar oluştuktan sonra ancak doktora gitmektedirler. Hipertansiyon başlangıçtaki bu sessiz seyrine rağmen, ileri evrelerde kişilerin yaşam kalitesini bozmakta ve yaşam süresini kısaltmaktadır (10). DSÖ Uzmanlar Komitesi;  nlenebilir kardiyovasküler hastalıkları, gençlerde ve orta yaş grubunda elimine etmeyi, yaşlılarda ise önemli  l de azaltmayı, bütün ülkeler için uzun vadeli bir hedef olarak önermektedir. Hipertansiyon kontrolü, karmaşık ve çok boyutlu bir süreçtir. Hipertansiyon kontrolünün amaçları, ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemek için, primer korunma, erken tanı ve uygun tedavidir (65).

Önemli bir sağlık sorunu olan hipertansiyonun toplumda kontrolünü sağlamak amacıyla önerilenler şu şekilde sıralanmaktadır:

- 1-Kişilerin kilo alımının önlenmesi
- 2-Meslekle ilgili olabilecek risk faktörlerinin düzeltilmesi
- 3-Psiko-sosyal problemlerin azaltılması ve
- 4-Eğitim düzeyinin yükseltilmesidir (66).

Psikolojik etmenler, kişilik özellikleri ve emosyonel stres, sağlıklı yaşam tarzı niteliklerini azaltarak hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar için risk oluşturur. Emosyonel stres kan basıncında akut yükselme yapabilir. Biyolojik geri besleme, meditasyon, psikoterapi gibi bilişsel davranışsal yaklaşımlar kan basıncında kısa süreli düşme sağlayabilirler (67). Kronik bir hastalık olan hipertansiyonda, yaşam kalitesinin artırılması yanı sıra hemşirelik bakımının amacına ulaşmasında, hastaların biyo-psiko-sosyal yönleriyle “bütüncül” olarak ele alınması gerekir. Bu yaklaşımın hastane klinikleri ve poliklinikleri kadar toplum sağlığı açısından da önemli olduğu göz ardı edilmemelidir (68).

AKB'nin normal sınırlarda tutulması, morbidite ve mortaliteyi azaltır. Hipertansif hastalarda 5 yıl süreyle DKB'nın 5-6 mmHg düşürülmesi, SKB'nin de 10-14 mmHg düşürülmesi mortalitede %17, felç riskinde %38, koroner kalp hastalığı riskinde %16 oranda azaltma sağladığı ortaya konulmuştur (10,69).

Orta veya şiddetli hipertansiyonu veya birden fazla risk faktörü, diyabeti, hedef organ hasarı veya eşlik eden klinik hastalığı bulunan hastalarda, yaşam şekli değişikliği ile birlikte ilaç tedavisine başlanmalıdır. Yaşam değişikliğine rağmen kan basıncı kontrol altına alınamayan hafif hipertansiyonlu hastalarda da ilaç tedavisine başlanmalıdır (9).

Hipertansiyon tedavisinde kullanılan ilaçlar diüretikler, beta-blokerler, kalsiyum kanal blokerleri, ACE anjiyotensin konverting enzim inhibitörleri ve alfa blokerlerdir (70).

Antihipertansif tedavinin amaçları:

- 1.Sistolik ve diyastolik kan basıncını 140/90 mmHg'nın altına düşürmek,
2. Hedef organ hasarını durdurmak veya geriletmek,
3. Ateroskleroza önlemek,
4. Yaşam kalitesini bozmamaktır (71).

Antihipertansif ilaçlar bazı hastalarda kötüleştirici bazılarında da yararlı etkilere sahip olabilir. Bu nedenle hipertansiyonla birlikte hastalığı da tedavi eden anti-hipertansiflerin seçilmesi tedaviyi birleştirmekte hem de maliyeti azaltmaktadır. İlaç seçimi her hastaya göre farklı olmalı yani tedavi kişileştirilmelidir (72).

Gerek gelişmiş ülkelerde gerek Türkiye’de antihipertansiflerin doğru bir biçimde kullanım oranları oldukça düşüktür. Hastanın kullandığı ilaç sayısı ve dozu arttıkça, ilaç tedavisini düzenli sürdürme oranı düşmektedir. Yine antihipertansiflerin sayısı ve dozu arttıkça yan etkileri de artmaktadır (73).

Antihipertansif ilaç tedavisinde JNC (Joint National Committee) tarafından belirtilen kriterler aşağıda gösterilmiştir:

1. Hipertansiyon hastalarının büyük bölümünde hedeflenen kan basıncı düzeylerine ulaşmak için iki veya daha fazla anti-hipertansif ilaca başlanabilir.

2. Yeterli dozlarda uygulanan tek ilaç, hedeflenen kan basıncı değerlerine ulaşmakta yetersiz kaldığında farklı bir ilaç grubundan ikinci bir ilaca başlanmalıdır.

3. Kan basıncı, hedeflenen değerlerin 20/10 mmHg üzerinde ise iki ilaçla tedaviye başlanması düşünülmelidir.

4. Diyabetik, otonomik disfonksiyonu olan bazı yaşlı hastalar gibi ortostatik hipotansiyon riski taşıyan bireylere özellikle dikkat edilmesi önerilmektedir (74).

Kan basıncındaki hafif artışlar, farmakolojik olmayan yöntemlerle de tedavi edilebilir. (14). Hipertansiyon ve onunla ilişkili kardiyovasküler hastalıkların kontrolünde geleneksel yaklaşım ilaç tedavisine odaklanmakla birlikte, ilaç dışı tedavi ya da yaşam şekli değişiklikleri, bazı vakalarda tedavi biçimi ya da ilaç tedavisinin tamamlayıcısı olarak, aynı zamanda kardiyovasküler hastalık riskini de azaltan bir yaklaşım olarak büyük öneme sahiptir (15).

Kronik hastalıklar bireyin yaşamını hem olumsuz bir şekilde etkilemekte hem de bireye belli kurallara uyma ve belli bir yaşam tarzı geliştirme zorunluluğu getirmektedir. Kronik hastalıklarda tedavinin amacı; hastayı eski sağlığına kavuşturmak ya da iyileştirmek değil, bireyin hastalığına ve tedavi programına uyumunu ve işbirliğini sağlamaktır. Böylece birey dengeli ve kaliteli bir yaşama kavuşabilir (35).

Kan basıncının kontrolünün yanında komplikasyonlarının önlenmesi, kardiyovasküler morbidite ve mortalitenin azalması, yan etkilerin en aza indirilmesi, hastanın yaşam kalitesinin düzeltilmesi ve tedavi maliyetinin azalması da son derece önemlidir (75).

DSÖ/ Uluslararası Hipertansiyon Derneği Kılavuz Kurulu’nun ve JNC-7’de önerilen yaşam tarzı değişikliklerinde;

1. İdeal kiloya gelebilmek için kilo kaybı,

2. Katı yağların kesilmesi
3. Alkol ve kafein tüketiminin ölçülü olması,
4. Sigaranın bırakılması,
5. Fiziksel aktiviteyi artırma,
6. Günlük sodyum miktarının 6 gramın altında olması,
7. Diyetle potasyum alımının artırılması,
8. Folik asit, anti-oksidan vitaminler verilmesi (E, C vit.)
9. Psikojenik faktörlerin-stres faktörlerinin mümkün olduğu kadar azaltılması ve gevşeme tekniklerini kullanmak
10. Diğer davranış değişikliklerini sağlamak yer almaktadır (40,73,76).

İlaç dışı girişimler arasında stresi azaltmanın ve gevşeme sağlanmasının kan basıncı üzerinde yaralı etkileri vardır. Gevşemenin mantığı uygun bir şekilde anlatılırsa hastaların çoğu tarafından uygulanabilir ve kan basıncını düşürmede önemli bir yöntemdir. Yalnızca kan basıncını düşürmez çoğu hastada önemli psikolojik etkileri de vardır. Bu psikolojik etki, ilaç dışı tedavilerin başarısı için gereklidir. Hipertansiyona yatkın insanlarda stres, fizyolojik bir uyarı, sonrasında da kan basıncı artışı ile ilişkili olabilir. Bu nedenle stresle başa çıkma becerisini kazanmak önem kazanmaktadır (77).

Emosyonel stres kan basıncında akut yükselme yapabilir. Biyolojik-geri besleme (biological feed-back), yoga, transandantal meditasyon, psikoterapi gibi kognitif-davranışsal yaklaşımlar kan basıncında kısa süreli düşme sağlayabilirler (78).

Türkiye’de yaygın bir hipertansiyon korunma programı yoktur. Ülkemiz için öncelikle hastalığın yaygınlığını ve risk gruplarını ortaya koyacak araştırmalara, klinisyen ve sağlık yöneticilerinin birlikte oluşturacakları korunma ve kontrol programlarına gereksinim vardır (45). Hipertansiyonun tıbbi kontrolünü, yaşının günlük yaşam aktivitelerine getirdiği sınırlamaları ve bunların nasıl kontrol edileceğini, birey ve aileye özbakım yöntemleri öğretilmelidir. Birey ve aileleri, sağlık sisteminde yer alan kaynakları uygun şekilde kullanmaları için yönlendirilmeli ve desteklenmelidir (79).

Tansiyon yüksekliğinin saptanması ve denetim altına alınmasında sağlık ekibinin bir üyesi olan hemşireye de önemli görevler düşer. Hemşirenin görevi, yüksek kan basıncını teşhis edilmemiş grupta ortaya çıkarılmasıyla başlar. Teşhis edilen grupta, farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi programları hakkında hastaları izleme, yöneltme ve gerekli önerilerde bulunarak bilgilendirme şeklinde devam eder (39).

Toplumsal bilinçlenme ve yaşlıların birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurularını arttırmak için hemşirelerin etkin rol alacağı hipertansiyon risk faktörlerine yönelik hasta, ailesi ve toplum eğitimi programlarının düzenlenmesi gerekmektedir (80).

Dünya Sağlık Örgütü/Uluslararası Hipertansiyon Derneği Kılavuz Kurulu ve Hipertansiyon Primer Koruma için ABD Çalışma Grubu'nun raporlarında, psikososyal stresin azaltılmasının yararı konusunda daha fazla çalışmalara gereksinim duyulduğu vurgulanmıştır.

2.6. KAN BASINCI ÖLÇME İŞLEMİNDE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN HUSUSLAR

1. Ölçüme başlamadan önce ölçümde kullanılacak aletlerin uygun ve yeterli şartlarda olup olmadığı kontrol edilmeli
2. Ölçümü yapan kişi yeterli bilgi sahibi olmalı
3. Ölçüm rahat bir ortamda, dinlenilmiş durumda ve anksiyete bulguları olmaksızın yapılmalı
4. Hastalar kan basıncı ölçümünden yarım saat önce egzersizden kaçınmalı, birşey yememeli, kafein almamalı ve sigara içmemelidir. Hasta en az 5 dakika istirahat etmelidir.
5. Basıncın ölçüldüğü kol, dördüncü interkostal aralığın sternum ile birleştiği yerde yatay olarak aynı düzlemde bulunmalıdır ve izometrik kasılmayı engellemek için kol desteklenmelidir.
6. İki dakika aralıklarla iki veya daha fazla ölçüm alınmalıdır. İki ölçüm arasında 5 mm Hg'dan fazla fark varsa ilave ölçümler yapılmalıdır (40,47,81,82,83).

2.7. ÖFKE VE ÖFKENİN TANIMI

Yaşamları süresince bireylerin karşılanması gereken gereksinimleri, istekleri vardır. Bireyler ihmale gelmeyen duygusal sorunlar yaşayabilirler, haksızlığa uğradıklarını düşünebilir, incinebilirler. Hakkımız olanı alamadığımız, incindiğimiz, gereksinimlerimizin ya da isteklerimizin doğru şekilde karşılanmadığı, işlerin yolunda gitmediği ve yaşantımızda önemli bir duygusal sorunu ihmal ettiğimiz zaman yaşanan duygu öfkedir. Bu haliyle öfke güçlü bir duygu ve önemli bir işarettir (84).

Öfke genellikle engellenme, saldırıya uğrama, eleştirilme, tehdit edilme, yoksun bırakılma, kısıtlanma gibi durumlarda hissedilen, saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen

olumsuz bir duygu olarak tanımlanmaktadır (85). Öfke, günlük hayatımızda önemli yere sahip duygularımızdan biridir. Evrensel bir duygu olmakla beraber, her kültürde farklı şekillerde yaşanmaktadır (26).

Sözcük anlamı olarak öfke; “engellenme, incinme ya da gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi biçiminde de tanımlanabilmektedir (86). Öfke, haz dünyasını engelleyecek her durum, olay ve kişi karşısında ortaya çıkan duygu olarak da tanımlanmaktadır (24).

Spielberger (1988), öfkenin orta şiddette bir rahatsızlık ve uyarılma halinden yoğun bir husumet ve saldırganlık durumuna kadar değişen yoğunluklarda yaşanabileceğini düşünmektedir (21).

Öfke, özenle dikkate alınması gereken bir "işaretçi" olarak da tanımlanmaktadır. Thomas Gordon öfke olgusunu bir buzdağına benzetmiş ve buzdağının suyun üzerinde kalan kısmı öfke olduğunu, oysa suyun altında kalan ve öfkenin ortaya çıkmasına yol açan pek çok duygunun burada gizli olduğunu belirtmiştir. Suyun altında kalan bu duygulara temel duygular adını vermiş ve temel duyguların birikip, sertleşip, katılaşınca, buzdağının tepesindeki öfkeyi oluşturduğunu belirtmiştir. Sözü geçen temel duygular ise; kıskançlık, üzüntü, merak, yalnızlık, itilmişlik, kaygı, hayal kırıklığı, haksızlık, anlaşılammak ve sıkıntıgibi duygular olabildiğini söylemiştir (87).

2.8. ÖFKE DUYGUSU İLE İLGİLİ KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Freud'un psikoanalitik kuramı incelendiğinde, saldırganlığın kuramın temel kavramlarından biri olduğu görülmektedir. Ancak saldırganlığı sonraki yazarlar gibi bir davranış olarak değil de, doğuştan getirilen içgüdüsel bir duygu olarak tanımladığı dikkate alınırca, saldırganlık ve öfke arasında bir ayırım yapmadığı, bunları birbirlerinin yerine kullandığı söylenebilir. Psikanalitik kuram, öfke ve saldırganlık duygularını, ölüm içgüdüünün bir ifadesi olarak görür (88). Psikoanalitik kurama göre, öfke davranışının altında yatan güçlerin bilinçdışında gizlenmiş olduğu düşünülmektedir. Kişiler öfkelerinin altında yatan nedenleri anarlarsa, öfkeyi çözebilirler. Psikoanalitik kuram dürtülerle ilişkilidir ve öfke gibi güçlü duyguların bastırılmasını sağlıksız olarak kabul etmektedir. Bu duygular boşaltılmazsa, psikolojik ve psikosomatik hastalıkların oluşacağı belirtilmektedir (26).

Kassinove (1995) öfkeyi, sosyal olarak inşa edilmiş ve pekiştirilmiş davranışlar ile ifade edilen belirli bilişsel, algısal çarpıtmalar, yetersizlikler ile bağlantılı olumsuz, fenomenolojik bir duygudurum olarak tanımlamaktadır. Kassinove (1995)'ye göre öfke

yoğunluk ve süre bakımından farklılık gösterir. Hafif sıkıntı ya da huzursuzluk durumundan güçlü hiddet durumuna kadar değişik yoğunlukta ve geçici öfkeden, uzun süreli öfkeye kadar değişik sürelerde olabilir (89).

Öfke, Kassinove ve Tafrate (2002) tarafından, belirli bir kültürde yaşayan bir insan tarafından öznel olarak yaşanan ve herkesin önünde gösterilen yoğunlukla öğrenilmiş bir duygu olarak tanımlanmaktadır. Onlara göre öfke, kısmen doğuştan gelen fakat yoğunlukla aileden, okuldan, dini eğitim veren yerlerden ya da televizyondan, model alınarak öğrenilen, örgütlenmiş bir senaryodur. Bu sosyal yapısalcı bakış açısına göre, insanlar ne zaman, neye öfkeleneceklerini ve öfkelenedikleri zaman nasıl davranacaklarını, içinde yetişip buldukları sosyal çevreden öğrenirler. Bu nedenle öfke uyandıran durumlar ve öfke uyandıran duruma verilen tepkiler, cinsiyete, yaşa, sosyoekonomik düzeye, yaşanan ve yetişilen bölgeye, kültüre göre farklılık gösterirler (90).

Alberti ve Emmons kitaplarında öfkeden söz ederken; bazı insanlar için her koşulda kaçınılması, bazıları için de her koşulda ifade edilmesi gereken bir duygu olduğunu belirtmektedirler. Öfke, insanın mutluluk, üzüntü, korku ve nefretten oluşan beş temel duygusundan biridir ve insan için doğal bir duygulanımdır (91).

Lerner ise öfkeyi, yakın ilişkileri olan partnerler arasında yapılan bir dans olarak tanımlamış ve her bir partnerin davranışının diğerinin davranışını provoke ederek sürdürdüğünü vurgulamıştır (84).

Tsai'nin (2000) bildirdiğine göre, öfkenin ifade edilmeyerek bastırılması enerjinin içte tutulması içsel baskıyı yükseltirken, birey onu kontrolde tutmak için yoğun bir enerji harcar. Öfkenin bastırılması, birey için, tehlikeli ve sağlıksız bir durum ortaya çıkarır. Psikanalitik yaklaşıma göre öfkenin sürekli bir biçimde bastırılması psikolojik ve fizyolojik sağlığın bozulmasına yol açar. Psikanalitik yaklaşım öfkeyi, önemli ve ifade edilmesi gereken bir duygu olarak görür. Freud'un açıklamalarına paralel açıklamaları bulunan Lorenz'e göre insanda var olan saldırganlık sürekli akan bir enerjinin beslediği bir içgüdüdür. Bu içgüdüde birikmiş olan enerjinin, belirli bir düzeye ulaştığında herhangi bir dış uyaran olmaksızın bir patlama biçiminde ortaya çıkma olasılığı da vardır (92).

Beck'e göre, duygusal tepkiler karşılaşılan olayları algılama, tanıma ve yorumlama biçimine göre değişmektedir. İnsanda dört temel duygu vardır: Üzüntü, sevinç, bunaltı ve öfke. Öfke, kişiyi var olan tehlikeyi algılamaya ve tehlikenin ortadan kaldırılmasına yönelik kişiyi harekete geçirmeye yardımcı olan duygusal tepkidir (93).

Psikanalitik yaklaşımın açıklamalarından da anlaşılacağı gibi öfkenin içte tutulmasının organizma üzerinde pek çok olumsuz sonuçları olmaktadır. Bu nedenle öfkenin

dışa vurulması üzerinde durulmaktadır. Bireylerin öfkelerini içte tutmaları yerine sağlıklı yollarla dışa vurmalarının önemli olduğu vurgulanmaktadır (29).

2.9. ÖFKENİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Öfke ile uğraşan uzmanlar birçok konuda ihtilaf içinde olsalar bile bazı önemli noktalarda anlaşmışlardır:

- Öfke bir duygudur,
- Öfke, doğal bir duygudur ve yargılanamaz,
- Öfke, yaşanması gereken bir duygudur,
- Öfke bir davranış tarzı değildir,
- Öfkenin enerji üretme işlevi vardır, davranışa ivme verir,
- Öfke, kişiyi tehditlere karşı uyarır ve kendisini korumasına olanak sağlar,
- Öfke, yeni öğrenmeler için bir motivasyon kaynağıdır,
- Anksiyeteye tepki olarak ego savunması işlevi vardır,
- Öfke, inkar edilmediği, bastırılmadığı, uygun şekilde ifade edilip ve sınırlandırılabilirdiği sürece ilişkiyi anlamlı hale getirip iletişimi kolaylaştırır,
- Öfke insana güçlülük-üstünlük-olaylara kontrol koyabilme duyguları verir,
- Kronik öfke sağlık için tehlikeli olabilir (24,29,46,91).

Öfkeli insanlar her şeyi talepkar bir şekilde isterler, diğer deyişle kendilerine haklı görürler. Elde edemeyince hepimiz üzülmür, incinir, hayal kırıklığına uğrarız. Ama kızgın ve öfkeli insanlar, bunları talep ederler. Talepleri karşılanmayınca, hayal kırıklıkları engellenme duygusuna, o da öfkeye döner (25).

Diğer taraftan öfke, yaşamın sürdürülmesi için gerekli bir duygudur. Kişiyi tehlikelere karşı uyarır ve kendisini korumasına olanak sağlar. Ancak öfkenin sağlıklı ve işe yarar olması için inkar edilmemesi, bastırılmaması ve öncelikle kabul edilmesi, tanınması ve kontrollü bir biçimde ifade edilebilmesi gerekir (46).

Öfke duygusu gerekli hallerde kontrol edilemediğinde, kişinin kendisi için ve diğer kişiler için yıkıcı olabilmekte, saldırgan davranışlara dönüşebilmekte ve doğrudan ya da dolaylı olarak sapmış davranışın ve suçun oluşmasına neden olabilmektedir. Kontrol edilemeyen öfke duygusu, kişilerarası sorunlu ilişkilere, boşanmaya, eş ve çocuk tacizine, okul kavgalarına, iş verimliliğinin düşmesine, fiziksel ve ruhsal sağlığın bozulmasına, trafik

terörüne, sokak kavgaları gibi pek çok kişisel ve toplumsal probleme neden olabilmektedir (94).

2.10. ÖFKENİN FİZİKSEL VE FİZYOLOJİK BOYUTU

İnsanda var olan saldırganlık, sürekli akan bir enerjinin beslediği bir içgüdüdür. Bu içgüdüde birikmiş olan enerjinin, belirli bir düzeye ulaştığında herhangi bir dış uyaran olmaksızın bir patlama biçiminde ortaya çıkma olasılığı da vardır (92).

1880'lerin sonlarında ortaya atılan James-Lange kuramına göre, vücut itici uyaranlara belirli fizyolojik tepkiler vermektedir ve öfke gibi tüm duygularda vücut tepkilerinin algılanmasıdır. Bu bakış açısına göre; örneğin, ebeveynler küçük çocuklarının yeni aldıkları videoya kremalı bir bisküviyi sürdüğünü fark ettiklerinde özgün bir fizyolojik tepki (kalp atışının hızlanması, terleme, dişlerin sıkılması) yaşarlar ve daha sonra öfke hissederler. Öfke duygusu, bu özgün beden tepkilerinin algılanmasının ardından yani bedensel tepkilerden sonra ortaya çıkar (95).

Öfke anındaki yüz kızarması, bağırma ve sert davranışlarda bulunma fizyolojik kökenli davranışlardır. Bunun yanı sıra kişi duygusal çöküntüye uğradığında stres hormonu kortizolün kandaki düzeyi artar, bu da bağışıklık sistemini devre dışı bırakır ve enfeksiyonlara karşı duyarlılık artar.

Öfkeyle birlikte kas geriliminin artması, kaşların çatılması, dişlerin gıcırdatılması, ters ters bakmak, yumrukları sıkmak, yüzün kızarması, titreme hissi (özellikle el ve ayakta), uyuşma hissi, tıkanma hissi (nefes almakta zorluk), vücudun çeşitli bölgelerinde seğirmelerin olması, terleme, kontrol kaybı, sıcaklık hissi, burundan soluma, dudakları ısırma, beynin zonklaması, baş ağrısı ve hareketlerin hızlanması gibi fiziksel durumlar da ortaya çıkar (26).

2.11. ÖFKE BELİRTİLERİ

2.11.1. Fizyolojik Belirtiler:

- Böbrek üstü bezlerinden adrenalın salgılanır,
- Vücuda daha fazla oksijen sağlamak amacıyla nefes alıp verme hızlanır,
- Kalp atış hızı kan dolaşımını artıracak şekilde yükselir,
- Kan basıncı artar ve kan damarları genişler,
- Sindirim yavaşlar ve kan enerji sağlaması için mideden iskelet kaslarına yönlendirilir,
- Terleme artar ve deri direnci azalır, titreme başlar,

- Ağız kurur,
- Gözler ve yüz kızarır,
- Ses şiddeti artar,
- Baş ve çevresi kızarır (23,26,96).

2.11.2. Zihinsel Değişimler:

Zihinsel değişimler konsantrasyon bozukluğu, düşük performans, unutkanlık, uykusuzluk, dikkatsizlik, görmeme, karar verememedir (23,26,96).

2.11.3. Davranışsal Değişimler:

Davranışsal değişimler ayağa hızlı bir şekilde kalkma, yerinden fırlama, birisine bağırma, birisini azarlama, birisine karşı soğuk tavırlar sergileme, birisinin üstüne yürüme saldırma, dişlerini gıcırdatma, elindekileri fırlatma, homurdanma, söylenme, kaşlarını çatma, küfretme, yumruklarını sıkma, dik sert bakma, ağlama, gülme, küsme, topuğunu yere vurma, alkol-sigara içme, acele etme, ilaç kullanma, aşırı yemek yemedir (23,26,96).

2.12. ÖFKENİN NEDENLERİ

Öfkeyi ortaya çıkaran etmenlere baktığımızda bu konuda da pek çok farklı yaklaşımın olduğunu görürüz. Psikoloji, mizaç, hormon ve diğer psikolojik süreçler öfkenin gelişimini, yaşantısını ve ifadesini etkilemektedir (97).

Öfkeye neden olan etkenlerin neler olduğuna bakıldığında, aslında bu konuda psikologlarca kabul edilen tek bir cevap yoktur. Literatürde, engellenme (frustration) öfkeye neden olan etmenlerin başında gelmektedir (98).

Öfkenin nedenleri kayıplar ve acılar, tehditler-saldırımlar, engellenme, reddedilme, hata yapma korkusu, kişilik değerinin düşeceği korkusu, emir ve yaptırımlara boyun eğme zorunda kalma, kıyaslanma, adaletsizlik, haksızlığa uğrama, olumsuz eleştirilme, yargılanma, hayal kırıklığı yaşama, başaramama, ciddiye alınmama, haklı çıkmayı isteme, çok soru sorup bunaltma, etiketleme (sen anormalsin, aptal mısın gibi ifadeler kullanmak), yalan söyleme, kıskanma, suçlama ya da suçlanma, karşımızdakinin aklını okuma, sahte görünme,

cezalandırma ya da cezalanma, kötümser bakış acısı, kötü niyet ve dış (hava kirliliği, aşırı çalışma) etkenlerdir (23,26).

Hastalık hali ve hastaneye yatma durumunda da bireyler öfke duygusu yaşamaktadırlar. Birey hastalığına duyduğu öfke yanında hastalığın ortaya çıkardığı sonuçlara da öfke duymaktadır. Hastalık anında hissedilen kontrol kaybının yanı sıra hastalığın ortaya çıkardığı değişimlerle baş edememe sonucunda hasta bireyler biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüklerine yönelik tehdit algılamaktadırlar ve bunun sonucunda öfke tepkileri oluşmaktadır (24).

Bazı araştırmacılar, öfkenin yaşanması ve ifadesinin olumsuz dışsal değerlendirmeler ve olumlu benlik değerlendirmesi arasındaki tutarsızlık sonucu ortaya çıktığını düşünmüşlerdir (99).

Farklı ruhsal bozukluklarda farklı mantıksız inançlar görülür. Ellis, bu mantıksız inançların 4 temel özelliğinin olduğunu varsaymıştır: Bunlar;

a) -Meli/Malılar ya da talepkarlık (örneğin, herkes tarafından sevilmeliyim, sınavı geçmeliydim ya da bana bu şekilde davranamazsın/davranmamalısın),

b) Abartma/felaketleştirme (örneğin, olayların istediğim biçimde gelişmemesi korkunç bir durumdur, sınavdan kalmak kesinlikle korkunç bir durum yada bana böyle haksızlık yapılması çok korkunç bir durum),

c) Engellenmeye toleransın olmaması (örneğin, sınavdan kalmayı kaldıramam ya da bana böyle sorumsuzca ve haksızca davranmana dayanamam),

d) Kendine ya da başkasına ilişkin olumsuz ve genelleyici değerlendirmeler yapma (örneğin, gerçekten bir aptalım ya da bana bu şekilde davrandığın için senin yaşamda iyi hiçbir şeyi hak etmeyen berbat biri olduğumu düşünüyorum ve bana böyle davrandığın için cezalandırılmalısın) (89).

Daha önceleri bireyin benlik saygısının öfkeye neden olan temel bilişsel yapı olduğunu ileri sürmüşlerdir. Ancak düşük benlik saygısının mı yoksa yüksek benlik saygısının mı öfkeye yol açtığı konusu tartışmalı kalmıştır. Bu konudaki geleneksel bakış açısı, düşük benlik saygısının öfke ve şiddete neden olduğu yönündedir. Ancak son zamanlarda teoriler bunun tam tersini yüksek benlik saygısının öfke ve şiddetle ilişkili olduğunu göstermektedir (99).

Öfke duygusu mantıklı olmak zorunda değildir ve kendisine kasıtlı olarak herhangi bir kötülük yapmayan kişilere, durumlara bile uygulanabilmektedir. Bir amaca ulaşması ya da ihtiyacının karşılanması engellendiğinde, birey kızgınlık ve saldırganlık duyguları yaşayabilmektedir (100).

Kişinin hakkı yenildiğinde, gereksinimleri ve istekleri karşılanmadığında, içinde bulunduğu bir durum uğruna değer ve inançlarından ödün verdiği ya da gelişme ve yeteneklerini ortaya koyma şansı elinden alındığı zamanlarda öfke duygusu ortaya çıkar (60). Papps ve Carroll'a göre (1998) kişinin kendisini nasıl algıladığı ve dışarının kişiyi nasıl algıladığı arasındaki tutarsızlık da olumsuz duygulanımın yoğunluğunu etkiler (101).

Sonuç olarak öfke bireyin planları engellendiğinde ve bireyin benliğine bir tehdit algılandığında ortaya çıkar ve kişinin kendisini kurban gibi hissetmesi de öfkeye neden olur (102). Öfke duygusu tüm bu özelliklerinden dolayı pek çok psikoterapi seansının başlıca konusu olsa da, öfkenin üzerinde en az araştırma yapılan duygulardan biri olduğunu görmekteyiz (89).

2.13. ÖFKE TÜRLERİ

2.13.1. Sürekli ya da Yıkıcı Öfke:

Bireylerde, 'öfkelenmeye eğilimli olma durumu' nu ifade eder. Enerji kaynakları savaşmak için hazırdır. Öfke düzeyi yüksek olduğundan kontrol etmek zordur. Öfke çok çabuk ve kolayca ortaya çıkar (23). Öfke yıkıcı olarak kullanıldığından nefret, kin, düşmanlık, pişmanlık, üzüntü saldırganlık ve korku gibi duygular daha yoğundur (103). Genel olarak bu durumda birey, öfke ile basa çıkmadaki tepkilerin işlevsel olduğunu kabullenmemektedir (104). Durumun süreklilik arz etmesi hastalıklara yatkınlığı artırıp, hastalıkların kronikleşmesine neden olup beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (103). Sık ya da sürekli yaşanan öfke durumu bireyde migren, bas ağrıları, sindirim bozuklukları, ishal, ülser, gastrit, hipertansiyon, kardiyo-vaskuler hastalıklar, diyabet gibi pek çok hastalığa sebep olmaktadır (27).

2.13.2. Anlık, Durumluluk ya da Yapıcı Öfke

Ani bir biçimde ortaya çıkan öfkedir. Genel olarak öfke duygusunun haklı bir nedeni vardır. Anlık öfkede parasempatik sinir sistemi devreye girerek beyne, 'rahatla, sakin ol, tehlike geçti' mesajını verir. Bu şekilde öfke yapıcı olarak kullanıldığında zihinsel ve bedensel güç yaratır, kişide huzur ve esenlik duygusu oluşur (103,104).

2.14. ÖFKE İFADE TARZLARI

Öfke bizim temel duygularımızdan birisi olmasına rağmen ne yazık ki çoğunlukla uygun olmayan bir tarzda öfkeyle başa çıkmaya çalışılır. Birçok kişi öfkeyle baş etmek için öfkeyi bastırmayı ya da patlama tarzında ifade etmeyi öğrenmiştir (22).

Spielberger (1991) ise öfke ifade ediliş biçimlerini içselleştirilmiş öfke, dışsallaştırılmış öfke ve öfke kontrolü olarak üç boyutta ele almıştır. İçselleştirilmiş öfke, öfkeli duyguları ve düşünceleri bastırma eğilimini göstermektedir. Bunun tersine, dışsallaştırılmış öfke ise çevredeki eşya veya kişilere karşı öfkenin gösterilmesi eğilimini simgelemektedir. Son olarak, öfke kontrolü, öfkenin ifade edilmesini veya hissedilmesini engelleme kabiliyetini ifade etmektedir (105).

Öfke duygularıyla başa çıkmak için bilinçli ya da bilinçsiz bazı yollar kullanırız. Bunlar kısaca;

2.14.1. Öfkenin İçe Yönelmesi

Kızgınlığınızı içinizde tutup, onu düşünmemeye çalışıyor ve dikkatinizi daha olumlu bir şeye yönlendiriyorsanız, bu yolu kullanıyorsunuz demektir. Bu bazen işe yarasa da sürekli olarak bu yolu kullanmak, çok sağlıklı olmayabilir. Eğer kızgınlık doğru bir biçimde ifade edilemezse, bir süre sonra bu duygu kişinin kendisine döner ve yüksek tansiyon, psikosomatik rahatsızlıklar (ülserler, alerjiler vb.) ya da depresyon gibi sorunlara yol açabilir (106).

Bu bireyler öfkeli olduklarını kabul etmedikleri için öfkelerini ifade etmekte çok zorlanırlar. Küçüklerin büyüklere, kadınların erkeklere, sosyal olarak alt tabakanın üst tabakaya öfkelenmesini yanlış olarak kabul eden inanışlar nedeniyle, öfkenin ifadesi engellemektedir. Bu bireylerin iletişim yolu uyumlu olsa da, öfke tepkileri genellikle, somurtma, surat asma, küsme seklindedir. Duyguları tahmin edilsin isterler. Genelde küçümsediklerini düşünürler (107). Kendinden daha üst statüde olan kişilere öfkelerini ifade etmede çoğu zaman zorlanırlar. İnsanlar genellikle hoşlanmadıkları kişilere daha fazla öfkelenirler ama daha çok yakınlarına, arkadaşlarına ve sevdiklerine ifade ederler (58).

Bu bireyler karşısındaki kişinin onların düşüncelerini okumalarını ümit ederler. Sonuçta ise bu öfkeleri acı çekme ya da gücenme biçimine dönüşebilir. Ayrıca açığa vurulmayan öfke duygusu bireyin kendisini çaresiz hissetmesine ve bu durumun sonucunda ise bireyde depresif duyguların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir (108).

Cüceloğlu'na göre de bazı insanlar öfkelenirken bu duyguyu bastırır, bazıları imalı sözlerle öfkelerini diğer insanlara iletir ki bu durum genellikle karşısındaki insanın kendini suçlu hissetmesine yol açar. Örneğin; bir kadın, kocasının ayakkabısı ile eve girmesine öfkelenir ancak öfkelerini açıkça dile getireceğine, 'benim işim gücüm yok, aldırma sen, ayakkabınla içeri gir, nasıl olsa yarın senin hizmetçin evi yeniden temizleyecek' der. Bazı insanlar ise öfkelerini sürekli diğerini eleştirerek veya şakaya boğarak ifade eder. Oysa öfkelerini yapıcı tartışma yolu ile ifade etmek; kişilerin birbirlerini daha iyi anlamalarını sağlar, iki kişinin birbirlerini kırmalarını ve öfkenin yıkıcı etkisini önler (100).

2.14.2.Öfkenin Dışa Yönelmesi

Öfkenin dışa yöneltilmesi, öfkenin kontrolsüz bir biçimde dışarıya salınması, sözel olarak ifade edilmesidir. İletişim yolu açık olan bu bireyler zorbaca davranışlar sergileyerek başkalarına zarar verici ve onları küçük düşürücü tarzda davranırlar. Bu insanların aile hayatında tipik olarak ihmalkârlıkla keyfi cezalandırmalar arasında gidip gelen anne babalar vardır (23).

Öfkenin bu şekilde dışa yönelmesi geçici bir rahatlama sağlasa da enerjiyi tüketir, davranışların kontrolünü güçleştirir (24).

Eğer bu bireyler öfke duygularını açık bir biçimde, kontrolsüz olarak dışarıya yansıtmaya devam ederlerse belli bir süre sonra bu davranışları nedeniyle insanlar arası ilişkilerinde zor durumlar yaşayacak, toplum ve topluluklardan dışlanarak aile ve kişiler arası ilişkilerde çatışma yaşamaya başlayacaklardır (108,109).

Her iki şekilde de öfke anlarında yaşanan kontrolsüz davranışların daha sonradan pişmanlıkları beraberinde getireceği açıktır (109). Öfke duygusunun yanlış ifade edilmesi durumunda (ister içte tutulsun ister kontrolsüz bir biçimde dışa yöneltilsin), kan basıncını olumsuz etkilediği yapılan araştırmalarla ortaya konulduğu görülmektedir (29).

2.14.3.Öfkenin Kontrol Edilmesi

Öfkeyi doğru ifade etme becerisi kazanmaya öfke kontrolü denir (84). Öfkenin kontrol edilmesi diğer iki öfke ifade biçiminden (içte tutulan öfke ve dışa vurulan öfkeden) farklı olarak öfkenin sıklığının azaltılması ve daha az saldırganca ifade edilmesini içerir. Öfkenin kontrol edilmesi, öfkenin ifade edilemeyeceği anlamına gelmez (108).

Öfkelendiğinde gösterilen tepkiler yaşam süreci içinde öğrenilmiş davranışlardır. Bu nedenle yanlış ve kişiye zarar verecek şekilde öğrenilen davranışlar daha sağlıklı olanlarıyla değiştirilebilir (26).

Öfke yönetimi tekniklerinin amacı, kızgınlığın ve öfkenin yol açtığı duygusal ve bedensel tepkileri azaltabilmektir. Kızgınlığa yol açan insanları, olayları yok edemeyiz; değiştiremeyiz. Yapabileceğimiz tek şey bu insanlar ya da olaylar karşısında gösterdiğimiz içsel ve dışsal tepkilerimizi kontrol edebilmek, onları yapıcı bir şekilde yönetebilmektir (106).

Dünyanın bugün içinde bulunduğu zorlayıcı yaşam koşulları, güvenliğin ve sosyal güvencelerin yetersiz oluşu, ekonomik koşulların aileleri zorlaması insanları daha gergin, sıkıntılı, çaresiz ve engellenmiş hale getirmektedir. Ancak, asıl sorun, günlük yaşamda bir çok sorunla karşılaşmaktan çok, kişilerin kendilerinde hissettikleri öfkenin şiddeti ve bu tür duyguları üzerinde ne kadar kontrol sahibi olduklarıdır. Öfke kontrolünde amaç, öfkenin dışa vurulmasını engellemek değil, öfkenin nasıl uygun bir dille ifade edilebileceğinin bilinmesidir (46,110). Agresif olmadan öfkeyi ifade etmek en sağlıklı yoldur (111). Bunu yapabilmek için, istediklerimizin ne olduğunun farkına varmalı, bunları açık ve karşımızdakini incitmeyecek bir şekilde aktarmalıyız (106). Öfke ve öfkenin sebep olduğu problemler grup içerisinde çeşitli zorluklar yaratır. Bu zorluklar çeşitli bilişsel davranışçı teknikler kullanılıp, öfke kontrol edilerek çözülmeye çalışılmalıdır (112).

Öfkeden sağlıklı bir şekilde yararlanmak için öfkenin esiri olmamak gerekir. Bastırılan, dışsallaştırılan öfke sağlıklı bir öfke patlaması olarak ortaya çıkabilir. Bu yüzden öfkeden yapıcı olarak yararlanmak için öfkeyi kontrol etmeyi öğrenmemiz gerekmektedir.

2.15. ÖFKENİN İFADE EDİLMESİNİ ETKİLEYEN ETKENLER

Öfkenin dışsallaştırılmasında ve açıkça ortaya konulamamasında bazı etkenler önemli rol oynamaktadır. Diğer bir ifadeyle, öfke yaşantısı ve öfkenin ifade edilmesi hedefe ve duruma göre değişmektedir (58).

Bireyin öfkelendiği zaman nasıl hareket edeceği; bireyin o anda içinde bulunduğu konumu, konumla ilgili genel durum, kültürel normlar, öfkenin şiddeti, benzer durumlarla ilgili daha önce geçirilen yaşantılar, öfke öncesi bireyin içinde bulunduğu durum gibi pek çok etmene bağlı olarak farklılık gösterir (29).

Klinik gözlem sonuçlarına göre; kadınlar, genel olarak öfke duyguları hariç diğer duygularını erkeklere göre daha kolay ifade etmektedirler. Erkekler ise kadınların aksine öfke

duyguları hariç diğer duygularını ifade etmekte zorlanırlar. Bunun sebebi de öfke duygusunun gösterilmesinin kadınsı değil, erkeksi bir tutum olduğuna inanılmasıdır (26).

Genelde öfkeli kişiler yarattığı olumsuz sonuçları görmediklerinden, çoğu bunu kendi problemi olarak görmez. Birisine ya da bir şeye öfkeleniyorlarsa bu, o kişi ya da şeyden kaynaklanmaktadır. Dolayısıyla onların değil onları öfkeliendiren şeylerin değişime ihtiyacı vardır. Eğer öfkeliendikleri kişiler değişirse, onların öfke problemi de olmaz diye düşündüklerinden öfke sağlıklı bir şekilde ifade edilmez (90).

2.16. ÖFKENİN SONUÇLARI

Sağlıklı bir biçimde ifade edilemeyen öfke, diğerleri tarafından olumsuz değerlendirmelere, negatif benlik kavramına, düşük benlik saygısına, kişiler arası ve aile içi çatışmalara, boşanmaya, sözel ve fiziksel saldırıya, eşyalara zara vermeye ve işle ilgili olumsuzluklara, çalışma yaşamında üretkenliğin ve işlevselliğin bozulmasına fiziksel ve ruhsal sağlıkta önemli sorunlara neden olabilmektedir. Bu durum kişinin hem kendisi hem de çevresi için zararlı olma potansiyeli taşımaktadır (46,113). Bastırılan öfke bazen imalı sözlerle diğer insanlara iletilir ve bu durum karşıdaki bireyin suçluluk duygusuna kapılmasına neden olur (100). Öfkenin bastırılması için yemek yemekten ve sigara içmekten de kaçınmak gerekir. Öfke patlamasından sonra yemeğe yönelmek gereğinden fazla kalori alınımına neden olacaktır (114). Ayrıca öfke duygusu bağışıklık sistemini bastırarak virüslü veya bakterili hastalıklara yakalanma olasılığını da artırır (115). Bedende meydana gelen değişiklikler şu şekilde sıralanabilir:

- Bedene daha fazla enerji sağlamak için hormon üretimi artar.
- Rahatlama ve gevşemeden sorumlu parasempatik sistem yavaşlar.
- Hareket ve enerjiden sorumlu sempatik sistem hızlanır.
- Bedende birikmiş şeker ve yağlar hızla enerji sağlamak üzere kana karışır.
- Bu şeker enerjiye dönüştürmek için gerekli oksijeni sağlamak üzere solunum hızlanır.
- Beyine, kaslara ve gerekli organlara yeterli kan göndermek üzere kalp atışları hızlanır ve kan basıncı artar (116).

M.Suinn, öfke ve anksiyetenin nasıl fiziksel rahatsızlıklara yol açtığını incelediği bir çalışmada, öfkenin insan sağlığına verdiği zararların araştırıldığı çalışmaları derlemiş ve öfkenin kişileri hastalıklara karşı hassaslaştırdığını, bağışıklık sistemini riske attığını, ağrıları

şiddetlendirdiğini, kolesterol düzeyini yükselttiğini, kalp damar hastalıklarına neden olduğunu ve alkol tüketimi, sağlıksız beslenme, sigara kullanımı, yetersiz uyku, tıbbi rejime uymama, doktora güvensizlik gibi bireylerde sağlıksız yaşam tarzıyla ilişkisini göstermiştir (30).

Her şeyden önce şunu bilmek gerekir ki öfke normal ve sağlıklı bir duygudur. Öfkesi veya kızdığından dolayı insanın kendisini suçlu hissetmesi doğru değildir. Sağlıksız olan öfkenin saldırganlığa dönüşmesidir. Öfkenin sağlıksız olarak dışlaştırılması ise saldırganlık biçimindedir ve en büyük zararı kişinin kendisine verir (23). “Eski bir Çin atasözüne göre, kişi eğer bir anlık öfkeye tahammül ederse, yüz günlük kederden kurtulur (117). Bizde de “öfkeyle kalkan zararlar oturur” ve “keskin sirke küpüne zarar” gibi öfkenin olumsuzluklarını belirtmek için söylenmiş atasözleri bulunmaktadır.

2.17. ÖFKEYLE BAŞA ÇIKMANIN YOLLARI

2.17.1. Öfkenin kabul edilmesi: Öfkeyle başa çıkmanın ilk şartı öfkeli olunduğunun kabul edilmesi ve bunu kendimize itiraf etmektir (23). Pek çok öfke tepkisi kişi farkında olmadan otomatik olarak gelişir. Kişi daha ne olduğunu anlamadan öfkeli bir tepkide bulunur. Bu nedenle öfkeyi azaltmaya yönelik bir müdahaleye geçilmeden önce otomatik öfke tepkisine karşı farkındalık geliştirmek gereklidir (118).

İnsan dünyaya geldiğinde ilk zamanlar isteğine ancak öfkelenerek ya da ağlayarak ulaşmaktadır. Çünkü bildiği başka bir iletişim yolu yoktur. İlerleyen zamanda insan olgunlaşarak, etkili bir iletişim geliştirmektedir. Bu tekniği geliştirmenin yollarından biri ise, öfkeli olduğunda bu duygunun kabullenilmesi ve farkındalık geliştirilmesidir (24). Farkındalık geliştirildiğinde tipik öfke tepkisi önceden sezilebilir ve durdurulabilir. Farkındalık geliştirmenin en iyi yolu kendini izlemedir. Kendini izleme kişinin kendi öfkesini ve öfkenin çeşitli bileşenlerini gözleyip kaydetmesidir. Bu sayede kişi öfkeye özgü öncülleri, yaşadığı öfke ve diğer duygularını, fizyolojik uyarılmayı ve bedensel değişiklikleri, provokasyona verdiği bilişsel ve davranışsal yanıtları ve hem çözümlenmiş hem de çözümlenmemiş çatışmaların sonuçlarını tanıyıp değerlendirmiş olur (118).

2.17.2. Öfkenin kaynağının bulunması: Öfkeyle başa çıkmanın ikinci adımı, gerçek kaynağın bulunmasıdır (23).

Geçmiş yaşantılarda yaşanan kırgınlıklar, üzücü olaylar, kin ve düşmanlıklar ya da çözümlenmemiş çatışmalar da öfke nedeni olmaktadır. Gelecekte yaşanan öfke olayı, geçmişte yaşanmış ve bastırılmış bir öfke olayına benzerlik gösteriyorsa, öfke tepkisi daha

yoğun yaşanacak ve öfke kaynağı da farklılaşacaktır (84). Öfkenin nasıl ortaya çıktığını, gerçekte öfkeleneninin ne olduğunu araştırmak için durum hızla sorgulanmalıdır. Farkında olunmayan duygular, istekler ve beklentiler olabilir, bunları fark etmek, ancak iç gözlem yapmaya bağlıdır. ‘Öfkelenmem gerçekten gereklimi, bana nasıl bir faydası var, durum tekrarlanırsa neler yapmalıyım, böyle devam edersem, sonunda ne olur?’ diye sormak mantığın devre dışı kalmasını önlemektedir (23).

2.17.3. Neden öfkeli olduğunun anlaşılması: Öfkeli olduğumuzu kabul edip kaynağını bulduktan sonra, gerçekte bizi öfkeleneninin ne olduğunu anlamaya çalışmalıyız. Eğer duygusal, bedensel, ekonomik olarak zarar görmüşsek, bizi bu zarara uğratanın niyeti ne olursa olsun öfkeleniriz (23). Yalnız yaşayan ya da insanlar veya gruplar tarafından kabul edilmeyen kişiler daha çabuk öfkelenebilirler. Bireylerin aile, toplum ve iş yaşamlarında birlikte oldukları diğer insanlar tarafından desteklenme düzeyleri, paylaşım oranları ve birliktelikten aldıkları zevk öfkelerini hem ifade edebilmeleri hem de kontrol edebilmelerini kolaylaştıracaktır (119).

2.18. ÖFKE KONTROL EĞİTİMİ

Bireyler, öfke duygusu yaşadıklarında, öfkelerini denetim altına alabilmek amacıyla, kendi davranışlarını kontrol edebilme ve değiştirebilme becerisini kazanmalıdırlar. Sağlıksız bir biçimde ortaya konulduğu zaman, insan ilişkilerinde olumsuz sonuçlar doğuran öfke duygusu, denetim altına alınması ve sağlıklı yollarla ortaya konulması gereken bir duygudur (29).

Öfkeyle ilgili bozukluklara yönelik olarak hazırlanan özgün tedavi ve önleme programlarına ve bu programların etkisini araştıran pek çok çalışmaya rastlanmaktadır. Bu tedavi programlarının bir kısmı farklı kuramsal temellere sahip olsa da, öfke ve saldırganlığın kontrolü ya da azaltılmasında çoğunlukla davranışçı ve bilişsel davranışçı temellere dayanan programların kullanıldığı görülmektedir. Bu tedavi programlarının da bazıları öfkenin tek bir bileşenine odaklanmakta (örneğin, sadece düşmanca atıf eğilimini ya da sadece fizyolojik uyarımı azaltmaya vb.) bazıları da birden fazla öfke bileşenini (örneğin, hem fizyolojik uyarımı, düşmanca atıf eğilimini hem de saldırgan davranışı vb.) hedef almaktadır (95).

Duyguların ne zaman kabul edilmesi, ne zaman değiştirilmesi veya ne zaman ifade edilmesi gerektiği iyi bilinmelidir. Çoğu zaman yanlış anlaşılma, zayıf görünme, reddedilme gibi nedenlerden dolayı, egoyu savunmak için, olumsuz duygular ya inkâr edilir ya da karşı

taraf suçlanır. Bu durumda ise öfkenin gerçek nedeni de bulunmamaktadır (23). İlk adım öfke kontrolü için öfkenin eyleme dönüştürülmesini engellemektir. Bunun için o an sorun ertelenmeli ve özür dilenerek bulunulan ortam terk edilmelidir. Yani birey ‘Su an da çok kızgınım o yüzden bu konuda karar vermemeliyim’ diyebilmeli ve doğru düşünebileceği zamanı kendine tanımalıdır (23).

Farklı kişilerin farklı görüşlere sahip olduğu bilinmektedir. Bunun için eleştirilerde soğukkanlı olmak gerekmektedir. Herhangi bir yanlış anlamada, kibarca açıklama yapılabilir. Ayrıca bu yorumlar, keşfedilmemiş yönler hakkında birer ipucu olabilir. Yapılan suçlamaları inceleyip, mantıklı sonuçlar çıkarmaya gayret edilmelidir (107).

Sakinleşmek için, sessiz bir ortama geçilmeli, bir yere oturulmalı, gözler kapatılmalı, doğru ve derin nefes almaya çalışılmalıdır. Akabinde sözel telkinlerle olumlu etiketleme (Simdi daha sakin olmalıyım, kendimi kontrol edebiliyorum) yapılmalıdır (23).

Saldırgan ve itici davranışlara, girişkenlik, iletişim, problem çözme ve başka sosyal beceriler gibi spesifik alanlarda yetersizliklerin neden olduğu varsayımı yatmaktadır. Bu yetersizlikler, zor durumlarla etkili biçimde baş etmede insanları engellemekte ve kişinin amaçlarına ulaşmasını önlemektedir. Sosyal beceriler kullanarak iyi bir ilişki kuramazlarsa, çareyi öfkeyi kontrolsüzce ifade ve saldırgan davranışlar göstermekte bulurlar (118).

Öfke Kontrol Eğitiminin içerisinde yer alan bazı teknikler şunlardır;

2.18.1. GİRİŞKENLİK EĞİTİMİ

Davranışsal baş etme yolları; davranış biçiminin değiştirilmesi güvenli girişkenlik davranış eğitimi gerektirir (100). Girişkenlik, kendi fikirlerinizi, bakış açınızı, karşınızdakilerin hakkına da saygı göstererek duyguların uygun şekilde ifade edilmesi olarak tanımlanabilir (90,120). Toplumumuzda pek çok kişi, değişik nedenlere bağlı olarak girişken olmaktan kaçınır. “Ayıp olur”, “Başkası üzülür, bozulur, kırılır” ya da “Uyumlu olayım” gibi aslında gerçekçi olmayan düşüncelerle kendisini baskılayan kişilerin sayısı bir hayli fazladır (120). Girişkenlik eğitimi, kişi sosyal koşullarda duygularını ifade edemediğinde ya da ifade etmede zorluk yaşadığında kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde kişiye duygusunu doğrudan, dürüstçe ve uygun şekilde ifade etmesi öğretilir. Öfkenin tedavisinde kullanılan girişkenlik eğitimi bazı egzersizler içerir. Bunlar:

a) Duygular üzerine konuşmak: Burada danışanın duygu dağarcımı geliştirilip, bunların nasıl ifade edileceği konusunda uygulamalar yapılır.

b) Yüz ifadelerini kullanma: Danışanın öfkeyi yüz ifadeleriyle göstermesi öğretilir.

c) **Ben dili kullanmak:** Danışanlar sıklıkla sadece kendi isteklerini ifade etmek yerine mantık ya da kurallara başvurarak çözümlere ulaşmayı denerler. Burada amaç, olması gerekenleri değil, sadece ve basitçe kendi düşünce ve isteklerini dile getirmeleridir (90).

2.18.2. PROBLEM ÇÖZME

Bazen öfke duygularımız yaşamımızdaki gerçek ve kaçınılmaz sorunlardan kaynaklanıyor olabilir. Kızgınlık duyguları böyle zamanlarda bu zorluklar karşısında yaşanan doğal ve sağlıklı duygulardır. Böyle durumlardaki en yararlı tutum; önce durumu değiştirip değiştiremeyeceğimizi araştırmaktır.

Değiştirebileceğimiz bir şeyse çözüm yolları araştırılabilir. Değiştirilemeyecek bir durumsa, çözüm için uğraşmak yerine, yapılacak en iyi şey sorunla yüzleşmektir (106).

Problem, bir süreç içerisinde uygun yöntemlerin kullanılması ile çözüldüğünde elde edilen sonucun doğru ya da yanlış olması gibi bir kontrol mekanizmasını gerektirir. Örnek olarak sakızın ayakkabıdan çıkartılması, enflasyonun durdurulması veya düşürülmesi, sorulan bir soruya doğru cevabın verilmesi, ev ödevinin doğru olarak yapılması davranışları gözlenebiliyorsa başvuru çözümlene yöntemi amacına ulaşmış sayılabilir (121).

Problemin kişinin yaşına uygunluğu, çözüm için ön bilgi ya da eğitime sahip olma derecesi, yeteneği, sağlığı, tutumu, çözümün kişiye getireceği fayda, kişilik özellikleri gibi güdüsel faktörler problem çözmede etkili olabilir (121).

2.18.3. DAHA İYİ İLETİŞİM

Sağlıklı bir iletişimin olduğu ortamlarda birey kendi duygularını rahat bir biçimde ifade edebilmek ve çevresi tarafından anlaşılma ister. Oysa bireyin duygu ve düşünceleri dış çevre tarafından kontrol edilmeye çalışılır, yönlendirilmek istenirse birey kendisini rahatsız hissedebilir. Kendisine yöneltilen dış kontrole tepkisini öfkelenerek ortaya koyar. Böyle bir iletişimle yüz yüze kalan bireyin göstereceği diğer ikinci tür tepki ise öfkesini içte tutarak kendisini kontrol etmek isteyen dış etmenlerin kontrolüne girmeyi kabul etme olarak ortaya çıkabilir (29).

Başarılı iletişimde önemli bir anlayış; her insanın değerli olduğu, anlattıklarının dinlenmesi hakkına sahip olduğudur. Benim düşüncelerime uysun ya da uymasın her düşüncenin söylenmeye, dinlenmeye hakkı vardır.

Etkileyici iletişim için ses niteliğimizi farketmemiz, çalışarak geliştirmemiz önemlidir. Ses tonumuz, zayıf, gergin, tiz olabilir, ses yüksekliğini uygun kullanamayabiliriz ve anlam farklılaşmasına neden olabiliriz, kelime yutarak konuşabilir, tane tane üzerine basarak konuşmayabiliriz ve konuşma tempomuz çok yavaş, çok hızlı veya tekdüze olabilir. Kulağa net gelen tonda, uygun vurgulamalarla, tane tane, zaman zaman değişen genelde çok hızlı ya da yavaş olmayan tempoda konuşmayı öğrenebilmek "ses"in etkili iletişimde etkili bir araç olmasını sağlar (24).

Öfkeli insanlar genellikle düşünmeden yargılama ve bu yargıları yönünde davranma eğilimindedirler. Bu yargılar da bazen çok gerçek dışı olabilmektedir. Eğer çok elektrikli bir tartışma içine girildiyse, ilk yapılacak şey; gösterilen tepkileri gözlemek olmalıdır. Akla gelen ilk şeyi söylemeden, yavaşlayıp ve asıl söylemek istediğimizi düşünmeliyiz. Aynı anda karşımızdakinin de söyledikleri duyulmaya ve anlaşılmaya çalışılmalıdır. Hemen cevap verilmemelidir.

Öfkemizin altında ne yattığını da anlamaya çalışmalıyız. İnsanın eleştirildiği zaman savunmaya geçmesi doğaldır, ama saldırıya geçip savaşmak doğru değildir. Onun yerine söylenenlerin altında yatanı bulmaya, asıl söylenmek isteneni dinlemeye çalışmalıyız. Ya da belki o ortamdan biraz uzaklaşıp rahatlamak isteyebiliriz. Ama kendimizin ya da karşımızdakinin öfkesinin kontrolden çıkmasına izin vermemeliyiz. Sükunetimizi korumamız, durumun raydan çıkıp bir felakete dönüşmesini engelleyecektir (106).

2.18.4. DÜŞÜNCELERİ DEĞİŞTİRME

Bilişsel değişiklikler, hastaların işlevsel olmayan düşünce ve uyumsuz davranışlarını sürdürmesine neden olan durumların tanımlanmasıyla başlar. Hastalar için önemli olan ilk basamak, kendi düşünce ve duygularını izleme konusunda dikkatli olmalarıdır (112).

Bizim kaygı, korku, gerginlik ve benzeri rahatsızlık veren duygusal ve bedensel tepkilerimiz çoğunlukla olayların kendisinden değil, bizim olay veya duruma ilişkin görüşlerimizden, inanışlarımızdan, duygu ve düşüncelerimizden kaynaklanır. Bunların çoğu doğrudan akılla izah edilemeyen, akla aykırı duygu ve düşüncelerdir. Her normal insan normal bir biçimde akıl yürütebildiği halde, bazen akıl dışı denebilecek düşünce ve inanışlar taşıyabilir. Bu akıl dışı inanç ve düşünceler, üzerinde hiç düşünülmemeyen, peşinen doğruluğu kabul edilmiş kalıp yargılardır. Bu kalıp yargılar üzerinde düşündüğümüzde bunların hiç de inandığımız gibi doğru ve akılcı düşünceler olmadığını anlarız. Bu nedenle biz olaylara değil, bu olaylara ilişkin duygu, düşünce ve inanışlarımıza tepki veriyoruz. Aynı durum ve olaya

farklı tepkiler göstermemizin arkasında bu olaya ilişkin farklı duygu, düşünce ve inanışlarımızın olması yatar. Bunu “İnsanların rahatsız eden dışarıdaki şeyler değil, o şeylere ilişkin görüşleridir” cümlesi de iyi bir şekilde açıklanmaktadır.

Bizim ürettiğimiz akıl dışı düşüncelere örnekler verilecek olursa;

1. **Aşırı Genelleme:** Her zaman, hiçbir zaman, herkes, her şey, hiç kimse ile başlayan genellikle olumsuz yargılar içeren biçimde düşünmedir.
2. **Üstüne Alma (Kişiselleştirme):** Elinde yeterli delil olmadığı halde olumsuz olaylarda kendini sorumlu tutma.
3. **Kutuplaştırma:** İki aşırı uçta düşünme. Ya hep, ya hiç biçiminde düşünme.
4. **Felaketleştirme:** Hataları ve sorumlulukları büyüterek, olumlu tarafları görmeme.
5. **-Meli, -Malı Düşünme:** Kendimiz ve başkaları için zorunluluk bildiren tarzda düşünme (123).

Öfkeli insanlar düşüncelerini küfrederek, bağırıp çağırarak ifade etme eğilimindedirler. Kızgın olduğumuz zaman genellikle, olayları istemeden abartılı ve çarpıtılmış olarak algılarız. Bu tür düşünce biçimlerinizi fark edip ve yerine daha mantıklı olanlar yerleştirilmelidir. Örneğin kendi kendinize, “Eyvah, her şey mahvoldu!” gibi bir şeyler söylemek yerine, “Dünyanın sonu değil ve buna şimdi öfkeleniyor olmam bu olayı olmamış hale getirmeyecek.” diyebiliriz.

Bilişsel müdahaleler, öfke, anksiyete gibi pek çok olumsuz duygusal durumun, gerçekçi olmayan beklentiler, yanlış algılamalar, yanlış inançlar, mantık dışı değerlendirmeler, uygun olmayan atıflar gibi işlevsel olmayan bilişler tarafından uyarıldığı varsayımına dayanmaktadır. Bu işlevsel olmayan bilişler ayrıca uyumsuz davranışı da ortaya çıkarabilir ve daha uyumlu bir davranışın ortaya çıkmasını önleyebilir (124).

Farkında olmadan çok sık kullandığımız ve bizi kızgınlık duygularına hazırlayan, “asla” ya da “her zaman” gibi sözcükleri zihnimizde yakalamaya çalışmalıyız. “Hiç bir şey asla düzelmeyecek ” ya da “Her zaman haksızlığa uğrayan ben olurum.” gibi cümleler oldukça hatalıdır. Öfke duygumuzun haklı olduğunu düşünmemize de yol açar. Durumla ilgili yargıyı koyduğumuz için problemin çözümüne de katkıda bulunmaz.

Bizler düşüncelerimiz üzerine çalışıp onları yeniden yapılandırırken, “Beklentilerimi” zi, “ arzular” a dönüştürmeliyiz. Diğer deyişle, istediğimiz herhangi bir şey için , “Bana verilmeli” ya da “Benim olmalı” demek yerine, “Bana verilmesini isterdim.” diye düşünmek daha sağlıklı olacaktır (25).

Mantık öfkeyi yener, çünkü öfke haklı bir nedene bağlı olsa da, çok çabuk mantık sınırlarını aşabilir. Bu yüzden öfkelendiğimizizi hissettiğimizde mantığımıza sığınmalıyız. Yaşamın iniş ve çıkışlarından bazılarını yaşadığımızı düşünmeliyiz. Öfkenin kontrolden çıkmaya başladığı her zaman, bu yönetime başvurulabilir (106).

2.18.5. ÇEVREYİ DEĞİŞTİRME

Bazen, sinirlenip öfkelenmemize yol açan “şeylerin” yakın çevremizde olduğunu fark ederiz. Sorunlar ve sorumluluklar üzerimize öylesine yıkılır ki düştüğümüz tuzağa ve o tuzağı temsil eden insanlara karşı öfke ile kavruluruz. Böyle bir durumda biraz ara verilmelidir. Gün içinde özellikle stresli olacağımızı bildiğimiz saatlerde, sadece kendiniz için kullanacağınız bir zaman ayırın. Örneğin çalışan bir anne, eve geldiğinde kendisine ayıracağı bir 15 dakikalık süre olursa, çocuklarının isteklerine, parlamadan daha iyi yanıt verebilir (106).

Kızgınlık anında abdest almak, ortam değiştirmek de fayda sağlayacaktır. Bir hadîs-i şerifte mealen; "Öfkelenince ayaktaysanız oturun, oturuyorsanız yatın, şeytan ateştedir, ateşi de su söndürür öyle ise, öfkelenince abdest alın." buyrulmaktadır. Su ve toprağın insanın negatif enerjisini alan rahatlatıcı bir yönü vardır (125).

2.18.6. MİZAH KULLANMA

Mizah, çeşitli yollarla öfkenizin yoğunluğunun azalmasına yardımcı olabilir. Her şeyden önce daha dengeli bir bakış açısı sağlar.

Birine öfkelenip de belli sıfatlarla etiketler takmaya başladığımızda, bir an durup, o insanın gerçekten o “şey” ya da “öyle” olduğunu düşünmeliyiz. Örneğin birine, “muşmula” ya da “odun kafalı” gibi sıfatlarla saldırdığımızda, o kişiyi gerçekten bir muşmulaymış ya da odundan bir kafası varmış gibi hayal edebiliriz. Mizah sırasında yaşanan duygularla, öfkenin bir arada bulunması mümkün değildir (106).

Mizah kullanırken iki noktada çok dikkatli olmak gerekir. Öncelikle mizah kullanmanın, sorunların gülerek geçiştirmek demek olmadığını, tersine onlarla yapıcı bir şekilde yüzleşebilmek olduğunu bilmek. Daha sonra da mizah kullanayım derken, alaycı ve aşağılayıcı mizaha başvurmaktan kaçınılmalıdır. Çünkü bu da sağlıksız öfke ifadesinin bir başka yoludur (102).

2.18.7. GEVŞEME VE NEFES EGZERSİZİ

Gergin bir ortamda vücudumuz otonom sinir sistemimizin yönetimi altındadır. Otonom sinir sistemi beyinden bağımsız çalışan bir sistemdir ve otomatik olarak gerilim tepkileri oluşturur. Gerilim kas gerginlikleri yaratır. Rahatlama (gevşeme) uygulaması yapmadan önce, basit beden hareketleri yapmak belirli kas gruplarının daha kolay rahatlmasını sağlayacaktır. Gergin bir insanın en çok yüz; (alın, çene ve yanak) kasları sırt, omuz, boyun ve mide kasları ile kol ve bacak kasları gerginleşir. Bu gerilme kas ağrılarında sebep olur. Kasları derinlemesine gevşetmek için 10-15 dakikalık basit beden hareketleri yeterlidir (123).

Gevşeme teknikleriyle, stres yaratan sorunu çözümlenecek enerjiyi kazanılarak kasların ve zihnin gevşeyip, beynin oksijenlenmesi sağlanır. Kasların ve zihnin gevşemesi merkezi sinir sistemi aktivitesini yavaşlatır, metabolizmanın yavaşlamasını, solunumun rahatlmasını sağlarken kan basıncının yükselmesi de önlenir. Uygulama yaparken, dik oturarak çeneyi göğüs üzerine düşürüp, gevşek şekilde kaldırmak, başı iki yana yatırıp kaldırmak, baş ile daire çizmek ve bu hareketleri tekrarlı yaparken bir objeye ya da nefes saymaya yoğunlaşmak gevşemeye yardımcı olacak tekniklerdendir.

Nefes alma ve verme otomatik olarak farkına varmadan yaptığımız bir faaliyettir ve çok basit görünür. Soluk alıp verişimiz ruhsal ve bedensel durumumuza göre değişmektedir. Sakinken, yavaş; gergin ve heyecanlıyken sık nefes alırız. İçinde yaşadığımız durum nasıl nefes alacağımızın belirleyicisi olur. Gevşeme alıştırmalarında ise nefes alışverişimizle ruhsal durumumuz biçimlenmekte, önce ruhsal durum nefes almayı etkilerken, bu sefer nefes alma ruhsal durumu etkilemektedir. Bu nedenle solunumumuzu yavaşlatarak bedenimize sakinlik yaratabiliriz. Yavaş solunum zihinsel olarak sakinlik yaratır (123).

Pek çok insan stresli durumlarda nefes darlığı hisseder. Soluma kısılır ve yeterince derin olmaz. Alınan hava ciğerlerin tümünü değil, üst bölgelerini doldurur. Bu da beyne giden oksijen miktarını azaltır, midede ek bir gerginlik yaratır. Solunum egzersizleri; stres altında olan bireyin oksijene olan ihtiyacı arttığından nefes alma ile vücudumuza hava ve oksijen girmektedir. Stres altında nefes hızlı alınıp verilirken gevşeme anında bu durum değişiklik göstermektedir. Solunum egzersizinde amaç nefesin hızlı değil yavaş alınıp verilmesini sağlamaktır. Genellikle gözleri kapatarak dikkati solunum üzerine odaklandırmayı gerektirir. Danışandan, burnundan doğal bir biçimde nefes alması ancak bunu yaparken nefesin göğüs kafesini değil diyaframı aşağı doğru iterek karnını şişirmesine dikkat etmesi, daha sonra yavaş yavaş ve ağızından nefesi vermesi istenir. 1-2 saniyelik aralar vererek aynı prosedür 8 kez tekrar denir. Yutkunarak boğazın yumuşaması sağlanır. İyi nefes yavaş, derin ve sessiz yani

ritmik ve düzenli olmalıdır. İyi nefes burundan yavaşça alınarak ve diyaframı aşağı iterek akciğerlerin bütününe doldurarak uygulanır (24,103,126).

Gevşemenin fizyolojik, bilişsel ve davranışsal belirtileri: Fizyolojik belirtiler nabzın yavaşlaması, kan basıncının düşmesi, solunumun ve oksijen tüketiminin azalması, metabolik hızın yavaşlaması, pupil daralması, periferal dilatasyon, periferal sıcaklıkta artıştır (122).

2.18.8. MÜZİK TERAPİ

Munro' ya göre müzik terapi; yetersizlik ya da bir hastalığın tedavisi sırasında kişilerin fizyolojik, ruhsal ve duygusal olarak bütünleşmelerine yardım etmede müziğin kullanılmasıdır. Amaç davranış değişikliği yaratmak ve duygu durumunu değiştirmektir. Bunun için kulağa hoş gelen, dinlendirici olan, her zaman dinlemekten zevk alınan, dinlerken neşelendiren tüm müzikler tercih edilmektedir (127).

Öfkeyi yok edemeyiz, tüm çabalarınıza rağmen bizi öfkeliendirecek olaylar olacaktır. Yaşam her zaman için engellerle, acılarla, kayıplarla ve diğer insanlardan beklemediğimiz davranışlarla dolu olacaktır. Bunu değiştiremeyiz. Ama bu olayların bizi etkileme biçimini değiştirebiliriz. Öfke tepkileri kontrol edilerek, öfkenin bizi mutsuz kılması önlenir.

2.19. ÖFKE VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Temel amacı insana yardım etmek olan hemşirelik mesleğinde, birey hemşirelik uygulamalarının merkezinde yer alır. Bu nedenle hemşirelik; oldukça karmaşık, anlaşılması zor, çok boyutlu bir varlık olan insanı anlamak, bilmek üzere kurulmuş bir disiplindir. Hemşire, birey kendi gereksinimlerini karşılayamayacak duruma geldiğinde, onun yerine bu sorumluluğu üstlenmektedir (128).

Hemşireler hastaların öfke ifade eden davranışlarını ve nedenlerini tanımlayabilmeli, öfkenin olumlu yönlerinin farkında olmalı, hastanın öfkesini ifade etmesini önlemek yerine birlikte nedenlerini bulmaya çalışmalı, öfkesini kendisinde suçluluk duygusu yaratabilecek pasif ya da saldırgan yollarla değil, atılgan ve güvenli bir biçimde ortaya koymasını teşvik etmelidir (24).

Hastane ortamında hastaların öfkeli davranışlarını gözlemleyen ve öfkeyle karşı karşıya olan hemşireler bu durumu avantaj olarak değerlendirebilir ve hastaları öfkeli davranışlarını kontrol edebilmeleri için eğitebilirler (102). Uykuyu kolaylaştırma, kaygıyı

azaltma gibi birçok hemşirelik uygulamasında kullanılmakta olan gevşeme egzersizlerinin, öfke ile basa çıkmada da kullanılması önemlidir. Gevşeme egzersizlerinin hemşirelik girişimlerinde yer alması hastaların öfkelerini kontrol etmelerine destek sağlayarak bakım kalitesinin artmasında etkili olabilir (129).

Öfkenin ele alınması sağlıklı bireylerde birincil koruma anlamına gelirken, öfkeli insanların hipertansiyon riski yönünden değerlendirilmesi ikincil koruma, hipertansiyon tanısı almış bireylere öfkelerini sağlıklı ifade yollarının öğretilmesi üçüncül koruma kapsamında değerlendirilebilir (26). Yüksek tansiyonu olan bireylerin ne düzeyde öfke yaşadıklarının ve öfkelerini nasıl ifade ettiklerinin belirlenmesi, hastaların bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması açısından oldukça önemlidir. Bu doğrultuda yapılacak araştırmalar sonucunda, yüksek tansiyon hastaları konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği bağlamında bütüncül olarak değerlendirilebilecek ve hasta bakım kalitesinin artması sağlanacaktır (130).

Öfkenin doğrudan ifade edilmesinin ya da tamamen bastırılmasının getirdiği psikolojik ve somatik sorunlar, öfke duygusunun araştırılması ve bu duyguyu ele alma konusunda sağlık personeline önemli uyarın olmuştur, müdahale etme yolunda önemli olanaklar sağlamıştır (26).

2.20. HİPERTANSİYON VE ÖFKE İFADESİ

Öfke kanımızda pıhtı parçacıklarının oluşması olasılığını artıran bir takım maddelerin kanımıza salgılanmasına yol açar. Kan basıncı tehlikeli düzeylere yükselebilir. Yüksek kan basıncı ve çabucak pıhtılaşabilen kan insan sağlığını tehlikeye sokan koşullardır (115).

Öfke durumunda sempatik sinir sisteminin süregelen aşırı uyarılması ile ilişkili olarak artmış sempatik aktivite, arteryel büzüşme, yüksek kalp hızı ve kan basıncı, ventrikül fonksiyonunda değişkenlik olur (131).

Antihipertansif kullanan hastalarda hipertansiyon tanısı konulan dönemde sağlık, aile, iş yaşamıyla ilgili stresörlerle karşılaşma durumunun yüksek olması ve ilaç kullanmaya rağmen psikolojik duruma bağlı olarak tansiyon değişikliklerinin olması, hipertansiyonun ortaya çıkışında ve seyrinde psikolojik faktörlerin etkili olduğunu bir kez daha ortaya koymaktadır (31).

Psikolojik durumdaki değişiklikler kişilerin öfke düzeylerini ve ifadelerini etkilemekte ve baskılanan, ifade edilemeyen öfke de hipertansiyon ile sonuçlanabilmektedir (30). Bastırılan, içte tutulan öfke hipertansiyon, migren gibi psikosomatik rahatsızlıklar olarak ortaya çıkmakta, kişiler arası ilişkileri bozabilmekte, kişinin yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemekte ve yaşam süresini de kısaltmaktadır (24,25).

Scuteri ve arkadaşlarının (2001) yaptığı araştırmada da sürekli olarak öfkeyi bastırmanın yüksek tansiyon gerilimine neden olabileceği belirtilmiştir (34).

Everson ve arkadaşları tarafından (1998) Finlandiya’da tansiyonu normal sınırlarda olan erkeklerden oluşan bir grup 4 yıl boyunca izlenmiş ve bu gruba Spilberger’in öfke iç, öfke dış skalası uygulanmıştır. Sonuçta öfke iç puanının her 1 puan yükselişinde hipertansiyon olma riski de % 12 oranında arttığı gözlenmiş ve öfke iç puanı yüksek olanlar düşük olanlara göre hipertansiyon yönünden iki kat daha riskli bulunmuştur (132).

Thomas ve arkadaşları (2004) düşmanlık ve öfke düzeyleri ile günlük tansiyon değişikliklerini incelemek için çalışmaya alınan bireylerin 24 saat boyunca tansiyonlarını ölçmüşlerdir. Çalışma sonucunda yüksek düzeyde düşmanlık ve öfke duygusuna sahip olan bireylerin tansiyonlarının hep yüksek seyrettiğini gözlemişler ve psikolojik faktörlerin hipertansiyon seyrindeki rolünü ortaya koymuşlardır (133).

Susan ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmada; bilinen risk faktörlerinden bağımsız olarak aşırı öfke ifadesiyle hipertansiyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (134).

Bir başka çalışmada da Antihipertansif kullanan bireylerde sürekli öfke düzeyi ve öfke içte tutma durumları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (31).

Bastırılmış, içte tutulmuş öfkenin hipertansiyon hastalığı olan bireylere öfke ifadesi ve kontrolü konusunda eğitim verilmesinin, hastalığa uyum sağlama açısından yararlı olacağı ve hipertansiyon ataklarını önleyeceğini düşünülmüştür (13).

2.21. DUYGU VE TANIMI

Duygu Feldman’a (1996) göre “Mutluluk, umutsuzluk ve hüznün gibi genelde fizyolojik hem de bilişsel tabanları olan ve davranışı etkileyen faktörler olarak tanımlanır (135). Duygu yaşamak, duygulanmak insanın sahip olduğu en önemli özelliklerinden birisidir. Duygular yaşamın rengi, “tadı tuzu” dur; duygunun yaşanmadığı bir yaşam düşünülemez. Yaşadığının farkında olan insanoğlu, kendisinde ve çevresinde olup bitenleri bir yandan algılamak bir yandan da bunları değerlendirir ve yorumlar (104). Descartes’e göre duygular uygun alışkanlıkların kazanılması yoluyla kontrol altına alınabilir ve yönlendirilebilirler. Mekanik beden yasalarıyla işleyen duygular ruhun tam kontrolünde olmasalar da dolaylı yoldan onları kontrol etmek öğrenilebilir ve öğrenilmelidir (12).

Duygular birer habercidir, insanın iyi veya kötü hissetmesine neden olurlar. Ancak kesinlikle insanı iyi veya kötü yapmazlar (136).

Duyguların yakın nedenleri James'in duygu tanımında açıkça ortaya koyduğu gibi bedensel değişimler ve bunların öznel farkındalığıdır. James'in açıklamasında “duygular sadece içsel bedensel duyumlardır, yani, alguların neden olduğu hisler veya fizyolojik alguların neden olduğu öznel duyumsal yönleridir”(12).

Herkesin her zaman yaşadığı bir şey olmasından mı, bir zayıflık olarak görülmesinden mi, yoksa kontrol edilebilir bir şey olarak görülmesinden mi bilinmez; duygular bir insanın iç dünyasının aynası olmasına karşın, genellikle hak ettiği değeri görmez. Anlamı, değeri, yol göstericiliği atlanır (104). Birey kendi duygularından veya diğer kişilerin duygularından ne kadar az korkarsa, duygusal durumlarla ve duygularıyla basa çıkabilmesi o kadar kolay olacaktır. Bireyin kendisine sık sık “Kendimi nasıl hissediyorum ve bu duyguyu vücudumun en çok neresinde hissediyorum? Böyle hissetmemi sağlayan nedir?” şeklinde sorular sormasında yarar vardır (137). Kendini tanımak isteyen bir kişi için yaşadığı duygular çok önemli yol göstericilerdir. Kendini tanımak isteyen kişi yaşadığı duyguyu ve anlamını, bu duyguyu yaşamaya yatkın yapan kişilik özelliklerinin neler olduğunu anlamaya çaba göstermelidir (104).

Psiko-sosyal bir varlık olan insanın, varlığını sürdürmek ve ihtiyaçlarını karşılamak için toplu halde yaşamaya diğer insanlarla iletişim kurmaya gereksinimi vardır. Bireyin günlük yaşamında sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmasında duygu, düşünce, davranış ve fizyolojik tepkilerinin bir bütün olarak işlev gördüğü bilinen bir gerçektir. Bu bütünlüğün bozulması sosyal varlık olarak denge ve uyum arayışında olan insan için bir tehdit oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlıklı ve dengeli ilişkiler kurmadaki bütünlüğü sağlayan en önemli unsurlardan birisi beki de en önemlisi iç dünyamızın aynası olan duygularımızdır. Çünkü duygular yaşamın tümünü etkileyebilecek yaşamın amacını, tadını ve anlamını oluşturacak özelliğe ve öneme sahiptir. İnsan duygu ve düşünceleri fark edip anlamlandırarak, sözel olarak ifade etmesiyle ve kurduğu iletişimle evrendeki diğer canlılardan farklılaşmaktadır (138).

2.22. DUYGU KONTROL VE HİPERTANSİYON

Kişide varolan duygu eşik düzeylerine bağlı olarak aktifleşen otomatik modda düşünceli, bilinçli davranıştan çok, düşünülmeden, farkında olmadan cevap üretilir. Eğer duygulanımın oluşumunda kişinin farkındalık düzeyi yüksek ise bilinçli bir şekilde duyguların ifadesine kontrol uygulanıp, cevap ona bağlı olarak üretilebilir (60).

İnsan duyuları ve duyguları ile yaşayan bir varlıktır. Duyu ve duyguları önce tanımak sonra da kontrol etmek yaşantımızın en önemli yönlerinden birisidir (16). Burada amaç duyguları bastırmak değil dengedir. İnsanın kendini iyi hissetmesi için tatsız duygulardan kaçınması gerekmez, ancak bu fırtınalı duyguların tüm olumlu ruh hallerinin yerini alacak şekilde kontrolden çıkmaması gerekir (17). Duygular fazlasıyla bastırıldığında donukluk ve uzaklık yaratır, kontrolden çıktığında ise patolojik bir hale gelerek bireye zarar verir (18).

Psikosomatik hastalıkların temelinde ruhsal bir defekt veya bilinçaltına atılmış bir duygu vardır (139). Duygu, düşünce ve isteklerinin farkında olan birey kendini daha iyi tanır. Kendini iyi tanıyan birey günlük yaşamda daha sağlıklı ilişkiler kurarak, mutlu ve üretken birisi olarak yaşamını daha anlamlı yapma şansı artar (138).

Öfke, kaygı, mutsuzluk haz dünyasını engelleyecek her durum, olay ve kişi karşısında ortaya çıkan duygulardır (23). Öfke duygusu son derece doğal, evrensel ve sağlıklı olarak ifade edildiğinde yapıcı ve kişiler arası iletişimi düzeltici olabilen duygulardır. Ancak öfke kontrol edilemeyen ve yıkıcı bir biçimde davranışlara yansıtılarak saldırgan ve son derece tahrip edici tepkilere dönüşme potansiyeline de sahiptir (46).

Bireyin bilişsel, duygusal ve davranışsal motifleri, genel sağlık durumunun sürdürülebilirliğine olumlu ve olumsuz etki eder. Fiziksel sağlık, sağlığın duygusal boyutunu etkilediği kadar duyguların sağlıklı ifadesi ve yönetimi de, fiziksel sağlığı etkiler (20). Kronik hastaların çoğunda öfke, kaygı, mutsuzluk gibi olumsuz duygular sık yaşanır. Hastaların bu duygularını hangi ölçüde kontrol ettiklerinin belirlenmesi, hastaların bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması açısından gereklidir (19).

Her bireyin duygularını ifade etme biçimi birbirinden farklıdır (21). Rajita, Lovalo ve Parsons (1992) imajinasyonla yaratılan farklı duygulara, duyguya özgü farklı kan basıncı yanıtlarının verildiğini bulmuşlardır (140). Bazı kişilerin öfke ve kaygı gibi sosyal olarak iyi karşılanmayan duyguları inkar ettiklerinden saldırganlıklarının yüksek olduğu görülmektedir (10).

Üç yıllık izlem süresi olan prospektif bir çalışmada, başlangıçta saptanan yüksek kaygı düzeyinin hipertansiyon oluşumuna yatkınlık sağladığı ve kaygının kadınlarda hipertansiyon gelişimini öngören bir faktör olduğu gösterilmiştir (141).

Bilinmeyen olaylar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, anlaşılır olmayan açıklamalar, yaşama kontrol koyamama, süre giden durumdaki farklılıklar, tedavi etkinliğinin ve hastalık prognozunun belli olmaması hastada belirsizliklere neden olur. Hastalıktaki belirsizlik kaygıyı artırabilir ya da kaygının yüksek olması belirsizliği olumsuz etkileyebilir. Hastanın yapması gereken konularda karar vermesini de güçleştirebilir. Karar vermesi

zorlaşan ya da karar veremeyen birey kaygı, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik-sinirlilik ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşar. Duygular, bireylerin günlük yaşantısında nasıl hareket edecekleri, ne yönde karar verecekleri, kişisel alan sınırlarını ne çerçevede çizecekleri ve diğerleriyle hangi düzeyde iletişimde bulunacakları konusunda önemli bir belirleyici niteliğindedir (142).

Son yıllarda duyguların ölçümlenerek bileşenlerine ayrıştırılması ve fiziksel sağlık üzerindeki etkilerinin anlaşılması yönünde yapılan çalışmalar hız kazanmıştır (60).

2.23. Türkiye’de Duygu Kontrol Durumu ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Okanlı ark’ın (2008) Hemodiyaliz hastalarında duygu kontrolü ve etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında; hastaların cinsiyeti, eğitim düzeyi ve mesleği öfke kontrolü, kaygı kontrolü, mutsuzluk kontrolü ve toplam puan üzerinden istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturmuştur (19).

Okanlı ve Ekinci’nin (2008) Meme kanserli hasta ve ailelerinin yaşam doyumları duygu kontrol düzeyleri ve evlilik uyumlarının mastektomi öncesi ve sonrası karşılaştırılmasında hasta ve eşlerinin mastektomi öncesi ve sonrası yaşam doyumu ve evlilik uyumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı, duygu kontrol düzeyi toplam puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir (143).

Öncü ve Çevişin (1999), somatoform bozukluk tanısı alan hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam doyumu, evlilik uyumları, duygu kontrol düzeyleri ve olumsuz yaşam olaylarının etkisini belirledikleri çalışmalarında; somatoform bozukluk grubunun depresyon ve anksiyete düzeyleri sağlıklı bireylerden oluşan karşılaştırma grubuna göre, duygu kontrol düzeyleri arasında fark bulunamamıştır (144).

Öfke kontrol eğitiminin Hipertansiyonlu hastaların sürekli öfke ve duygu kontrol durumuna etkisi ile ilgili yapılan literatür taramasında duygu kontrolüyle ilgili çalışmalarla karşılaşılmamıştır. Bu yüzden bu araştırmada kullanmış olduğumuz ölçekle ilgili yapılan çalışmalara değinilmiştir.

3. METARYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, hipertansiyon hastalarına verilen öfke kontrol eğitiminin hastaların öfke ve duygu kontrol durumlarına etkisinin belirlenmesi amacıyla ön test-son test kontrol gruplu yarı deneysel model olarak planlanmış ve yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Şehitkâmil İstasyon Aile Sağlığı Merkezi'nde 09.05.2011-20.09.2011 tarihleri arasında yapılmıştır. Şehitkâmil Aile Sağlığı Merkezi'nde bir sorumlu hekim olmak üzere toplam yedi hekim ve yedi hemşire ve bir temizlik personeli görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 09.05.2011-20.09.2011 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran hipertansiyon tanısı almış hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini ise araştırma kriterlerine uyan toplam 91 hasta oluşturmuştur. Örneklem grubundaki hastalar basit rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların bağımsız değişkenler yönünden benzer özellikler taşımasına dikkat edilmiştir.

Araştırma grubunu belirlemek amacıyla hastalara "Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği" uygulanmıştır. Bu ölçeklerin değerlendirilmesi sonucunda sürekli öfke ve öfke içte puanlarının aritmetik ortalaması hesaplanmıştır. 91 hastanın Sürekli öfke puanlarının aritmetik ortalamaları 24.40, Öfke içte toplam puanlarının aritmetik ortalaması 22.89 olarak bulunmuştur. Bu değerler ve üzerinde puan alan 74 kişi araştırmaya alınmıştır. Bunlardan 37 kişi araştırma ve 37 kişi kontrol grubu olarak belirlenmiştir. Daha sonra vakit sorunu, ulaşım sorunu ve bazı özel nedenlerden dolayı 4 hasta kontrol grubundan 4 hasta da araştırma grubundan ayrılmak zorunda kalmıştır.

Böylece araştırma 33 araştırma grubu ve 33 kontrol grubu olmak üzere toplam 66 hipertansif hasta ile tamamlanmıştır.

Araştırma ve kontrol grubu için çalışmaya alınma ölçütleri:

- Çalışmaya katılım için gönüllü olmak
- 18 ile 65 yaş arasında bulunmak

- En az 6 aydır hipertansiyon tanısı ile izlenmek
- Okur-yazar olmak
- Son 5 yıl içinde öfke kontrolüne yönelik bir eğitim programına katılmamış olmak
- Ölçek puanlamalarına göre sürekli öfke ve öfke içte tutma düzeyi puanının ortalama değerinden yüksek olmak

Araştırma ve kontrol grubu için çalışmadan dışlama ölçütleri:

- Zekâ geriliği ya da Demans gibi işbirliğini olanaksız kılan zihinsel durumu bulunan hastalar
- Görüşme için rızası bulunmayan hastalar
- Eğitim almaya engel olacak bedensel ve ruhsal bir hastalığı olanlar

3.4. Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında; hipertansiyon hastalarına ilk olarak ön testte; “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ölçeği”, “Duygu Kontrol Ölçeği” ve araştırmacı tarafından hazırlanan “Hasta Tanıtım Formu” uygulanmıştır. Hastalara araştırmacı tarafından hazırlanan öfke kontrol eğitimi araştırmacı grubu hastalarına verilerek girişim tamamlanmış ve eğitim tamamlandıktan bir hafta sonra son testte hastalara tekrar “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ölçeği” ve “Duygu Kontrol Ölçeği” uygulanmıştır. Ölçeğin uygulama süresi ortalama 20-30 dakika sürmüştür.

Kontrol grubu hastalarına ise ön test uygulamasından 10 hafta sonra son test uygulanmıştır. Araştırma grubu hastalarına eğitim sonrasında, kontrol grubu hastalarına ise son testten sonra eğitim kitapçığı dağıtılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından Aile Sağlığı Merkezi’nde bulunan özel bir odada yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Eğitim görüşmeleri öncesi hastalara randevu verilmiş ve görüşme öncesi telefonla tekrar hatırlatılarak görüşmeler sağlanmıştır.

Veri toplama aracı olarak;

3.4.1. Hasta Tanıtım Formu: Araştırmanın amacına yönelik olarak geliştirilen, birey tanıtım formu yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum gibi sosyo-demografik özellikleri ve sağlık öyküsünü belirlemeye yönelik sekiz maddeden oluşmaktadır.

3.4.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği: Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ilk olarak Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Araştırmada kullanılan sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği; SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ olmak üzere iki ana ölçekten oluşmaktadır. SL- ÖFKE alt ölçeğinin yönergesinde kişinin kendisini genelde nasıl hissettiğini; ÖFKE-TARZ alt ölçeğinde ise; ölçekte ifade edilen davranışı genelde ne sıklıkta gösterdiğini belirtmesi istenmektedir. ÖFKE-TARZ alt ölçeği aynı zamanda üç alt ölçeğe ayrılmaktadır. Bunlardan **1;** Öfkeyi dışa vurma alt ölçeği; kişinin öfkesini genelde dışa vurduğunu, **2;** Öfkeyi içte tutma alt ölçeği, kişinin öfkesini bastırarak içte tuttuğunu ve **3;** Öfkeyi- kontrol etme alt ölçeği de, bireyin ilişkilerinde genelde ne ölçüde öfkesini kontrol edebildiğini, ne ölçüde sabırlı, hoşgörülü ve anlayışlı davrandığını ölçmektedir (145).

Puanlama: Ölçek toplam 34 maddeden oluşmaktadır. SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ ölçeklerindeki her madde düzdür. Maddeler öfkenin yokluğundan değil, varlığından hareketle ölçüm yaparlar.

Tepkilerin verilmesinde kullanılan ölçek aralıklarında puanlama: "Hemen hiçbir zaman" (1); "Bazen" (2); "Çoğu zaman"(3) ve "Hemen her zaman"(4) şeklindedir. SL-ÖFKE ölçeğinde toplam puan, her bir maddede elde edilen ölçek aralığı puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Ölçeğin ilk 10 sorusu Sürekli öfke düzeyini ölçen maddeleri içermektedir. Geriye kalan 24 madde öfke ifade tarzı ile ilgilidir. Bu maddelerden 8 tanesi öfkeyi dışa vurma, 8 tanesi öfkeyi içte tutma ve 8 tanesi de öfke kontrol ile ilgilidir. Öfkeyi içte tutma, ÖFKE TARZ ölçeğinin 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 numaralı maddeler tarafından, öfkeyi dışa vurma ölçeğinin 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 numaralı maddeler tarafından ve öfkeyi kontrol etme ise ölçeğinin 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 numaralı maddeleri tarafından ölçülmektedir. Her bir alt ölçeğin puanlaması için genel gruptan elde edilen puanların aritmetik ortalaması bulunmuştur. Alınan puanın bu ortalamadan düşük olması sürekli öfke düzeyi veya öfke ifade düzeylerinin düşük olduğunu, bireyin puanının ortalamasının üzerinde olması sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

3.4.3. Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği (CDKÖ): Watson ve Greer tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Bireyin belli alanlardaki tepkilerini bilinçli olarak ve ne ölçüde kontrol ettiğini ölçmeyi amaçlamaktadır.

Duygu Kontrol Ölçeği her biri 7 madde içeren "öfke", "kaygı", ve "mutsuzluk" alt ölçeklerinden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Maddeler 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişilerin duygularını bilinçli olarak bastırıldığı ve duygularını ifade etmekten çekindiği düşünülür. Ölçeğin Türkiye' de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Okyanüz tarafından yapılmıştır.

Ölçekte “hemen hiçbir zaman” 1 puan, “bazen” 2 puan, “çoğu zaman” 3 puan, “hemen her zaman” 4 puan üzerinden değerlendirilir. Ölçekte “D, H, K, L, S” ters ifadelerdir.

Grup 1 (öfke) A+B+C+E+F+G-D+5 (7-28 puan)

Grup 2 (Kaygı) I+J+M+N-(H+K+L)+15 (7-28 puan)

Grup 3 (Mutsuzluk) O+P+Q+R+T+U-S+5 (7- 28 puan)

Toplam Puan = Grup 1+Grup 2+ Grup3 (21- 84 puan) (143).

3.5. Öfke Kontrol Eğitimi ve Hemşirelik Girişimi

Hemşirelik girişiminde girişim materyali olarak, hipertansiyon hastalarına yönelik öfke kontrol eğitimi kullanılmıştır. Eğitim; hastaların kavrama düzeyleri dikkate alınarak verilmiştir. Verilen eğitimde sözlü anlatım, görsel malzeme (slayt gösterimi), soru-cevap, rol oynama, alıştırmalar ve ev ödevleri ile eğitimler sürdürülmüştür.

Araştırmada izlenen hemşirelik girişimi aşağıdaki gibidir;

- Araştırma grubunu oluşturan tüm araştırma ve kontrol grubundaki hipertansiyon hastaları ile ön görüşme yapıldıktan sonra Tanıtıcı Özellikler Formu, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ve Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği uygulanmıştır.

- Araştırma grubunu oluşturan hipertansiyon hastalarına eğitim konusunda bilgi verilerek, çalışmanın amacı, yöntemi açıklanmış ve çalışma planı yazılı olarak verilmiştir.

- Eğitimler, haftada bir kez 45-60’şar dakikalık bir oturum şeklinde toplam 10 oturum olmak üzere yüz yüze görüşülerek grup eğitimi şeklinde yürütülmüştür. Eğitim toplamda 33 hasta ve 4 grupla tamamlanmıştır. Her grup ortalama 7-9 kişiden oluşmuştur. Her alt başlığın ele alınması için en az bir seans ayrılmıştır. Her seans için belli hedefler oluşturulmuş ve her oturumun sonrasında eğitimin amacına uygunluğu rol oynama tekniği, sorunlara yönelik

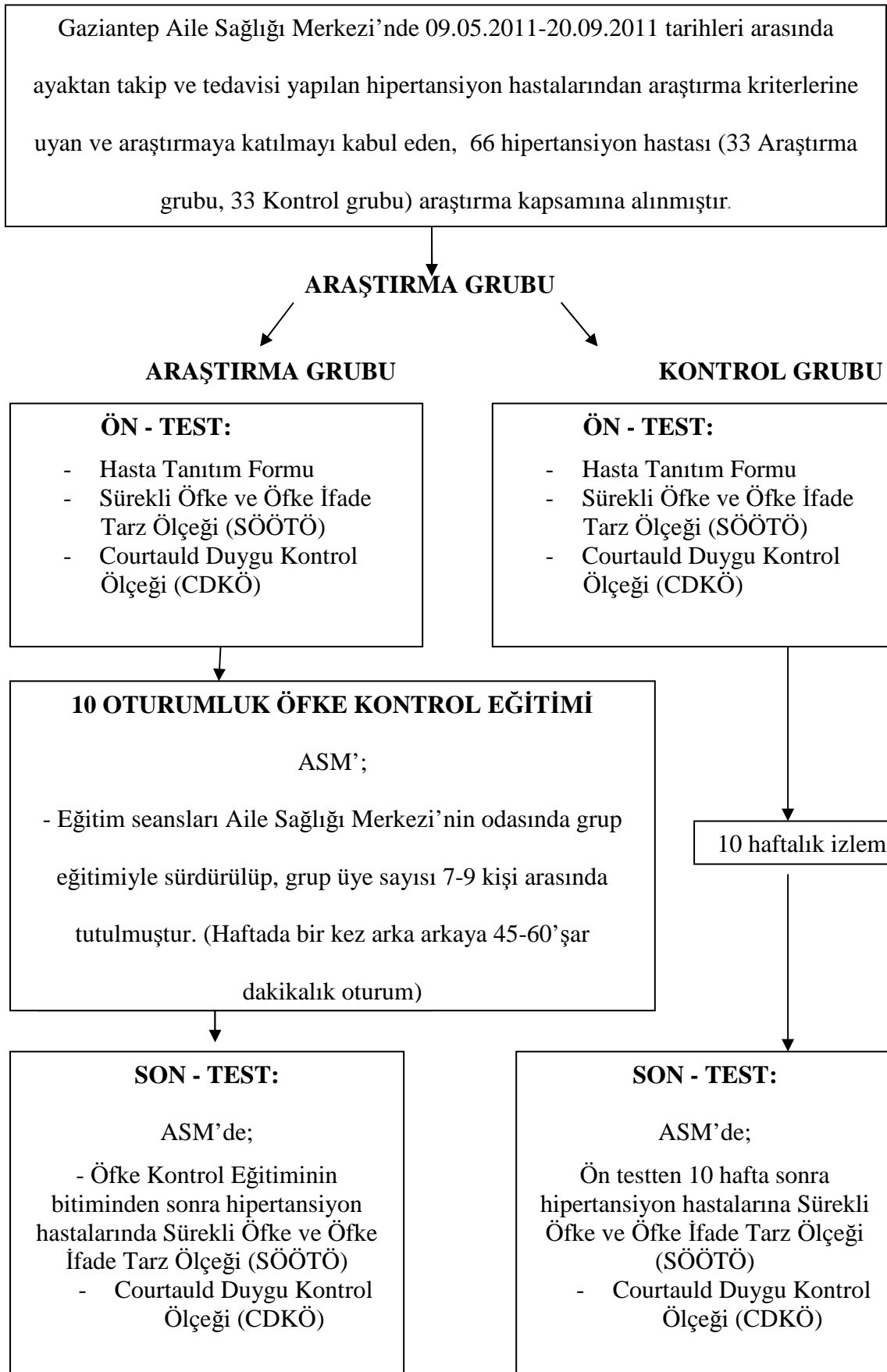
oluşturulan çözümler ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, grup üyelerine rol oynamaya konu olan beceri alanı ile ilgili olarak bir daha ki seansa kadar ev ödevleri verilmiştir. Ev ödevleri bir sonraki haftanın ilk seansında konuşulmuş, yorumlar ve geri bildirimler tartişılmıştır. Hastalar grup eğitimlerine devam ederlerken tedavilerini üstlenmiş olan hekimlerce düzenli kontrollerini sürdürmüştür.

- Eğitimin 10. seansından sonraki haftada araştırma grubundaki hastalara, 10 hafta sonra da kontrol grubundaki hastalara randevu verilerek son test uygulamaları için görüşmeler yapılmıştır.

- Görüşmeler esnasında hipertansiyon hastalarına Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği yeniden uygulanmıştır.

- Haftalık görüşmeler ve eğitimden sonra görüşmeleri hatırlatma için telefon kullanılmıştır. Ayrıca hipertansiyon hastalarının araştırmacıya her an ulaşabileceği telefon numarası verilmiştir.

- Etik değerlere uygun olarak kontrol grubu hastalarına son testten sonra eğitim kitapçığı verilmiştir.



Şekil 2. Araştırma Uygulama Şeması

3.6. UYGULANAN ÖFKE KONTROL EĞİTİMİ PROGRAMI

Hipertansiyon hastaları için geliştirilen literatür bilgileri ışığında Öfke Kontrol Eğitimi geliştirilmiştir (25,29,94,95,97,104,106,162). Eğitim kitapçık şeklinde düzenlenmiş ve bastırılmıştır. Kitapçıklar eğitimin sonunda hastalara dağıtılmıştır.

1. OTURUM: HAZIRLIK OTURUMU

Amaç: Programı tanıtmak ve hastaları tanımak

Süre: 60 dak.

- Tanışma
- Öfke Kontrol Eğitimi programının genel amaçlarının bilinmesi.
- Grubun amacı, süresi, işleyişi hakkında üyelerin bilgilendirilmesi.
- Grup kurallarından bahsetme
- Hastaların grup oturumlarına katılımlarını sağlama
- Eğitimlere düzenli katılmanın öneminden bahsetme
- Grup Kontratının grupla birlikte tartışılarak imzalanması.
- Sürece ilişkin, bireysel amaç belirleme.

2. OTURUM: ÖFKE NEDİR

Amaç: Öfke duygusunun doğası ile ilgili bilgi edinme ve kendi öfke duygusunu fark edebilme.

Süre: 60 dak.

- Öfke nedir?
- Öfke türleri nelerdir?
- Öfke duygusunun doğasıyla ilgili bilgi edinme.
- Öfkeyle ilgili problemlerin ve yaşanan problem durumların neler olduğu
- Kendi öfke duygusunu tanıma ve fark etme.
- Duyguları tanıma, tanımlama ve kavrama
- Nefes düzenleme alıştırmaları
- Ev ödevleri verilerek konu pekiştirilir ve bir sonraki oturum ile köprü oluşturulur.

3. OTURUM: BİLİŞSEL FARKINDALIK

Amaç: Öfke duygusuna ilişkin bilişsel farkındalık sağlanması.

Süre: 60 dak.

- Ev ödevlerinin kontrolünü sağlama,
- Öfkenin her bir bireyde nasıl ortaya çıktığını bilme
- Nelere öfkelendiklerinizi farketmemiz ve yaşamlarımızdan örnekler verme.
- Öfkeyi ortaya çıkaran nedenlerle ilgili bilgi sahibi olma.
- Çatışmanın doğasını anlamak (Değerlerimiz ve Biz)
- Öfke ifade biçimleri, yasamdan örnekler
- Öfke ile ilişkili hastalıklar
- Öfke neden kontrol edilmeli?

4. OTURUM: DAVRANIŞA ODAKLANMA

Amaç: Öfke ifade tarzları ve yol açabileceği sonuçlar hakkında bilgi sahibi olma

Süre: 60 dak.

- Öfke ifade tarzının kendisi ve dış dünya üzerindeki olumlu ve olumsuz sonuçlarını değerlendirme.
- Toplam davranışın ne olduğunu ve öğelerini bilme
- Davranışın ardından gelebilecek sonuçların kavranması
- Öfke ile ilişkili en önemli hastalıklardan birisi olan Hipertansiyon nedir? Nasıl Tedavi Edilir?
- Kendi öfke ifade tarzlarıyla ilgili olarak, nelerin değişmesi gerektiği üzerinde karar verme.

5. OTURUM: ÖFKE KONTROLÜ

Amaç: Öfke kontrolüne yardımcı tekniklerin öğretilmesi.

Süre: 60 dak.

- Öfke veren durum hakkında kendi kendimize konuşmamızın duygularımızı nasıl etkilediğini tanımlamak
- Öfkemizi kontrol etmemize yardımcı olabilecek başa çıkma ifadelerinin uygulamasını yaptırmak.
- Hastaları uygun durumlarda başa çıkma ifadelerini kullanmaya teşvik etmek.

6.OTURUM: SEÇİM KURAMI

Amaç: Seçim Kuramının temel felsefesini kavrayabilme.

Süre: 60 dak.

- Seçim kuramı
- Seçim kuramına göre davranışın nedenlerini kavrama
- Temel gereksinimleri kavrama
- Kalite dünyası ve içsel resim kavramlarını bilme
- Gerçeklik kavramını bilme

7. OTURUM: DÜŞÜNCEYİ DEĞİŞTİRME

Amaç: Öfkeye yol açan düşüncenin değiştirilmesi

Süre: 60 dak.

- Öfke yaratan duygulara karşı daha ılımlı düşünceler geliştirme
- Günlük hayatta öfkeyi tahrik eden durumlara karşı düşünceyi geliştirebilme
- Öfke duygumuzu tetikleyecek ifadeleri kullanmak yerine, öfke kontrolünde bize yardımcı olacak ifadeler kullanma
- Kendinizle ilgili olumsuz duyguların farkına varmanızı sağlama.
- Durum hakkındaki düşüncelerini değiştirmenin, duygularını nasıl değiştirdiğini kavrama
- Derin gevşeme alıştırmalarını kullanma

8. OTURUM: STRES YÖNETİMİ

Amaç: Stresle uygun şekilde baş edebilmeyi öğrenme

Süre: 60 dak.

- Bedenimizin strese verdiği içsel tepkiler nelerdir?
- Stresle nasıl baş edilir?
- Problem çözme becerisi nasıl kazandırılır?
- Benlik saygısı ile ilgili bilgi verilir
- Nefes düzenleme alıştırmaları, gevşeme alıştırmaları uygulanır.

9. OTURUM: İLETİŞİM, ATILGANLIK ve EMPATİ

Amaç: İletişim ve Atılganlık becerilerinin geliştirmeye yardımcı etkinlikler yapma

Süre: 60 dak.

- İletişim nedir?
- İletişimde yapılan hatalar hakkında bilgi verme,
- İletişim engelleri hakkında bilgi verme,
- İletişim becerilerinin geliştirmeye yardımcı etkinlikler yapma,
- Atılgan davranış geliştirmelerine yardımcı olmak
- Girişken, saldırgan ve çekingen davranışların tanımını yapma
- Empati hakkında bilgi sahibi olmak
- Ben-dili ve sen-dili nedir?

10. OTURUM: VEDALAŞMA

Amaç: Genel değerlendirme ve Son test ölçümlerinin yapılması

Süre: 60 dak.

- Eğitim Programının Genel Değerlendirmesi
- Eğitim Programının Sonlandırılması
- Son test ölçümlerinin yapılması
- Üyelerle vedalaşma.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade tarzları ve Duygu Kontrol Durumları bağımlı değişkeni oluşturur.

Bağımsız Değişken: Hastalara uygulanan Öfke Kontrol Eğitimi bağımsız değişkeni oluşturur.

Kontrol Değişkenleri: Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve kaç yıldır hipertansiyon tanısı aldıklarına göre kontrol ve araştırma grubunun dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Kontrol ve araştırma grubu bu değişkenler yönünden benzer/homojendir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Kontrol Değişkenleri Açısından Değerlendirilmesi

Özellikler	Araştırma Grubu		Kontrol Grubu		X ²	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet						
Kadın	28	84.8	26	78.8	0.407 (sd:1)	0.375
Erkek	5	15.2	7	21.2		
Yaş Grupları						
22-44 Yaş	11	33.3	7	21.2	25.81 (sd:1)	0.529
45 Yaş ve üzeri	22	66.7	26	78.8		
Eğitim						
Okuryazar	4	12.1	10	30.3	3.35 (sd:3)	0.340
İlkokul	23	69.7	19	57.5		
Ortaokul	3	9.1	2	6.1		
Lise	3	9.1	2	6.1		
Hipertansiyon Tanısı						
1-5 Yıl	18	54.5	15	45.5	0.65 (sd:2)	0.721
6-10 Yıl	10	30.3	11	33.3		
11 ve üzeri	5	15.2	7	21.2		

SÖÖTÖ ve CDKÖ ölçekleri toplam ve alt boyutlarının puan ortalaması açısından ön testte araştırma ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri bilgisayarda, SPSS 13 paket programında yapılmıştır.

Verilerin değerlendirmesinde;

- Araştıma ve kontrol grubundaki hastaların tanımlayıcı özelliklerine ve hastalık öyküsüne yönelik dağılımlarında yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma,
- Araştıma ve kontrol grubundaki hastaların kontrol değişkenlerinin karşılaştırılmasında Yates düzeltilmeli ki-kare analizi ve bağımsız gruplarda t testi,
- Araştıma ve kontrol grubundaki hastaların SÖÖTÖ, CDKÖ ve alt boyutları puanlarının tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama ve standart sapma,
- Araştıma ve kontrol grubundaki hastaların ön-test SÖÖTÖ, CDKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi,
- Araştıma ve kontrol grubundaki hastaların son test SÖÖTÖ, CDKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.
- Kontrol grubundaki hastaların ön-test ve son-test SÖÖTÖ, CDKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi,
- Araştıma grubundaki hastaların ön-test ve son-test SÖÖTÖ, CDKÖ ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi,

3.9. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce araştırmanın Şehitkâmil Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılması için Gaziantep İl Sağlık Müdürlüğü'ne araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu sunularak gerekli izin alınmıştır (EK- VI). Ayrıca tez önerisi, Gaziantep Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna sunulmuş ve onay alınmıştır (EK-V). Araştırma kapsamındaki hastaların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce hastalara, araştırmanın yapılma amacı, süresi, nelerin uygulanacağı, nasıl uygulanacağı, katılımcı sayısı açıklanarak insana saygı ilkesine dayanan “*karar verme hakkı*” etik ilkesi, “*Aydınlatılmış Onam/bilgilendirme sonrası rızasını almak*” etik ilkesine uyulmuştur. Birey

için gizli bilgiler, bireyin tutumu, inançları, davranışları, görüşleri ve kendisiyle ilgili olarak kaydedilmiş tüm bilgilerin korunacağı söylenerek “Gizlilik/mahremiyet hakkı” etik ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir. Araştırmada “insan onuruna saygı” diğer bir etik ilke olarak göz önünde bulundurulmuştur. Ayrıca elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “Kimliksizlik ve Güvenlik” etik ilkesi yerine getirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın evreninin bilinmemesinden dolayı belli tarihler arasında ulaşılan hastaların alınması son test ölçümlerinin tek seferde ölçülmesi araştırmanın sınırlılığdır. Ayrıca örneklem küçüklüğünden dolayı araştırma sonuçları bu araştırmaya katılan hastalara genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 2. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Araştırma Grubu		Kontrol Grubu	
	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet				
Kadın	28	84.8	26	78.8
Erkek	5	15.2	7	21.2
Yaş				
22-44 Yaş	11	33.3	7	21.2
45 yaş ve üzeri	22	66.7	26	78.8
Medeni Durum				
Evli	31	93.9	21	63.6
Bekar	2	6.1	12	36.4
Eğitim Düzeyi				
Okuryazar	4	12.1	10	30.3
İlkokul	23	69.7	19	57.6
Ortaokul	3	9.1	2	6.1
Lise	3	9.1	2	6.1
Gelir Durumu				
İyi	6	18.2	3	9.1
Orta	23	69.7	25	75.8
Kötü	4	12.1	5	15.2
Hipertansiyon Tanısı				
1-5 yıl	18	54.5	15	45.5
6-10 yıl	10	30.3	11	33.3
11 ve üzeri	5	15.2	7	21.2
Öfkenin kişiler arası ilişkiyi bozma durumu				
Evet	21	63.6	20	60.6
Hayır	12	36.4	13	39.4

Egzersiz				
Her gün 30 dk yürüyüş	1	9.1	2	3.0
Ara sıra yürüyüş	10	30.3	10	33.3
Düzenli spor yapma	2	6.1	3	6.1
Düzenli spor yapmama	18	54.5	19	57.6
Toplam	33	100.0	33	100.0

Çalışmamızda araştırma grubundaki hastaların %84.8'ini, kontrol grubundaki hastaların %78.8'ini bayan hastalar oluşturmaktadır. Araştırma grubundaki hastaların %66.7'si, kontrol grubundaki hastaların %78.8'i 45 yaş ve üzeridir. Araştırma grubundaki hastaların %93.9'u, kontrol grubundaki hastaların %63.6'sı evlidir. Araştırma grubundaki hastaların %69.7'si, kontrol grubundaki hastaların %57.6'sı ilkokul mezunudur. Araştırma grubundaki hastaların %69.7'sinin, kontrol grubundaki hastaların %75.8'inin gelir durumu orta düzeydedir. Araştırma grubundaki hastaların %54.5'i, kontrol grubundaki hastaların %45.5'i 1-5 yıldır hipertansiyon tanısı ile izlenmektedir. Araştırma grubundaki hastaların %54.5'i düzenli spor yapmamakta, kontrol grubundaki hastaların %57.6'sı düzenli spor yapmamaktadır (Tablo, 2).

Tablo 3. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Testte SÖÖTÖ Alt Boyutlarının Min.-Max. ve Ortalama Puanlarının Dağılımı

GRUP	SÖÖTÖ ve Alt Boyutları	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	İşaretlenen Alt ve Üst Değerler	X±SS
ARAŞTIRMA GRUBU (n:33)	1.Sürekli Öfke	10-40	24-31	26.06 ± 2.22
	2.Öfke içte	8-32	20-32	25.42 ± 2.64
	3.Öfke dışı	8-32	12-27	18.66 ± 4.07
	4.Öfke kontrol	8-32	9-19	15.75 ± 2.58
KONTROL GRUBU (n:33)	1.Sürekli Öfke	10-40	24-32	26.09 ± 2.32
	2.Öfke içte	8-32	22-30	24.87 ± 2.35
	3.Öfke dışı	8-32	11-27	18.81 ± 4.46
	4.Öfke kontrol	8-32	9-19	14.69 ± 2.75

SÖÖTÖ sürekli öfke alt boyutundan alınabilecek alt değeri 10, üst değeri 40 ve araştırma grubundaki hastaların ortalaması 26.06 ± 2.22 iken, kontrol grubundaki hastaların 26.09 ± 2.32 , SÖÖTÖ öfke içte alt boyut puanı alt değeri 8, üst değeri 32 ve araştırma grubundaki hastaların ortalaması 25.42 ± 2.64 iken, kontrol grubundaki hastaların 24.87 ± 2.35 , SÖÖTÖ öfke dışı alt boyut puanı alt değeri 8, üst değeri 32 ve araştırma grubundaki hastaların ortalaması 18.66 ± 4.07 iken, kontrol grubundaki hastaların ortalaması 18.81 ± 4.46 , SÖÖTÖ öfke kontrol alt boyut puanı alt değeri 9, üst değeri 19 ve araştırma grubundaki hastaların ortalaması 15.75 ± 2.58 iken, kontrol grubundaki hastaların 14.69 ± 2.75 olarak bulunmuştur.

Tablo 4. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Testte CDKÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Min.-Max. ve Ortalama Puanlarının Dağılımı

GRUP	CDKÖ ve Alt Boyutları	Alınabilecek Alt ve Üst Değerler	İşaretlenen Alt ve Üst Değerler	X±SS
ARAŞTIRMA GRUBU (n:33)	CDKÖ Toplam Puanı	21-84	41-68	55.03 ± 7.64
	1.Duygu Öfke	7-28	14-25	19.30 ± 3.03
	2.Duygu Kaygı	7-28	13-24	18.06 ± 3.08
	3.Duygu Mutsuzluk	7-28	12-21	17.66 ± 2.43
KONTROL GRUBU (n:33)	CDKÖ Toplam Puanı	21-84	39-72	55.27 ± 8.79
	1.Duygu Öfke	7-28	13-27	19.03 ± 3.54
	2.Duygu Kaygı	7-28	11-26	18.42 ± 3.62
	3.Duygu Mutsuzluk	7-28	11-22	17.81 ± 2.83

CDKÖ toplam puanının alt değeri 21, üst değeri 84 ve araştırma grubundaki hastaların ortalaması 55.03 ± 7.64 iken, kontrol grubundaki hastaların 55.27 ± 8.79 , CDKÖ duygu öfke alt boyut puanı alt değeri 7, üst değeri 28 ve araştırma grubundaki hastaların ortalaması 19.30 ± 3.03 iken, kontrol grubundaki hastaların 19.03 ± 3.54 , CDKÖ duygu kaygı alt boyut puanı alt değeri 7, üst değeri 28 ve araştırma grubundaki hastaların ortalaması 18.06 ± 3.08 iken, kontrol grubundaki hastaların 18.42 ± 3.62 , CDKÖ duygu mutsuzluk alt boyut puanı alt değeri 7, üst değeri 28 ve araştırma grubundaki hastaların ortalaması 17.66 ± 2.43 iken, kontrol grubundaki hastaların 17.81 ± 2.83 olarak bulunmuştur.

Tablo 5. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test ve Son Test SÖÖTÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SÖÖTÖ ve Alt Boyutları	Gruplar	Ön Test X ± SS	Son Test X ± SS	P*
Sürekli Öfke	Araştırma	26.06 ± 2.22	19.48 ± 3.00	P < 0.001
	Kontrol	26.09 ± 2.32	25.81 ± 2.28	P >0.05
	P**	0.957	0.000	
Öfke İçte	Araştırma	25.42 ± 2.64	20.03 ± 3.24	P < 0.001
	Kontrol	24.87 ± 2.35	25.03 ± 2.28	P >0.05
	P**	0.380	0.000	
Öfke Dışa	Araştırma	18.66 ± 4.07	16.18 ± 3.03	P < 0.001
	Kontrol	18.81 ± 4.46	18.69 ± 3.93	P >0.05
	P**	0.886	0.005	
Öfke Kontrol	Araştırma	15.75 ± 2.58	20.75 ± 2.57	P < 0.001
	Kontrol	14.69 ± 2.75	14.51 ± 2.63	P >0.05
	P**	0.112	0.000	

* Bağımlı gruplarda t-testi

**Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 5'te Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların, gruplara göre ayrı olarak ön-test ve son-test sürekli öfke ve öfke ifade tarz ölçeğinin dört alt boyutun puan ortalamaları arasındaki fark karşılaştırılarak değerlendirilmiştir:

1. Sürekli Öfke Alt boyutu

Araştırma grubundaki hastaların sürekli öfke alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 26.06 ± 2.22 , son-testte 19.48 ± 3.00 olup, bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların sürekli öfke alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 26.09 ± 2.32 , son-testte 25.81 ± 2.28 olup, bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

2. Öfke İçte Alt boyutu

Araştırma grubundaki hastaların öfke içte alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 25.42 ± 2.64 , son-testte 20.03 ± 3.24 olup, bu fark anlamlıdır ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların öfke içte alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 24.87 ± 2.35 , son-testte 25.03 ± 2.28 olup, bu farkın ileri düzeyde anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Araştırma grubundaki artışın istatistiksel olarak düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir.

3. Öfke Dışa Alt boyutu

Araştırma grubundaki hastaların öfke dışa alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 18.66 ± 4.07 son-testte 16.18 ± 3.03 olup, bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların öfke dışa alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 18.81 ± 4.46 , son testte 18.69 ± 3.93 olup bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

4. Öfke Kontrol Alt boyutu

Araştırma grubundaki hastaların öfke kontrol alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 15.75 ± 2.58 , son-testte 20.75 ± 2.57 olup, bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların öfke kontrol alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 14.69 ± 2.75 , son testte 14.51 ± 2.63 olup bu fark düzeyde anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Her Bir Ölçüm Zamanına Göre Ayrı Olarak, Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Hipertansiyon Hastalarında Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeğinin Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 5'te ön-test ve son-testte göre ayrı olarak, kontrol ve araştırma grubundaki hastaların SÖÖTÖ'nin dört alt boyutunun puan ortalamaları arasındaki fark karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Tabloya göre;

Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların ön-testte **sürekli öfke** alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Ancak son testte araştırma grubu puan ortalaması 19.48 ± 3.00 kontrol grubu puan ortalaması ise 25.81 ± 2.28 , olduğundan gruplar arasındaki bu farkın anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$).

Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların ön-test **öfke içte** alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Son-testte ise araştırma grubu puan ortalamasının 20.03 ± 3.24 , kontrol grubunun puan ortalaması ise 25.03 ± 2.28 olduğu gruplar arasındaki bu farkın anlamlı düzeyde görüldüğü saptanmıştır ($p < 0.001$).

Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların ön-test **öfke dışı** alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$). Son-testte ise araştırma grubu puan ortalamasının 16.18 ± 3.03 , kontrol grubunun puan ortalamasının ise 18.69 ± 3.93 olduğu gruplar arasındaki bu farkın anlamlı düzeyde görüldüğü saptanmıştır ($p < 0.05$).

Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların ön testte **öfke kontrol** puan ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Son-testte ise araştırma grubu puan ortalamasının 20.75 ± 2.57 , kontrol grubunun puan ortalamasının ise 14.51 ± 2.63 olduğu gruplar arasındaki bu farkın anlamlı düzeyde görüldüğü saptanmıştır ($p < 0.001$).

Tablo 6. Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön Test ve Son Test CDKÖ ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek ve Alt Boyutları	Gruplar	Ön Test X ± SS	Son Test X ± SS	P*
CDKÖ Toplam	Araştırma	55.03 ± 7.64	49.45 ± 5.90	P < 0.001
	Kontrol	55.27 ± 8.79	55.03 ± 8.81	P >0.05
	P**	0.905	0.004	
Ölçek Alt Boyutları				
1. Öfke	Araştırma	19.30 ± 3.03	17.24 ± 2.22	P < 0.001
	Kontrol	19.03 ± 3.54	19.00 ± 3.33	P >0.05
	P**	0.738	0.014	
2. Kaygı	Araştırma	18.06 ± 3.08	15.72 ± 2.60	P < 0.001
	Kontrol	18.42 ± 3.62	18.45 ± 3.40	P >0.05
	P**	0.662	0.001	
3. Mutsuzluk	Araştırma	17.66 ± 2.43	16.48 ± 2.20	P < 0.05
	Kontrol	17.81 ± 2.83	17.57 ± 2.61	P >0.05
	P**	0.816	0.072	

* Bağımlı gruplarda t-testi

**Bağımsız gruplarda t-testi

Tablo 6’da Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların, gruplara göre ayrı olarak ön-test ve son-test hipertansiyon hastalarında işlevsel Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği’nden aldıkları toplam puan ve üç alt boyutun puan ortalamaları arasındaki fark karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Tabloya göre;

Araştırma grubundaki hastaların Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği toplam puan ortalaması ön-testte 55.03 ± 7.64 , son-testte 49.45 ± 5.90 olup, bu farklılığın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$).

Kontrol grubundaki hastaların Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği toplam puan ortalaması ön-testte 55.27 ± 8.79 , son-testte 55.03 ± 8.81 olup, bu farklılığın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

1. Öfke Alt boyutu

Araştırma grubundaki hastaların Duygu Öfke alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 19.30 ± 3.03 , son-testte 17.24 ± 2.22 olup, bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların duygu öfke alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 19.03 ± 3.54 , son-testte 19.00 ± 3.33 olup, bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

2. Kaygı Alt boyutu

Araştırma grubundaki hastaların duygu kaygı alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 18.06 ± 3.08 , son-testte 15.72 ± 2.60 olup bu fark anlamlıdır ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların duygu kaygı alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 18.42 ± 3.62 , son-testte 18.45 ± 3.40 olup, bu fark anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

3. Mutsuzluk Alt boyutu

Araştırma grubundaki hastaların duygu mutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 17.66 ± 2.43 , son-testte 16.48 ± 2.20 olup, bu farkın anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$). Kontrol grubundaki hastaların duygu mutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması ön-testte 17.81 ± 2.83 , son testte 17.57 ± 2.61 olup, bu fark anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Her Bir Ölçüm Zamanına Göre Ayrı Olarak, Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ön-test ve son-testte göre ayrı olarak, kontrol ve araştırma grubundaki hastaların CDKÖ ve üç alt boyutunun puan ortalamaları arasındaki fark karşılaştırılarak değerlendirilmiştir (Tablo 6).

Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların ön-test elde edilen hipertansiyon hastalarında Courtauld Duygu Kontrol Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Son-testte ise araştırma grubu puan ortalamasının 49.45 ± 5.90 , kontrol grubunun puan ortalamasının ise 55.03 ± 8.81 olduğu gruplar arasındaki bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların hem ön-test öfke alt ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Son testte ise araştırma grubunun puan ortalaması 17.24 ± 2.22 , kontrol grubunun puan ortalamasının ise 19.00 ± 3.33 olduğu gruplar arasındaki bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların ön-test duygu kaygı alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Son-testte ise araştırma grubunun puan ortalamasının 15.72 ± 2.60 , kontrol grubunun puan ortalamasının ise 18.45 ± 3.40 olduğu gruplar arasındaki bu farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların ön-test mutsuzluk alt ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Son-testte ise araştırma grubu puan ortalamasının 16.48 ± 2.20 , kontrol grubunun puan ortalamasının ise 17.57 ± 2.61 olduğu gruplar arasındaki bu farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Hipertansiyon hastalarına verilen Öfke Kontrol Eğitiminin hastaların öfke ve duygu kontrol durumlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları, ilgili literatür incelemeleriyle tartışılmıştır.

Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Tanımlayıcı ve Hastalığına İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımları

Araştırma grubundaki hastaların %84.8'ini, kontrol grubundaki hastaların %78.8'ini hipertansiyon tanısı almış bayan hastalar oluşturmaktadır.

Araştırma grubundaki hastaların %66.7'sini, kontrol grubundaki hastaların da %78.8'ini 45 yaş ve üzeri hastalar oluşturmaktadır. Araştırma kapsamındaki bireylerin çoğunluğu 45 yaşının üzerindedir. Kan basıncı ilerleyen yaşla birlikte giderek yükselmektedir, dolayısıyla yaşlılık hipertansiyon gelişmesinde en önemli faktörlerdendir (70). Yaşa göre hipertansiyon değişim göstermekte ve hipertansiyon yaşla birlikte artmaktadır (68). Hipertansiyon sıklığı, tüm Dünya'da olduğu gibi ülkemizde de yaşa bağlı olarak artmaktadır (47).

Eğitim durumu açısından değerlendirildiğinde, araştırma grubundaki hastaların %69.7'si ilkokul mezunu, kontrol grubundaki hastaların %57.6'sı ilkokul mezunudur. Hipertansiyonun genellikle eğitim seviyesi düşük bireylerde daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (146). Öğrenim düzeyi ile hipertansiyon sıklığı birlikte ele alındığında, öğrenim düzeyi düştükçe hipertansiyon prevalansının yükseldiği görülmüştür. Lise ve üzerinde öğrenim görenlerde hipertansiyon oranı %12.7 iken, okuryazar olmayan bireylerdeki oran %49.5 olarak saptanmıştır (147).

Araştırma grubundaki hastaların %69.7'si, kontrol grubundaki hastaların ise %75.8'inin gelir durumlarının orta derecede olduğunu bildirmişlerdir.

Hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımına bakıldığında, hastalık süresi 1-5 yıl arasında olanlar araştırma grubunun %54.5 'ini kontrol grubunun ise %45.5' ini oluşturmaktadır.

Araştırma grubundaki hastaların %63.6'sının, kontrol grubundaki hastaların ise %60.6'sı öfke yüzünden kişilerarası ilişkisinin bozulduğunu ifade etmişlerdir (10). Bastırılan, içte tutulan ve sağlıklı bir şekilde ifade edilemeyen öfke, diğerleri tarafından olumsuz değerlendirmelere, kişilerarası ve aile içi çatışmalara neden olabilmekte (46), kişiler arası

ilişkileri bozabilmekte, kişinin yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemekte ve yaşam süresini de kısaltmaktadır (11,24,25).

Egzersiz yapıp-yapmama durumlarına göre değerlendirildiğinde, araştıma grubundaki hastaların %54.5'i, kontrol grubundaki hastaların %57.6'sı düzenli spor yapmamaktadır. Toplum düzeyinde hipertansiyon gelişiminde en önemli faktörlerden birinin fiziksel inaktive olduğu bilinmektedir. Toplum çalışmaları, günlük aktivite ile hipertansiyon arasında ters ilişki olduğunu göstermektedir (70). Dolayısıyla fiziksel aktivitesi az olan, sedanter yaşam tarzı olanlarda hipertansiyon yüksek oranlarda bulunmaktadır (50).

Bu noktada, nemli bir sağlık sorunu olan hipertansiyonun sıklığının azaltılması için özellikle ailelerinde hipertansiyonu bulunanlar başta olmak üzere bireylere spor yapmanın özendirilmesine yönelik eğitim ve diğer düzenlemelerin yapılması önerilir (148).

Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön-test SÖÖTÖ Altboyut Puan Ortalamaları

Hastaların ön-testte Sürekli öfke puan ortalaması araştırma grubunda 26.06 ± 2.32 , kontrol grubunda ise 26.09 ± 2.32 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek alt puan 10, üst puan ise 40'tır. Bu değerlere göre hem araştırma hem de kontrol grubunda bulunan hastaların sürekli öfke puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde sürekli öfke puanlarının yüksek düzeyde olduğunu söylemek mümkündür.

Bir kişilik özelliği olarak da kabul edilen sürekli öfkenin, orta yaşta olanları hipertansiyon gibi kalp - damar hastalığı açısından risk altına soktuğu belirtilmektedir (149). Sürekli öfkenin sempatik ve hipotalamo-pitüiter adrenokortikal sistemi uyardığı, serum katekolamin düzeyini ve barorefleks duyarlılığını artırdığı ve bunlara bağlı olarak da kan basıncını etkilediği düşünülmektedir (65). Bu durum fizik ve ruh sağlığının birbirlerini etkilediği görüşünü de desteklemektedir (130).

Benzer çalışmalarla da karşılaştırma yapılacak olursa, Karabulut ve arkadaşlarının (2004) hipertansiyonlu bireylerde öfke düzeyi ilgili çalışmasında sürekli öfke puan ortalaması 26.23 ± 5.84 olarak saptanmıştır (150). Ulutürk'ün (2006) çalışmasında antihipertansiyon ilacı kullanmakta olan bireylerin sürekli öfke düzeyleri 21.26 ± 6.63 , hipertansiyon tanısı almamış bireylerin ise 18.69 ± 4.73 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur (31). Savaşan'ın (2006) hipertansiyonu olan hastalarda öfke ve özbakım gücü ilişkisi ile ilgili çalışmasında ise hipertansiyonluların Sürekli öfke puan ortalaması 21.13 ± 6.61 bulunmuştur (13).

Sürekli öfkeyi inceleyen bu araştırmalar hipertansiyonu olan bireylerde sürekli öfke puanının yüksek olduğunu ortaya koymaktadır ve bu sonuçlar bizim çalışmamız ile paralellik göstermektedir.

Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların ön-testte sürekli öfke, öfke içte, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu sonuç araştırma ve kontrol grubunda yer alan hastaların benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

Hastaların ön-testte Öfke içte puan ortalaması araştırma grubunda 25.42 ± 2.64 , kontrol grubunda ise 24.87 ± 2.35 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek alt puan 8, üst puan ise 32'dir. Bu değerlere göre hem araştırma hem de kontrol grubunda bulunan hastaların öfke içte puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde öfke içte puanlarının yüksek düzeyde olduğu söylemek mümkündür.

Öfke ifadesinin bastırma şeklinde olmasının, hipertansiyon için önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir (151).

Everson ve arkadaşları (1998) hipertansiyonu olmayan erkekler ile yaptıkları çalışmalarında öfke i puanının her bir puan yükselişinde hipertansiyon olma riskinin de % 12 oranında arttığı sonucuna ulaşmışlar ve öfkeli ruh hali ile hipertansiyon arasında pozitif bir ilişki saptamışlardır. Öfke ifade tarzlarının hipertansiyon gelişiminde rol oynayabileceğine dair yapılan çalışmalarda öfkenin bastırılmasının kan basıncını olumsuz etkileyeceği gösterilmiştir (132).

Bastırılmış öfkenin hipertansiyon ile sonuçlandığını gösteren bir başka çalışma da Cottington ve arkadaşları (1986) tarafından yapılmıştır. Çalışmada fabrikada çalışan işçilerin iş stresleri ve bastırılmış öfke düzeyleri ile hipertansiyon gelişme durumu karşılaştırılmış ve yoğun iş stresi altında çalışanlar ve öfkelerini bastırmayı alışkanlık haline getirenlerde öfkelerini bastırmayanlara göre hipertansiyon daha fazla tespit edilmiştir (152). Ulutürk'ün (2006) alışmasında, öfke içte puanı antihipertansif ilaç kullanan kadınlarda ve erkeklerde, ilaç kullanmayan kadın ve erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (31).

Schum ve arkadaşları (2003), sürekli öfke ve sistolik kan basıncı arasındaki ilişkiyi incelemek için, son 10 yıl içerisinde yayınlanmış olan 15 çalışmanın meta analizini yapmışlardır. Analizde içte tutulan öfke ile sistolik kan basıncı pozitif olarak ilişkili iken, diyastolik kan basıncıyla arasında ilişki bulunmamıştır (33).

Savaşan'ın (2006) hipertansiyonlularla yapmış olduğu çalışmada öfke içte puan ortalaması 19.44 ± 4.97 bulunmuştur (13). Karabulut, Kılıç ve Köse (2004)'nin yaptıkları çalışmalarında hipertansiyonlu bireylerin öfke içte tutma puan ortalaması 19.81 ± 4.36 olarak

bulunmuştur. Öfke içte puanı arttıkça, sistolik kan basıncı da artmaktadır sonucuna ulaşmışlardır (150). Bu bilgiler, araştırmanın bu bulgusunu desteklemektedir. Bu çalışmadaki öfke içte puanının diğer çalışmalardan da biraz yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni ise örneklem seçim kriterlerimizin öfke içte puanları açısından ortalamanın üzerindeki hastaları çalışmaya dahil ettiğimizden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Benzer çalışmalar ve literatür bilgileri göstermektedir ki bastırılmış öfke hipertansiyon ile sonuçlanmaktadır. Bizim çalışmamızda da hipertansif bireylerin yüksek çıkan öfke içte puanları bu bulgular ile uyumludur.

Hastaların ön-testte öfke dışı puan ortalaması araştırma grubunda 18.66 ± 4.07 , kontrol grubunda ise 18.81 ± 4.46 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek alt puan 8, üst puan ise 32'dir. Bu değerlere göre hem araştırma hem de kontrol grubunda bulunan hastaların öfke dışı puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde öfke dışı puanlarının orta düzeyde olduğu söylemek mümkündür. Örnekleme oluşturan hipertansiyon tanılı hastaların öfke içte puanının, öfke dışı puanına göre oldukça yüksek olduğu da görülmektedir.

Japonlar'da (2002) öfke ifadesinin kan basıncı ve hipertansiyonla ilişkisini inceleyen çalışmada, erkeklerde öfke dışı puanı ile hipertansiyon arasında ilişki bulunamamıştır (153). Yani öfkesini daha çok dışarı yansıtırma durumu öfkesini içte tutmada olduğu gibi ilişkili olmadığı görülmüştür.

Ulutürk'ün (2006) Antihipertansif kullanan bireyler ve karşılaştırma grupları arasında yapmış olduğu çalışmasında, öfke dışı puan ortalamalarının karşılaştırılmasına baktığımızda antihipertansif kullanan bireylerin puan ortalaması 14.00 karşılaştırma grubunun puan ortalaması da 13.41 olarak bulunmuştur (31). Karabulut ve arkadaşlarının (2004) hipertansiyonlu bireylerde öfke ile ilgili çalışmasında öfke dışı puan ortalaması 17.61 ± 4.85 olarak bulunmuştur (150).

Bu araştırma sonuçlarının, elde ettiğimiz sonuçlardan kısmen daha düşük olduğu görülmektedir. Araştırma bulgularındaki bu farklılığın nedeni, örneklem sayılarının ve örnekleme oluşturan hastaların kişisel özelliklerinin farklılığı olabilir.

Hastaların ön-testte Öfke kontrol puan ortalaması araştırma grubunda 15.75 ± 2.58 , kontrol grubunda ise 14.69 ± 2.75 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek alt puan 8, üst puan ise 32'dir. Bu değerlere göre hem araştırma hem de kontrol grubunda bulunan hastaların öfke kontrol puan ortalamaları açısından değerlendirildiğinde öfke kontrol puanlarının düşük düzeyde olduğu söylemek mümkündür.

Savaşan (2006) hipertansiyon hastalarının öfke kontrol puan ortalamalarını 23.40 ± 4.97 , Karabulut, Kılıç ve Köse (2004) 20.33 ± 5.91 , Ulutürk (2006) 22.41 ± 5.12 , Erkek, Özgür, Gümüş (2006) 21.57 ± 2.75 , Arsakay (2001) ise 22.14 ± 4.45 olarak bulmuştur (8,13,31,130,150).

Bizim çalışmamızda öfke kontrolü ile ilgili sonucun literatürden farklı olmasının sebebi çalışmaya alınan hastaların özellikle sürekli öfke düzeyi ve öfke içte tutma düzeyi yüksek olanların, öfke kontrolü iyi olmayan hastaların alınması kriterlerinden ve eğitim seviyelerinin düşük olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Ayrıca öfke kontrol puan ortalamalarının düşük olması eğitiminin yararının gözlemlenmesi açısından yarar sağlamıştır.

Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön-test "CDKÖ" Toplam ve Altboyut Puan Ortalamaları

Hastaların ön-testte CDKÖ toplam puan ortalaması araştırma grubunda 55.03 ± 7.64 , kontrol grubunda ise 55.27 ± 8.79 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek alt puan 21 ve üst puan 84'tür. Bu değerlere göre hem araştırma hem de kontrol grubunda bulunan hastaların duygu kontrol puanlarının yüksek düzeyde olduğunu söylemek mümkündür. Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişilerin duygularını bilinçli olarak bastırdığı ve duygularını ifade etmekten çekindiği anlaşılmaktadır.

Hipertansiyonun baskılanmış duygulara karşı bir tepki, bir uyum ve savunma mekanizması olduğu kabul edilmektedir (53). Betty ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında hipertansif kadınların duygularını normal kadınlardan daha fazla bastırdıkları, kontrol ettikleri sonucuna varmışlardır (154).

Glenn ve arkadaşları da (2006), hipertansiyonlu yaşlı erişkinlerde pozitif duyguların rolünü araştırmış ve sonuç olarak da pozitif duygularla hipertansiyon arasında önemli ölçüde anlamlı bir ilişki olduğu, olumlu duygu skorunun her bir puanlık artışının kan basıncını düşürdüğünü ortaya çıkarmışlardır (155). Bu noktada duygularını bastırarak kontrol etmek yerine, sağlıklı bir şekilde ifade ederek kontrol etmenin hipertansiyonlu bireyler için çok önemli olduğunu söylemek mümkündür.

Araştırma ve kontrol grubundaki hastaların ön-test CDKÖ toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Bu sonuç araştırma ve kontrol grubunda yer alan hastaların benzer özelliklere sahip olduğunu göstermektedir.

Hastaların ön-testte öfke puan ortalaması araştırma grubunda 19.30 ± 3.03 , kontrol grubunda ise 19.03 ± 3.54 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek alt puan yedi ve üst puan 28'dir. Bu değerlere göre hem araştırma hem de kontrol grubunda bulunan hastaların duygu öfke puanlarının yüksek düzeyde olduğu yani öfkelerini bastırdıklarını söylemek mümkündür.

Thomas ve arkadaşları (2004) düşmanlık ve öfke düzeyleri ile günlük tansiyon değişikliklerini incelemek için çalışmaya alınan bireylerin 24 saat boyunca tansiyonlarını ölçmüşlerdir. Çalışma sonucunda yüksek düzeyde düşmanlık ve öfke duygusuna sahip olan bireylerin tansiyonlarının hep yüksek seyrettiğini gözlemişler ve psikolojik faktörlerin hipertansiyon seyrindeki rolünü ortaya koymuşlardır (133).

Susan ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmada; bilinen risk faktörlerinden bağımsız olarak aşırı öfke ifadesiyle hipertansiyon arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (134).

Hastaların ön-testte kaygı puan ortalaması araştırma grubunda 18.06 ± 3.08 , kontrol grubunda ise 18.42 ± 3.62 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek alt puan 7 ve üst puan 28'dir. Bu değerlere göre hem araştırma hem de kontrol grubunda bulunan hastaların duygu kaygı puanlarının orta düzeyde olduğunu söylemek mümkündür.

Ghosh ve Sharma (1998), hipertansiyon hastalarının öfke ve anksiyete düzeylerini inceledikleri araştırmalarında; hipertansiyon hastalarının öfke ve anksiyete düzeylerini yüksek saptamışlardır (156).

Whitehead ve arkadaşlarının (2002) "Hipertansiyonda Anksiyete ve Öfke" adlı çalışmasında anksiyete düzeylerini öfke düzeylerinden daha yüksek bulmuştur (157).

Coşkun'un (2009) hipertansiyonu olan grupla yaptığı değerlendirmede %27.4' ünde anksiyete bulunmuştur (158).

Bu çalışma ve diğer çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde kaygının da hipertansiyonda önemli bir duygu olduğunu söyleyebiliriz.

Hastaların ön-testte mutsuzluk alt ölçeği puan ortalaması araştırma grubunda 17.66 ± 2.43 , kontrol grubunda ise 17.81 ± 2.83 olarak bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek alt puan 7 ve üst puan 28'dir. Bu değerlere göre hem araştırma hem de kontrol grubunda bulunan hastaların duygu mutsuzluk puanlarının orta düzeyde olduğunu söylemek mümkündür.

Rajita, Lovalo ve Parsons (1992) imajinasyonla yaratılan farklı duygulara, duyguya özgü farklı kan basıncı yanıtlarının verildiğini bulmuşlardır (140).

James ve arkadaşları (1986) "Borderline Hipertansif Hastalarda Mutluluk, Öfke ve Kaygı Durumlarının Kan Basıncı Üzerine Etkisi" adlı çalışmasında, duygusal etkilerin kan basıncını yükselttiği sonucuna varmışlardır (159).

Savaşan ve Özgür (2010) Hipertansiyonlularla yapmış olduğu çalışmasında duyguların daha kapsamlı öğrenilebilmesi için niteliksel araştırmaların yapılmasını önermiştir (68).

Ülkemizde yapılan literatür taramasında hipertansiyonluların duygu kontrolüyle özellikle de mutsuzlukla ilgili çalışmalara rastlanmamıştır. Bu yüzden bizim çalışmamız bu konuda yapılmış ilk çalışmalar arasındadır.

Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön-test ve Son-test SÖÖTÖ Altboyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastaların ön-test ve son-test sürekli öfke alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; araştırma grubundaki hastaların sürekli öfke puan ortalaması ön testte 26.06 ± 2.32 , son testte 19.48 ± 3.86 olup, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı görülmüştür ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların ise sürekli öfke puan ortalaması; ön testte 26.09 ± 2.32 , son testte 25.81 ± 2.28 olup, aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Bu bulgu hipertansiyon hastalarına verilen öfke kontrol eğitiminin hastaların sürekli öfke düzeylerini anlamlı olarak azalttığını göstermektedir.

Hipertansiyon genellikle diğer risk faktörleri ile birlikte görülür. Bu nedenle hipertansiyon tedavisinde diğer risk faktörlerini de dikkate alan ve toplam riski azaltmaya çalışılan bir strateji izlenmelidir (5). Yüksek tansiyon, kişinin öfke kontrolü ile yakından ilgilidir (11,26).

Kronik bir hastalık olan hipertansiyonda, hastaların biyo-psiko-sosyal yönleriyle “bütüncül” olarak ele alınması gerekir. Bu yaklaşımın hastane klinikleri ve poliklinikleri kadar toplum sağlığı açısından da önemli olduğu göz ardı edilmemelidir (Savaşan, Özgür 2010). Hipertansiyon hastalığı olan bireylere öfke ifadesi ve kontrolü konusunda eğitim verilmesinin, hastalığa uyum sağlama açısından yararlı olacağı ve hipertansiyon ataklarını önleyeceği önerilmiştir (13,27,31,130).

Verilen eğitim, hastaların sürekli öfke durumları üzerinde etkili olarak, kişinin başkaları ve öfkeli yaklaşımı ve kendisini öfkeli hissetmesi üzerinde etkili olmuştur. Buradan yola çıkarak öfke kontrol eğitimiyle, sürekli öfke düzeyi azalmış ve hastaların olumsuz durumlar karşısında öfkeli hallerinin anlamlı düzeyde azaltıldığı çıkarımı yapılabilir.

Bu sonuç, araştırmanın “**Hipertansiyon hastalarına verilen Öfke Kontrol Eğitimi, hastaların sürekli öfke düzeylerini azaltır**” şeklindeki hipotezini doğrulamaktadır.

Hastaların ön-test ve son-test öfke içte alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; araştıma grubundaki hastaların öfke içte puan ortalaması ön testte 25.42 ± 2.64 , son testte 20.03 ± 3.24 olup, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların öfke içte puan ortalamaları arasındaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Bu bulgu hipertansiyon hastalarına verilen öfke kontrol eğitiminin hastaların öfkelerini içte tutarak bastırma düzeylerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir. Verilen eğitim, hastaların bastırılmış öfke duygularını, inhibe ederek inkâr mekanizmasını kullanmaktan çok öfke duygularını içte tutmayarak ifade etme yönünde ilerlediklerini göstermiştir.

Bu sonuç, araştırmanın **“Hipertansiyon hastalarına verilen Öfke Kontrol Eğitimi, hastaların öfkeyi içte tutma düzeylerini azaltır”** şeklindeki hipotezini doğrulamaktadır.

Hastaların ön-test ve son-test öfke dışı puan ortalamaları karşılaştırıldığında; araştırma grubundaki hastaların öfke dışı puan ortalaması ön testte 18.66 ± 4.07 , son testte 16.18 ± 3.03 olup, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların öfke dışı puan ortalaması ön testte 18.81 ± 4.46 , son testte 18.69 ± 3.93 olup, aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Bu durum da öfke kontrol eğitiminin hipertansiyonlu hastaların öfkelerini dışı atma durumları üzerinde de etkili olduğunu göstermektedir. Hipertansiyonlu hastalar bu eğitimle öfkelerini dışı daha kontrollü bir şekilde yansıtarak öfke yaşamalarına olanak sağladığı söylenebilir.

Bu sonuç, araştırmanın **“Hipertansiyon hastalarına verilen Öfke Kontrol Eğitimi, hastaların kontrolsüzce öfke dışı vurum düzeylerini azaltır”** şeklindeki hipotezini doğrulamaktadır.

Hastaların ön-test ve son-test öfke kontrol puan ortalamaları karşılaştırıldığında; araştırma grubundaki hastaların öfke kontrol puan ortalaması ön testte 15.75 ± 2.58 son testte 20.75 ± 2.57 olup, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların öfke kontrol puan ortalaması ön testte 14.69 ± 2.75 , son testte 14.51 ± 2.63 olup, aradaki bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p > 0.05$).

Bu bulgu hipertansiyon hastalarına verilen öfke kontrol eğitiminin hastaların öfke kontrol düzeylerini anlamlı olarak yükselttiğini göstermektedir. Verilen eğitimin bu grup hastalarda oldukça etkili olduğu söylenebilir.

Yıldırım'ın hemşirelere yönelik olan (2005) çalışmasında, öfke ve baş etme yolları, iletişim konularında eğitim alan hemşirelerin öfke kontrol puanlarını eğitim almayan gruba göre benzer bir şekilde daha yüksek bulunmuştur (160). Öfkeyi uygun şekilde ifade etmeyi

bilmeme gibi durumlar hipertansiyonu tetikleyen etkenler olarak değerlendirilebilmektedir (31).

Savaşan ve Özgür (2010) hipertansiyonlularla yapmış olduğu çalışmalarının sonucunda; öfke ifadesi ve kontrolü konularında hastalara ve ailesine eğitim verilmesi, grup oluşturmaları ve belli aralıklarla toplanmaları sağlanarak, farkındalıklarının arttırılması ve yaşanan duygularla baş etmelerinin kolaylaştırılması, hasta bakımının amacına ulaşabilmesi için hemşirelere hastalığın psiko-sosyal yönünü de kapsayan hizmet içi eğitim verilmesini önermiştir (68).

Bu sonuç, araştırmanın **“Hipertansiyon hastalarına verilen Öfke Kontrol Eğitimi, hastaların öfke kontrol düzeylerini arttırır”** şeklindeki hipotezini doğrulamaktadır.

Sonuç olarak, çalışmamızda uygulanan öfke kontrol eğitiminin hipertansiyon hastalarında SÖÖTÖ'nin alt boyutları olan sürekli öfke, öfke içte tutma ve öfke dışı vurma durumlarında azalma olmuştur. Öfke kontrol durumlarında ise artma olmuştur. Hipertansiyon tedavisinde yalnızca ilaç tedavisiyle yetinmek gerçekçi bir yaklaşım olmayacaktır. Hipertansiyonda ilaç tedavisine eklenen öfke kontrol eğitiminin hipertansiyonlu hastaların öfke durumlarında olumlu etkisinin olduğu görülmüştür.

Araştırma ve Kontrol Grubundaki Hastaların Ön-test ve Son-test “CDKÖ” Toplam ve Altboyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Hastaların ön-test ve son-test CDKÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; araştıma grubundaki hastaların puan ortalamaları ön testte 55.03 ± 7.64 , son testte 49.45 ± 5.90 olup, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların CDKÖ toplam puan ortalaması ön testte 55.27 ± 8.79 , son testte ise 55.03 ± 8.81 olup, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Bu bulgu hipertansiyon hastalarına verilen öfke kontrol eğitiminin hastaların duygularını kontrol etmeyip bastırma düzeylerini anlamlı olarak azalttığını göstermektedir.

Jorgensen ve arkadaşlarının (2002) esansiyel hipertansiyonun tedavisinde kaygı yönetimi eğitimi adlı çalışmalarında 21 esansiyel hipertansiyonlu hastaya kaygı yönetimi eğitimi uygulanmış ve sonuç olarak eğitimden sonra diyastolik ve sistolik kan basınçlarında düşüşler gözlenmiştir (37).

Hastaların ön-test ve son-test öfke duyguları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; araştıma grubundaki hastaların ön testte 19.30 ± 3.03 , son testte 17.24 ± 2.22 olup, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların ise son test puanları arasında fark görülmemiştir ($p > 0.05$).

Akdeniz'in (2007) lise öğrencileri üzerinde yapmış olduğu öfke kontrol eğitiminin bireyler üzerindeki etkisi göz önüne alınarak öfkenin tanınabilmesi ve bu duyguyla başa çıkma becerilerinin verilmesi bu şansını artıran bir faktör olarak değerlendirilmesi de bizim çalışmamızı desteklemektedir (161).

Hastaların ön-test ve son-test kaygı alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; araştıma grubundaki hastaların puan ortalamaları ön testte 18.06 ± 3.08 , son testte 15.72 ± 2.60 olup, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların ise ön testte 18.42 ± 3.62 son testte ise 18.45 ± 3.40 olup, aradaki bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu durum araştıma grubuna verilen eğitimin hastaların kaygı duygularını bastırma düzeylerini azaltarak duygularını daha iyi ifade etmeye başladıklarını göstermektedir.

Orta yaş grubu kadınlarda öfke ve anksiyete düzeylerinin yükselmesi, sosyal desteğin azalması hipertansiyon olasılığını arttırdığı sonucuna götürmektedir (32).

Hastaların ön-test ve son-test mutsuzluk duygusu alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; araştıma grubundaki hastaların ön testte 17.66 ± 2.43 , son testte 16.48 ± 2.20 olup, aradaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Kontrol grubundaki hastaların ise ön testte 17.81 ± 2.83 son testte ise 17.57 ± 2.61 olup, aradaki bu farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

Duygu, düşünce ve isteklerinin farkında olan birey kendini daha iyi tanır. Kendini iyi tanıyan birey günlük yaşamda daha sağlıklı ilişkiler kurarak, mutlu ve üretken birisi olarak yaşamını daha anlamlı yapma şansını artırır (138).

Çeçen (2002) çalışmasında duyguları yönetme becerileri eğitim programının öğretmen adaylarının duyguları yönetme becerileri üzerindeki etkisini incelemek için araştıma grubu 11 hafta süreyle haftada 1.5-2 saat duyguları yönetme becerileri eğitimi uygulanmıştır. Sonuç olarak bu eğitimin araştıma grubu üzerinde anlamlı etkisinin olduğu ve ortaya çıkan bu değişimin altı ve 13 hafta sonrasında da devam ettiğini göstermiştir (162).

CDKÖ Toplam ve alt boyutları üzere eğitim etkinliğine dair tüm bu sonuçlar, araştımanın **“Hipertansiyon hastalarına verilen Öfke Kontrol Eğitimi, hastaların duygularını bastırarak kontrol durumlarını azaltır.”** şeklindeki hipotezini doğrulamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma Gaziantep İstasyon Aile Sağlığı Merkezi'nde hipertansiyon tanısı almış 33 kontrol, 33 araştırma grubu olmak üzere toplam 66 hastayla yapıldı. Öfke kontrol eğitimin hipertansiyonlu hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına, duygu kontrol durumlarına etkisinin belirlenmesine yönelik planlanan ve gerçekleştirilen çalışmada elde edilen sonuçlar şöyle sıralanabilir.

Bu çalışmada hipertansiyonlu hastaların sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı durumları yüksek, öfke kontrol durumları düşük bulunmuştur. Hipertansiyonlu hastalar haksızlığa uğradıklarında daha çok öfkelenedikleri, öfkelerini daha çok kendilerine yönelttikleri ve içe dönük pasif- agresif tepkilerde bulunarak öfkelerini bastırdıkları ve sakin davranamayarak öfkelerini fazla kontrol edemedikleri bulunmuştur. Ayrıca hipertansiyonlu hastaların duygularını bilinçli olarak bastırarak kontrol ettikleri ve öfke, kaygı ve mutsuzluk duygularını ifade etmekten çekindikleri saptanmıştır.

Sonuç olarak 10 haftalık öfke kontrol eğitiminin araştırma grubundaki hipertansiyonlu hastaların sürekli öfke, öfke içte, öfke dışı alt ölçeklerinden aldıkları puanları anlamlı düzeyde azalttığı, öfke kontrol alt ölçeğinden aldıkları puanları ise anlamlı düzeyde artırdığı görülmektedir. Ayrıca bu eğitimin araştırma grubundaki hastaların duygu kontrol durumlarını da azaltarak hastaların öfke, kaygı ve mutsuzluk gibi duygularını bastırmayarak daha iyi ifade ettikleri görülmüştür. Öte yandan söz konusu eğitimi almayan kontrol grubundaki hipertansiyonlu hastaların ön test ve son test ölçümleri karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır. Hipertansiyon tedavisinde yalnızca ilaç tedavisiyle yetinmek gerçekçi bir yaklaşım olmayacaktır. Hipertansiyon tedavisine eklenen öfke kontrol eğitiminin hastaların öfke ve duygu kontrol durumlarına olumlu etkisinin olduğu görülmüştür.

Çalışma sonucu elde edilen bulgulara göre şu önerilerde bulunulabilir:

- Sürekli öfke düzeyinin azaltılması ve öfke içte tutma yani öfkeyi sözelleştirememe sorununun ele alınması konularında risk gruplarına (özellikle orta yaş grubu bireylere ve kadınlara) yönelik olarak yaygın, örgün eğitim programları geliştirilmesi,
- Hipertansiyonun seyrini tetikleyen öfke ile ilgili özelliklerin sağlık ocağı düzeyinde gerek koruyucu ruh sağlığı, gerekse hipertansiyon kontrol programları çerçevesinde ele alınmasının sağlanması yani mevcut sağlığı koruyucu programlara öfke ifade etme eğitiminin verilmesi,

- Uzun vadede gerekleŖecek bir öneri olarak, yukarıda sözü edilen eēitim ve koruyucu ruh saēlıēı programlarını gerekleŖtirmede konsültasyon liyezon psikiyatri alanında eēitim alan hemŖirelerin istihdam edilmesi ve görevlendirilmesi,
- Hastalara bu eēitimin verilebilmesi için, Saēlık Hizmetleri'nde alıŖan halk saēlıēı hemŖirelerine hizmet içi eēitim verilmesi,
- Saēlık ocaēını kullanan araŖtırma örneklerinin eēitim düzeyi dŖk, emekli ve ev hanımı olduēu dikkate alınarak; aktif alıŖmakta olan, eēitim seviyesi yüksek, hipertansiyonlu hastalarla yapılacak araŖtırma ile bu araŖtırmanın bulgularının karŖılaŖtırılması,
- Yüksek tansiyonu olan hastalarda öfkenin önemini ortaya çıkarabilmek için belli aralıklarla, geniŖ örneklemli araŖtırmaların yapılması önerilir.
- Hipertansiyonun nlenebilir bir sorun olduēu gereēinden hareketle bebeklik aēından itibaren yaŖam stili deēiŖiklikleri ile hipertansiyon geliŖimi azaltılmaya alıŖılmalı; sorunun erken farkedilmesi için kan basıncı ölümleri yaygınlaŖtırılmalı, yaŖamın her evresinde hipertansiyonun önlenmesi için giriŖimlerde bulunulmalı, hipertansiyon geliŖtiēinde tanısının erken konulması ve tedavisinin etkin Ŗekilde yapılması saēlanmalıdır.

6. KAYNAKLAR

1. Öngen Z. Çözümü zor bir toplumsal sorun: Hipertansiyon, Klinik Gelişim, (2005) 18: 4-7
2. <http://www.saglikbilgisi.com/makale/Hipertansiyon+nedir> Erişim tarihi: 23.08.2011
3. <http://www.tkd.org.tr/menu/318> . Erişim tarihi: 16.06.2012
4. <http://healthonline.blogcu.com/alinmasi-gereken-gunluk-tuz-miktari-nedir/6875634> . Erişim tarihi: 16.06.2012
5. Arıcı M, Çağlar Ş. Hipertansiyon ve Oluşturduğu Sorunlar. Hacettepe Tıp Dergisi, 2002: 33 (1); 4-9.
6. Önal E, Tümerdem Y. Yaşlılıkta Hipertansiyon. Geriatri. 2001; 4(4): 141
7. Goldman L, Ausiello D. Cecil Tıp. Çvr. Editörü Ünal S. 23. Baskı, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2011
8. Arsakay G. Hipertansiyon Ruhsal Etkenler, Öfke ve Kontrolü, Problem Çözme Yolları, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2001.
9. Emsal T. Kalecik Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2000.
10. Özcan N (Gülhane As. Tıp Akademisi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi). Hipertansiyon, Ankara, 2001; 1:79
11. Özmen M. Hipertansiyon, kişilik yapısı ve stres. Hipokrat Dergisi, 2002; 11(11): 339-342.
12. Yazıcı K, Ertekin Yazıcı E. Kardiyovasküler hastalıklarda psikososyal risk etkenleri, Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2003; 4:106-112
13. Savaşan A. Hipertansiyonu olan hastalarda öfke ve özbakım gücü ilişkisi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006.
14. Dünya Sağlık Raporu Dünya Sağlık Örgütü, Life in the 21st century A vision for all. Geneva. 1998
15. Çöl M, Özdemir O, Ocaktan E. Park Sağlık Ocağı bölgesindeki 35 yaş üstü hipertansiflerde tedavi-kontrol durumları ve davranışsal faktörler. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2006; 59(4)

16. http://www.donusumkonagi.net/makale.asp?id=3458&baslik=duygusal_zeka_duygularin_kontrolu. Erişim tarihi: 11.07.2011
17. <http://www.banugokcul.com/duygusal-zekaya-giris>. Erişim tarihi: 23.08.2011
18. Goleman D. Emotional Intelligence. Duygusal Zeka, Yüksel BS. İstanbul Varlık Yayınları, 2007:89-104.
19. Okanlı A, Erdem N, Karabulutlu YE. Hemodiyaliz hastalarında duygu kontrolü ve etkileyen faktörler. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008; 156-161.
20. Conlan R. States of Mind: New Discoveries About How Our Brains Make Us Who We Are. The Dana Pres. USA, 1999.
21. Doğan S, Güler H, Kelleci M. Hastaların Öfkeli Davranışları Karsısında Hemşirelerin Yaklaşımları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 5(1): 26-32.
22. Güçray SS. Yaşam becerileri ergenler için grupla psikolojik danışma uygulamaları. Baki Kitabevi, Adana, 2001.
23. Baltaş Z, Baltaş A. Stres ve Başa çıkma Yolları. Remzi Kitapevi, 21. Basım, İstanbul, 2002.
24. Terakye G. Hasta Hemşire İlişkileri. Genişletilmiş 5. Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, 1998; ss: 54-65, 134-141.
25. Kökdemir H. Öfke ve öfke kontrolü. Pivolka, 2004; 3(12), 7-10.
26. Balkaya F, Şahin NH. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003; 14(3): 192-202
27. Çelik HC, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. Fırat Tıp Dergisi, 2007; 12 (1):23-27.
28. <http://mezun.anadolu.edu.tr/images/kariyer/ofkekontrolu.pdf> 21.08.2011
29. Özmen A. Seçim kuramına ve Gerçeklik terapisine dayalı Öfkeyle başa çıkma eğitim programının ve etkileşim grubu uygulamasının üniversite öğrencilerinin öfkeyle başa çıkma becerileri üzerindeki etkisi. Ankara Üniversitesi, Doktora Tezi, Ankara, 2004
30. Richard F, Joseph E. Psychological Variables in Hypertension: Relationship to Casual or Ambulatory Blood Pressure in Men. Psychosomatik Medicine, 2001: 63, ss: 19-31.

31. Ulutürk E. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Öfke ve Öfke Duygusunu İfade Düzeylerinin Belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2006.
32. Raikkönen K, Matthews KA, Kuller LH. Trajectory of psychological risk and incident hypertension in middle-aged women. 2001; 38:798-806
33. Schum LJ. Trait Anger, Anger Expression, and Ambulatory Blood Pressure: A Meta-Analytic Review. Journal of Behavioral Medicine. 2003; 26 (5): 395-415
34. Scuteri A, Parsons D, Chesney MA, Anderson DA. Anger inhibition potentiates the association of high end-tidal CO₂ with blood pressure in women. Psychosomatic Medicine 2001; 63: 470-475.
35. Bakoğlu E, Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların özbakım gücünün değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 2000; 4(1):41-49
36. Üstün B, Yavuzarslan F. Öfkenin Gücü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. Ankara, 1995; 2 (2): 42-46
37. Jorgensen R.S, Houston B.K, Zurawski R.M. Anxiety management training in the treatment of essential hypertension. Department of Psychology, University of Kansas, Lawrence, U.S.A, 2000.
38. Larkin K, Zayfert C. Anger management training with mild essential hypertensive patients. Journal of Behavioral Medicine, 1996; 19 (5): 415-433, DOI: 10.1007/BF01857676
39. Birol L, Akdemir N, Bedük T. İç Hastalıkları Hemşireliği. 2. Baskı. Sanem Matbaası, Ankara, 1990; 245-247
40. Sağlıker Y. III. Milenyumda Hipertansiyon Tedavisi. 1999; 113-121.
41. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. The World Health Report 2002. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2002 ss:58
42. Yurdaışık I. Hipertansiyon. <http://www.genetikbilimi.com/tip/hiper.html>.05.08.2011
43. Dash MS. The treatment of adults with essential hypertension. The Family practice. 2002.
44. <http://www.erkurumbulteni.com/haber/1287-turki39yenin-339te-139i-hic-tansiyon-olcturmedi.html>. Erişim tarihi: 10.08.2011

45. Vatansever K. Özkanlar Sağlık Ocağı Bölgesinde 20 Yaş ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve Risk Faktörleri. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi İzmir, 1998.
46. Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi. Kriz Dergisi. 2003; 11(2): 19-27
47. Onat A, Dogan Y, Uyarel H, Sensoy V, Ceyhan K. Erişkinlerimizde kan basıncı ve kontrol altında tutulması yönünden gelisme. Türk Kardiyoloji Derneği Arsivi 2003; 30: 749-757
48. <http://www.saglik.net/hipertansiyon.html> Erişim Tarihi: 12.08.2011
49. Burak K, Demiroglu C, Ersanlı O. Kalp ve Damar Hastalıkları. Onat A.(ed) İstanbul. 1997; 423-432.
50. Seyrek N. Hipertansiyon Tanımı, Sıklığı ve Ölçümü. III.Milenyumda Hipertansiyon Tedavisi. 1999; 88-93.
51. Kaplan NM. Toplum genelinde hipertansiyon, Klinik Hipertansiyon. İstanbul 1998; 28-32
52. Tomson C. Hipertansif Nefropati, The Richard Bright Böbrek Ünitesi Southmead General Hospital Bristol, İngiltere, 1996.
53. Çelik C. Özdemir B. Çaycı T. Arpacı M. Özmenler K.N. Özgen F, Özşahin A. Esansiyel Hipertansiyonda Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzı. Gülhane Tıp Dergisi, 2009; 51:158-161.
54. Önder R, Akıllı A. Hipertansiyon 1. Baskı, Ladin Matbaacılık, İzmir, 1998; 2:9-19.
55. Kaplan MS, Nunes A. The psychosocial determinants of hypertension. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2003; 13(1):52-59.
56. Harter MC, Conway KP, Merikangas KR. Associations between anxiety disorders and physical illness. Eur Arch. Psychiatry Clin Neurosci, 2003 Dec; 253(6):313-320.
57. Rutledge T, Hogan BE. A quantitative review of prospective evidence linking psychological factors with hypertension development. Psychosom Med. 2002; 64(5):758-766.
58. Üstün B, Akgün E, Partlak N. Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi, Okullar Yayınevi, İzmir, 2005; ss: 129-131.

59. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA. 2003; 289: 2560-2572.
60. Eniseler AG. Kalp Damar Hastalarında A Tipi Davranış ve Öfke Analizi. Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Manisa, 2007.
61. Ekmekçi A. Hipertansiyon Epidemiyolojisi. İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniği, İstanbul, 1984; s: 24-31.
62. Smits D, Kuppens P. The relations between anger, coping with anger and aggression and the BIS/BAS system. Personality and Individual Difference, 2005; 39
63. Virtanen R, Jula A, Salminen JK. Anxiety and hostility are associated with reduced baroreflex sensitivity and increased beat-to-beat blood pressure variability. Psychosom Med 2003; 65: 751–756.
64. Oto A. Hipertansiyon. Türk Kardiyoloji Seminerleri 2002; 2(2):123-130.
65. Öztürk Y, Günay O. Hipertansiyon Kontrolü. Erciyes Üniversitesi Yayınları, Kayseri, 1999; 1-76.
66. Çöl M, Özyurda F. Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevelansı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, Ankara, 1992; 45 (2): 247-262.
67. Erdine S. Türkiye Hipertansiyon Haritası. Hipertansiyon ve Ateroskleroz Derneği. Pfizer. İstanbul, 1993.
68. Savaşan A, Özgür G. Bir Sağlık Ocağına Başvuran Hipertansiyon Tanılı Hastalarda Sürekli Öfke ve Öfke Tarzları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2010; 26(2):1-15.
69. Collins, R, Mac Mahon, S. Blood pressure, anti-hypertensive drug treatment and the risk of stroke and of coronary heart disease. Brit.Med.Bull, 1994; 50:272-297
70. Kaplan NM. Clinical Hypertension. 9th Edition. Philadelphia: Williams and Wilkins; 2005; p.2–103.
71. Dağlı N, Arıoğlu S. Geriatrik populasyonda hipertansiyon tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35 (1):7-11.
72. Cebeci BS, Kaş Y. Hipertansiyon Tedavisine Genel Yaklaşım ve Kalsiyum Kanal Blokerleri. İlaç ve Tedavi Dergisi. 1997;10(9):538-544.

73. Çetin İ. Esansiyel Hipertansiyonlu Erişkin Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Bilgileri ve Tedaviye Uyum Durumları. Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli, 2004.
74. Golino P, Trimarco B. Arteriyel Hipertansiyona Yaklaşım. Erdine S. (ed). 2003; 12-52
75. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş 4. Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000' den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2001.
76. Arıcı M. Hipertansiyon tedavisinde 2004 neler değişti? Neden değişti?. Türkiye Tıp Dergisi 2004;11(3):133-144.
77. Cooke J. Fronlich E, Çvr. Kotiloğlu G. Hipertansif ve Vasküler Hastalıklarda Tedavi. İstanbul, 1996.
78. Büyüköztürk K. Türk Kalp Derneği hipertansiyon tedavi ve takip kılavuzu. Türk Kalp Derneği Arsivi 2000;28:331-398
79. Akın B, Seviğ Ü, Karataş N. Türkiye'de gerontoloji hemşireliği eğitim(1-11) bir sertifika eğitim programı geliştirme çalışması- araştırmaları ve eğitim programı önerisi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2004; 5 (1): 33-43
80. Çubukçu S. Edirne'de 65 yaş Üzeri Bireylerde Hipertansiyon Prevelansı, Hipertansiyonun Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri, 2005.
81. Arık N. Kan Basıncı Ölçümü, III. Milenyumda Hipertansiyon ve Modern Tedavisi. Adana, 1999
82. Akpolat T. Kan Basıncı Ölçümü, www.tsn.org.tr/folders/file/kanbasinciolumu.pdf, Erişim Tarihi: 12.08.2011
83. Kaplan NM. Hypertensive and Atherosclerotic Cardiovascular Disease. Systemic Hypertension. Heart Disease. 2001; 941-968.
84. Lerner, H, Çeviri: Gül S. Öfke Dansı. 5. Baskı, Varlık Yayınları, İstanbul, 2004.
85. Budak S. Psikoloji Sözlüğü. 2. Baskı. Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara, 2003; 560-561
86. Türk Dil Kurumu. Türkçe Sözlük. Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Yayınları, Ankara, 1988; 2(549)
87. <http://www.genetikbilimi.com/genbilim/ofke.htm> Erişim tarihi: 22.08.2011.

88. Gençtan E. İnsan Olmak: Varoluşun Bireysel ve Toplumsal Anlamı, Ankara, Adam Yayıncılık ve Matbaacılık A.ş. Ankara, 1984.
89. Kassinove H, Sukhodolsky DG. Anger disorders: basic science and practice issues. Anger Disorders: Definition, Diagnosis and Treatment. Washington, 1995.
90. Kassinove H. Tafrate RC. Anger Management. Impact Publishers. United States of America, 2002.
91. Albertı R, Emmons M. Atılganlık Hakkınızı Kullanın. Çeviren: Katlan S. 1. Baskı, HYB Yayıncılık, Ankara, 1998; ss: 107-123.
92. Tsai P C. The lived experienced of anger in children. Calgary, Alberta, 2000.
93. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 7.Baskı, Medıkomat Basım Yayın, Ankara, 1997.
94. Özbay Ö, Öfke Kontrol Eğitim Programı Etkinliğinin Tutuklu Bir Grup Ergen Örneklemesinde İncelenmesi. Ankara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2008
95. Tekinsav Sütçü S. Ergenlerde Öfke ve Saldırganlığı Azaltmaya Yönelik Bilişsel Davranışçı Bir Müdahale Programının Etkililiğinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir, 2006.
96. Çetinkaya B. Ad Aktarması Yapısındaki Öfke Göstergeleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2006;8(2):32-55.
97. Kaplan A. Öfke Yönetimi Becerileri Programının İlköğretim 5. sınıf Öğrencilerinin Saldırganlık Düzeyi ve Benlik Saygısına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2007.
98. Berkowitz L. Frustration-aggression hypothesis; examination and reformulation. Psychological Bulletin, 1989.
99. Baumeister RF, Smart L, Boden JM. Relation of threatened egotism to violence and aggression. The dark side of high self esteem. Psychological Review, 1996; 103, 5–33.
100. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışı. Remzi Kitapevi, İçimizdeki Çocuk, İstanbul, 1991
101. Papps B, O'Carroll R. Extremes of Self-Esteem and Narcissism and the Experience and Expression of Anger and Aggression. Aggressive behaviour, 1998; 24, 421-438.
102. Bilge A, Ünal G. Öfke, Öfke Kontrolü ve Hemşirelik Yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 21(1); 189-196.
103. Tarhan N. Duyguların Dili. Timaş Yayınları Entegre Matbaacılık, İstanbul, 2008.
104. Özmen A. The Theoretical Approaches and The Factors Causing the Emergence in Individuals, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 2006; 39-56.
105. Özmen A. The Theoretical Approaches and The Factors Causing the Emergence in Individuals, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi, 2006; 39-56.

106. Bayhan M. Öfke sizi kontrol edeceğine siz onu kontrol edin. Türk Psikologlar Derneği, 1999.
107. Gupta Er MK. How To Control Anger. The Deadly Enemy. Ölümcül Düşman Öfke. Platform Dizisi Bilim Teknik Yayınevi, Eskişehir, 2005.
108. Lulofs RS, Cahn DD. Conflict from theory to action. United States of America: Aperson Education Company, 2000.
109. Izard EC. The Psychology of Emotions, Plenum Pres, New York, 1991.
110. http://htanoropsikiyatri.com/ofke_patlamalari.html Erişim tarihi: 23.07.2011
111. Portage Path Behavioral Health. The portage path behavioral health reference guide to: Anger Management. 2001.
112. Wilde J. Öfke sorunu yaşayan çocuklara yönelik uygulamalar. Çev. A. Özmen. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2006; 37 (2), 27-39.
113. Oksal H. Psikiyatri Hastalarının Yakınlarının Duygu Kontrol Durumları ve Yaşam Doyumları, Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
114. Durak Batıgun A, Utku C. Bir Grup Gençte Yeme Tutumu ve Öfke Arasındaki ilişkinin incelenmesi. Türk Psikoloji Dergisi. 2006;21(57):65-78.
115. Clark L. Duygulara Yardım, Bunaltı, Öfke ve Depresyonun Yönetilmesi. İstanbul, Evrim Yayınevi, 2000.
116. Thomas P.S. Gender Differences in Anger Expression: Health Implications. Research in Nursing and Health, 2004; 12: 1989
117. Ersanlı K. Davranışlarımız: Gelişim ve Öğrenme. Eser Matbaası, Samsun, 2006.
118. Feindler EL. Adolescent anger control: Review and critique. Progress in Behavior Modification, 1990; 26, 11-59.
119. Ovayolu N, Pehlivan S, Uçan Ö, Çuhadar D. Hemodiyaliz Hastalarının Yalnızlık ve Depresyon Düzeyleri Arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8: 293-296.
120. Yılmaz H. Genellikle 40 Yas Üzerinde Ortaya Çıkan Asrın Hastalığı Hipertansiyon. Health News. 2000; (10):19-24.
121. Gelbal S. Problem Çözme, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 1991; 6: 167-173
122. Demiralp M, Oflaz F. Bilişsel Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşireliği Uygulaması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007; 8:132-139.
123. Kulaksızoğlu A. Kişisel Gelişim Uygulamaları. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2003.

- 124.** Rose SD. Group Therapy with Troubled Youth: A Cognitive Behavioral Interactive Approach. Tousand Oaks. CA: Sage Publications, Inc. 1998.
- 125.** Günümüz çocuklarına psikososyal stres etkenleri, Adeda yayıncılık, cep kitapları serisi, 2006.
- 126.** Özdemir F. Histerektomi Ameliyatı Sonrasında Verilen Eğitimin ve Progresif Gevseme Egzersizlerinin Kadınların Anksiyete Düzeyine Olan Etkisinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Doğum Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2008.
- 127.** Yıldırım S, Gürkan A. Müziğin, Kemoterapi Yan Etkilerine ve Kaygı Düzeyine Etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2007;8: 37-45.
- 128.** Akça Ay F. Temel Hemşirelik. In Ertem UT, Özcan NK, Güneş B, Işık DR, Savran S, eds. İstanbul Medical Yayıncılık: Elma Ofset. İstanbul, 2007; ss:37.
- 129.** Demir B. Hemodiyaliz hastalarında gevşeme egzersizlerinin öfke ve öfke kontrolü üzerine olan etkisinin incelenmesi, Atatürk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, 2009.
- 130.** Erkek N, Özgür G, Babacan AG, Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi, 2006; 10(2).
- 131.** Vural M, Basar E. Psikolojik Faktörlerin Koroner Kalp Hastalığına Etkisi Olumsuz Psikolojik Faktörlere Müdahale Edilmeli Mi? Anadolu Kardiyoloji Dergisi 2006; 6:55-59
- 132.** Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Julkunen J, Salonen JT. Anger Expression and Incident Hypertension, Psychosomatik Medicine 1998; 60, ss: 730-735.
- 133.** Thomas KS, Nelesen RA, Dimsdale JE. Relationships Between Hostility, Anger Expression and Blood Pressure, Psychosomatik Medicine 2004; 66, ss: 298-304.
- 134.** Susan A. Everson PHD, MPH, Debbie E. Goldberg, MS, George Kaplan, PHD, Juhani Julkunen, PHD. and Jukka T. Salonen, MD, PHD, MSCPH. Anger Expression and Incident Hypertension. Psychosomatic Medicine 1998; 60: 730-735.
- 135.** Feldman Robert S. Understanding Psychology. McGraw Hill Inc:ABD, 1996.
- 136.** Balkaya F. Duygular Nedir <http://www.psikologterapist.com> Erişim tarihi: 20.12.2011
- 137.** www.basariyolu.com Erişim tarihi:19.10.2012.
- 138.** Koçak R. Aleksitimi: Kuramsal Çerçeve Tedavi Yaklaşımları ve İlgili Araştırmalar, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2002; 35 (1).

- 139.** Stoudemire A., Çev. 136. Tüzer T. Koroner Arter Hastalığı ve Ani Ölüm. Tıbbi Sorunları Etkileyen Psikolojik Faktörler. 1. Baskı Compos Mentis Yayınları, 1997; 17-53783-793
- 140.** Rajita S. Lovallo WR, Parsons DA. Cardiovascular differentiation of emotions. Psychosomatic Medicine, 1992; 54, 422-435.
- 141.** Markovitz JH, Matthews KA, Wing RR, Kuller LH, Meilahn EN. Psychological, biological and health behavior predictors of blood pressure changes in middle-aged women. J Hypertens 1991; 9:399-406.
- 142.** Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. İmaj İç ve Dış Ticaret AS. Ankara, 2004:157-165.
- 143.** Okanlı A, Ekinci M. Meme Kanseri Hastası ve Eşlerinin Yaşam Doyumları Duygu Kontrol Düzeyleri ve Evlilik Uyumlarının Mastektomi Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2004.
- 144.** Öncü B, Çevik A. Somatoform bozukluk tanısı alan hastalar: depresyon, anksiyete, yaşam doyumu, evlilik uyumları, duygu kontrol düzeyleri ve olumsuz yaşam olaylarının etkisi. Türkiye Klinikleri Journal Psychiatry, 1999, 1:84-89.
- 145.** Özer AK. Öfke Kaygı, Depresyon Eğilimlerinin Bilişsel Alt Yapısı ile İlgili Bir Çalışma. Türk Psikoloji Dergisi, 1994; (31), 12-35.
- 146.** Çöl M. Hipertansiyon Epidemiyolojisi Somgür Yayıncılık. Ankara 1994; 2-46.
- 147.** Hacıoğlu N. Gümüşhane İli Torul Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde 30 Yaş ve Üzerindeki Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Erzurum Üniversitesi, Doktora Tezi, Erzurum, 1995
- 148.** Öztürk A. Aykut M. Günay O. Gün İ. Özdemir M. Çıtıl R. Öztürk Y. Kayseri İlinde 30 ve Üzeri Yaş Grubunda Hipertansiyon Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, Erciyes tıp dergisi, 2011; 33 (3): 219-228
- 149.** Williams JE, Nieto FJ, Sanford CP. Effects of an angry temperament on coronary heart disease risk. American Journal of Epidemiology. 2001; 154(3): 230-235
- 150.** Karabulut N. Kılıç D. Köse S. Hipertansiyonlu Bireylerde Öfke ve Anksiyete Düzeyleri, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2004; ISSN:1303-5134

- 151.** Savaşır I, Şahin NH. Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:9, Özyurt Matbaacılık, Ankara, 1997; 9: 70-74.
- 152.** Cottington, Eric M. PHD, Karen A. Matthews, PHD, Evelyn Talbott, DrPH, and Lewis H.cKuller, MD, DrPH. Occupational Stres, Suppressed Anger. Psychosomatic Medicine 1986; 48 (3/4).
- 153.** Ohira T, Iso H, Tanigawa T, Sankai T. The relation of anger expression with blood pressure levels and hypertension in rural and urban Japanese communities. Journal of Hypertension. 2002; 20(1):21-27
- 154.** Betty L. Kalis, RobertE. Harris, Maurice Sokolow, Lewis G. Carpenter ‘‘Response to psychological stress in patients with essential hypertension’’ The Langley Porter Clinic, San Francisco, California, USA, 2004.
- 155.** Glenn V. Ostr, Phd, Ivonne M. Berges, Phd, Kyriakos S. Markides, Phd, and Kenneth J. Ottenbacher, Phd. Hypertension in Older Adults and the Role of Positive Emotions, Psychosomatic Medicine 2006; 68: 727–733.
- 156.** Ghosh SN. Sharma S. Trait anxiety and anger expression in patients with essential hypertension JIAAP 1998; 24 (1-2):9-14.
- 157.** Whitehead W.E. Blacwell B. Silva H. Robinson A. Anxiety and Anger İn Hypertension Department of Psychiatry. Wright State University School of Medicine USA, 2002.
- 158.** Coşkun O. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde çalışan hemşirelerde hipertansiyon sıklığı, hipertansiyonun depresyon ve Anksiyeteye ilişkinliği, İstanbul Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009.
- 159.** James GD, Yee LS, Harshfield GA, Blank SG and Pickering TG. The influence of happiness, anger, and anxiety on the blood pressure of borderline hypertensives Psychosomatic Medicine, Copyright by American Psychosomatic Society1986; 48 (7): 502-508.
- 160.** Yıldırım S. Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeylerinin Belirlenmesi. Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek lisans Tezi, Eskişehir, 2005.
- 161.** Akdeniz M. Öfke Kontrolü Eğitiminin Lise Öğrencilerinin Öfke Kontrolü Becerilerine Etkisi. Çukurova Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2007.

162. Çeçen AR. Duygular İnsan Yaşamında Neden Vazgeçilmez ve Önemlidir. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2002; 9 (9): 164-170.

7. EKLER

EK-I

HASTA TANITIM FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket formu bilimsel amaçlı bir araştırma içindir. Bilimsel amaçlarla yapılan bu araştırmada isminiz istenmemektedir. Bilgiler grup halinde değerlendirilecek ve bireysel incelemeler yapılmayacaktır. Elde edilen kişisel bilgiler kesinlikle bir başkasıyla paylaşılmayacaktır. Burada sorulan soruların doğru ya da yanlış cevapları bulunmamaktadır. Önemli olan sizin yaşadıklarınızı ve düşündüklerinizi ifade edebilmenizdir. Bu araştırmanın amacı Hipertansiyon tanısı almış hastalara verilecek öfke kontrolü eğitiminin, hastaların öfke ve duygu kontrol durumlarına etkisini belirlemektir. Bu çalışmaya katılarak siz de bu amacın gerçekleşmesine katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

Aşağıdaki soruları uygun şekilde cevaplayınız.

1-Cinsiyetiniz :

- a) Erkek
- b) Kadın

2-Yaşınız:

3-Medeni durumunuz:

- a) Evli
- b) Bekar

4-Eğitim durumunuz:

- a) Okuryazar
- b) İlkokul
- c) Ortaokul
- d) Lise

5-Size göre gelir düzeyiniz:

- a) İyi
- b) Orta
- c) Kötü

6-Kaç yıl önce hipertansiyon tanısı aldınız:

- a) 1-5 yıl
- b) 6-10 yıl
- c) 11 yıl ve üstü

7- Öfkeniz başkalarıyla olan ilişkilerinizin bozulmasına sebep olur mu?

- a) Evet
- b) Hayır

8. Egzersiz alışkanlığınız nasıldır?

- a) Her gün mutlaka 30 dak- 1 saat arası yürürüm
- b) Ara sıra yürürüm
- c) Düzenli spor yaparım
- d) Diğer

EK- II

SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZ ÖLÇEĞİ

1.BÖLÜM

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ taraflarındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayan ifadeyi seçerek, üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	<u>Hiç</u>	Biraz	Oldukça	Tümüyle
1. Çabuk parlam.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kızgın mizaçlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Öfkesi burnunda bir insanım	(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. Öfkelenince ağzıma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1)	(2)	(3)	(4)

2.BÖLÜM

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık ve öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke ve duyguları ile ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık

duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	<u>Hiç</u>	<u>Biraz</u>	<u>Oldukça</u>	<u>Tümüyle</u>
11. Öfkemi kontrol ederim	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Baskalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16. İnsanlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Baskalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. İçimde, kimseye söyleyemediğim 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)
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 seyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)

30. Hosgörülu ve anlayıslı olmaya çalısrım.	(1)	(2)	(3)	(4)
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)

EK- III**Courtauld Duygu Control Ölçeği (CDKÖ):**

İnsanların belirli duygular karşısındaki tutumlarından bazıları aşağıda sıralanmıştır. Bu tutumlardan her birinin içine ne sıklıkla girdiğinizi, karşısına X işareti koyarak belirtiniz. Lütfen A'dan U'ya kadar her bir tutum için, tek bir işaret koyun ve bu işlemi çok düşünmeden yapın.

ÖFKELİ OLDUĞUM ZAMAN	HEMEN HİÇ BİR ZAMAN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
A-Sessiz kalırım				
B-Konuşmak ya da tartışmak istemem				
C-İçime atarım				
D-Hissettiğim neyse söylerim				
E-Olay çıkarmaktan kaçınırım				
F-Duygularımı bastırırım				
G-Kızgınlığımı gizlerim				
KAYGILI VE ENDİŞELİ OLDUĞUM ZAMAN	HEMEN HİÇ BİR ZAMAN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN
H-Duygularımı belli ederim.				
I-Sessiz kalırım				
J-Bu konuda tek söz etmem				
K-Başkalarına içimi dökerim				
L-Hissettiğim neyse söylerim				
M-İçime atarım				
N-Duygularımı bastırırım				
MUTSUZ VE KEDERLİ OLDUĞUM ZAMAN	HEMEN HİÇ BİR ZAMAN	BAZEN	ÇOĞU ZAMAN	HEMEN HER ZAMAN

	ZAMAN			ZAMAN
O-Bu konuda tek söz söylemem				
P-Mutsuzluğumu gizlerim				
Q-Yılgın görünmem				
R-Sessiz kalırım				
S-Duygularımı belli ederim				
T-Duygularımı bastırırım				
U-İçime atarım				

EK-IV

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA ONAM FORMU	
Öfke Kontrol Eğitiminin Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Öfke ve Duygu Kontrol Durumlarına Etkisi	
Araştırmacı Tuğba BEYAZASLAN Yrd. Doç. Dr. Derya TANRIVERDİ	Hastanın Adı-Soyadı: Yaşı: Bilgilendirme Tarihi Tel: Adres:

Sayın KATILIMCI,

Hipertansiyon ciddi bir durumdur. Hipertansiyon, kendi başına öldürücü değildir; fakat tedavi edilmediğinde hipertansiyonun sonuçları öldürücü olabilir. Hipertansiyon tanısı konulan hastalarda antihipertansif kullandıkları dönemde sağlık, aile, iş yaşamıyla ilgili stresörlerle karşılaşma durumunun yüksek olması ve ilaç kullanmaya rağmen psikolojik duruma bağlı olarak tansiyon değişikliklerinin olması, hipertansiyonun ortaya çıkışında ve seyrinde psikolojik faktörlerin etkili olduğu ortaya konulmuştur. Bastırılan, içte tutulan öfke; hipertansiyon, migren gibi psikosomatik rahatsızlıklar olarak ortaya çıkmakta, kişiler arası ilişkileri bozabilmekte, kişinin yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemekte ve yaşam süresini de kısaltmaktadır. Bu demek oluyor ki hipertansiyona yatkın kişilerde, duygusal streslere cevap olarak sempatik sinir sistemi etkilenmekte, damarların daralması sonucu olarak hipertansiyon ortaya çıkmaktadır.

Bu bilgiler çerçevesinde yapmayı planladığımız Öfke Kontrol Eğitiminin Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Öfke ve Duygu Kontrol Durumlarına Etkisi adlı çalışmada hipertansiyonlu hastaların öfke kontrol eğitimi almaları sonucunda öfke ve duygu kontrol durumlarını ölçmeyi planladık. Araştırma; yaklaşık olarak 40 araştırma grubu, 40 kontrol grubu olmak üzere 80 katılımcı ile yürütülecektir. Araştırmacı tarafından sizlere üç anket

sunulacaktır. Size sorduğumuz sorular bu araştırma için bizlere veri sağlayacaktır. Bu araştırmaya katılmanız veya katılmamanız yapılacak işlemleri etkilemeyecektir. İsteddiğiniz anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da araştırmacı tarafından gerek görüldüğünde araştırma dışı bırakılabilirsiniz. Bu çalışma karşılığı sizden ücret talep edilmeyecektir ve araştırmaya katılım gönüllülük ilkesine bağlıdır. Araştırma sadece araştırma ekibi tarafından okunup değerlendirilecektir. Vereceğiniz bilgiler bilimsel bir amaçla kullanılacağı için adınız soyadınız belirtilmeyecektir. Araştırmanın sonucunun doğru olması için soruları atlamadan, samimi ve tarafsız olarak yanıtlamanız uygun olacaktır. Araştırmaya katıldığınız ve tüm soruları içtenlikle yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Hastanın Rızası:

Araştırmacı tarafından şahsıma anlatılan tüm bu bilgiler doğrultusunda bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Hastanın Adı Soyadı:

İmza:

EK-V

BİREYSEL AMAÇ BELİRLEME VE KAYIT FORMU

Açıklama

Bu form Öfke Kontrol Eğitimi programının genel amaçları çerçevesinde bireysel amaçlar belirlemeniz ve kaydetmeniz için düzenlenmiştir. Bu forma sizin bu program süresince neyi, neleri başarmak, hangi davranışları kazanmak istediğinizi yazmanız yeterli olacaktır. Bireysel amaçlarınızı yazılı olarak ifade ederken, program süresince bu amaçlarınızı gerçekleştirmek için çaba göstereceğinizi unutmamanız gerekir. Bu nedenle ulaşabileceğiniz ve kendi potansiyellerinize uygun amaçlar yazmanız önemlidir. Bir ya da birden fazla amaç belirleyebilirsiniz. Amaçlarınızı, olumlu cümle ifadeleriyle kısa, açık ve anlaşılır bir biçimde ifade etmeniz önemlidir. Olumsuz ifadeleri kullanmamaya özen gösteriniz. Yapmak istemediklerinizi değil yapmak ve başarmak istediklerinizi amaç cümlesi olarak yazınız.

Amaçlarım

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Öfke Yaşantılarının sürekli ve durumluk ayırımını yaparak kaydetme

Sürekli Öfke Yaşantılarım

1.....
.....
.....
.....

2.....
.....
.....
.....

3.....
.....
.....
.....

Durumluk Öfke Yaşantılarım

1.....
.....
.....
.....

2.....
.....
.....
.....

3.....
.....
.....
.....

ÖFKEMİZİ TANIMA

1. Kendi öfke yaşantılarınız genellikle nasıl ortaya çıkmaktadır?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Öfke yaşantınızı düşündüğünüzde karşınızdaki bireyle hangi gereksinimlerinizin ve değerlerinizin çakıştığını bularak yazar mısınız? Sonuç olarak ta kaybeden ve kazananı belirleyiniz.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Genellikle yaşam içerisinde öfkelendiğiniz şeyleri düşünerek **öfkenizin nedenlerini** aşağıda yer alan boşluğa yazınız.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Öfke ifade tarzı değerlendirme formu

Açıklama: Sizde öfke uyandıran duruma ilişkin olarak belirlediğiniz sahneleri düşünerek; öfkenizi ifade etme tarzınızın nasıl olduğunu ilgili boşluğa yazınız. Kutucuğun altında bulunan iki seçenekten uygun olanını işaretleyiniz.

1. Öfkelendiğim anda ortaya koymuş olduğum, öfke ifade tarzım

.....
.....
.....

Olumlu () Olumsuz ()

2. Öfkemi ifade ediş tarzımın bende ortaya çıkardığı Duygu /

Duygular.....
.....
.....

Olumlu () Olumsuz ()

3. Öfkemi ifade ediş tarzımın bende ortaya çıkardığı Düşünce /

Düşünceler.....
.....
.....

Olumlu () Olumsuz ()

4. Öfkemi ifade ediş tarzımın bende ortaya çıkardığı fizyolojik

sonuçlar.....
.....
.....

Olumlu () Olumsuz ()

5. Öfkemi ifade ediş tarzımın sosyal ilişkilerimde ortaya çıkardığı

sonuçlar.....
.....
.....

Olumlu () Olumsuz ()

Seçim değerlendirme formu

Açıklama: Sizde öfke uyandıran duruma ilişkin olarak belirlediğiniz sahne / sahneleri düşünerek; öfkenizi ifade etme tarzınıza ilişkin olarak yapmış olduğunuz seçimleri ilgili boşluğa yazınız. Boşluğun altında bulunan iki seçenekten uygun olanını işaretleyiniz. Öfkelendiğiniz anda seçmiş olduğum öfke ifade tarzım...

.....
.....
.....
.....

Olumlu () Olumsuz ()

Yapmış olduğum seçimin bende ortaya çıkardığı fizyolojik sonuçlar...

.....
.....
.....
.....

Olumlu () Olumsuz ()

Yapmış olduğum seçimin bende ortaya çıkardığı Duygu / Duygular...

.....
.....
.....
.....

Olumlu () Olumsuz ()

Yapmış olduğum seçimin bende ortaya çıkardığı Düşünce / Düşünceler...

.....
.....
.....
.....

Olumlu () Olumsuz ()

Yapmış olduğum seçimin sosyal ilişkilerimde ortaya çıkardığı sonuçlar...

.....
.....
.....
.....

Olumlu () Olumsuz ()

Şimdiki Davranışa İlişkin Öfke Öncesi, Öfke Anı Ve Öfke Sonrası Değişiklikleri

Kayıt Formu

Açıklama: Sizde öfke uyandıran duruma ilişkin olarak belirlediğiniz sahneleri düşünerek aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Örn. kaslarım gergin, nefes alış verişim hızlandı, kafamın içi karışık, yüzümde kızarma var, rengim atmış, kafamın içinde bir basınç var, kalbimin çarpması hızlanıyor, ağzım kurudu, kendimi üzgün hissediyorum, kendimi aşağılanmış hissediyorum, aklımdan her şeyi atıp kırmak geçiyor, kafamın içi karmakarışık vb. gibi ifadelerle ilgili boşluğa kaydediniz.

Öfke Öncesi:

Fizyolojik / fiziksel durumunuz nasıl?

.....
.....
.....
.....

Duygusal durumunuz nasıl?

.....
.....
.....
.....

Ne yapıyorsunuz?

.....
.....
.....
.....

Aklınızdan hangi düşünceler geçiyor?

.....
.....
.....
.....

Öfke öncesinde ortaya çıkan bütün bu değişimleri kontrol edebilir miyim?

Evet() Hayır ()

Öfke Anı:

Fizyolojik / fiziksel durumunuz nasıl?

.....
.....
.....
.....

Duygusal durumunuz nasıl?

.....
.....
.....
.....

Ne yapıyorsunuz?

.....
.....
.....
.....

Aklınızdan hangi düşünceler geçiyor?

.....
.....
.....
.....

Öfke anında ortaya çıkan bütün bu değişimleri kontrol edebilir miyim?

Evet() Hayır ()

Öfke Sonrası:

Fizyolojik / fiziksel durumunuz nasıl?

.....
.....
.....
.....

Duygusal durumunuz nasıl?

.....
.....
.....
.....

Ne yapıyorsunuz?

.....
.....
.....
.....

Aklınızdan hangi düşünceler geçiyor?

.....
.....
.....
.....

Öfke sonrasında ortaya çıkan bütün bu değişimleri kontrol edebilir miyim?

Evet() Hayır ()

OTURUM DEĞERLENDİRME FORMU

(Bu formu, içten ve objektif bir biçimde doldurmanız beklenmektedir. Kaydedeceğimiz tüm bilgiler gizli tutulacaktır)

Adı Soyadı:.....

1. Bu oturumda beni en çok **etkileyen** şey/şeyler

.....
.....
.....

2. Bu oturumda **davranışlarıma** ilişkin fark ettiğim yeni şeyler

.....
.....
.....

3. Bu oturumda **düşüncelerime** ilişkin fark ettiğim yeni şeyler

.....
.....
.....

4. Bu oturumda **duygularıma** ilişkin fark ettiğim yeni şeyler

.....
.....
.....

5. Bu oturumda **fizyolojik durumuma** ilişkin fark ettiğim yeni şeyler

.....
.....
.....

6. Bu oturumda en çok **hoşuma giden** şey/şeyler

.....
.....
.....

7. Bu oturumda **en çok faydalandığım** şey/şeyler

.....
.....
.....

8. Bu oturumda **hoşlanmadığım** şey/şeyler

.....
.....
.....

9. Bu oturumdan yeterince faydalandığınızı inanıyor musunuz? Evet() Hayır()

10. Bu oturumdan ne kadar faydalandığınızı düşünüyorsunuz? Bunu bir yüzde ile ifade eder misiniz? %.....

EK- VI

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYI

BAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU					
	ARAŞTIRMA ADI	Öfke kontrol eğitiminin hipertansiyon tanısı alan hastaların öfke ve duygu kontrol durumlarına etkisi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVAN/ADI-SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Derya TANRIVERDİ G.Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Psikiyatri Hem. A.D				
	YARDIMCI ARAŞTIRICI UNVANI/ADI-SOYADI	Tuğba BEYAZASLAN G.Ü. Sağlık Bilimleri Ens. Psikiyatri Hem. A.D				
	KOORDİNATÖR MERKEZ DESTEKLEYİCİ					
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Değişiklik No/Tarihi	Dili			
	PROTOKOL					
	ARAŞTIRICI BROŞÜRÜ					
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLURU					
ÇALIŞMA ESASI	İYİ KLİNİK UYGULAMALARI KLAVUZU					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 05/2011-36		Tarih: 05.05.2011			
	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yapılması planlanan ve yukarıda adı geçen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgelerin araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak 05.05.2011 tarihli Etik Kurul toplantısında incelenmesi sonucunda, adı geçen araştırmanın yapılmasını uygunluğuna toplantıya katılan üyelerin oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı-Soyadı/ Etik Kurul Üyeligi	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki (*)	Katılım (**)	İmza
Doç.Dr.Belgin ALAŞEHİRLİ Başkan	Farmakoloji	G.Ü.Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Vedat DAVUTOĞLU	Kardiyoloji	G.Ü.Tıp Fak. Kardiyoloji A.D	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Prof.Dr.Serdar ÜŞÜMEZ Raportör/Üye	Diş Hekimi	G.Ü. Diş Hek. Fak.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	Katılmadı
Doç.Dr.Ercan SIVASLI Üye	Pediyatri	G.Ü.Tıp Fak. Pediyatri A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Doç.Dr.Ş.Nur AKSOY Üye	Biyokimya	G.Ü.Tıp Fak. Biyokimya A.D.	K	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Yrd.Doç.Dr.Beyhan CENGİZ Üye	Fizyoloji	G.Ü.Tıp Fak. Fizyoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	
Ecz.Ahmet BOŞNAK Üye	Eczacı	G.Ü. Tıp Fak. Farmakoloji A.D.	E	<input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H	<input checked="" type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H	

* Araştırma ile ilişki
** Toplantıda Bulunma

Elden teslim aldım
Tuğba Beyazaslan
11.12.2011

T.C.
GAZİANTEP VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

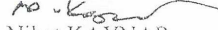


Sayı : B1041SM04276049/ 163-8846
Konu : Tez Çalışma İzni

06/08/2011

GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstitüsüne)

Enstitünüze bağlı Hemşirelik Ana Bilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi Tuğba BEYAZASLAN, 01 Nisan 2011 -30 Eylül 2011 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezine başvuran "Öfke Kontrol Eğitiminin, Hipertansiyon Tanısı Alan Öfke ve Duygu Kontrol Durumlarına Etkisi" konulu tez çalışmasını Şehitkamil İlçesi Şehitkamil Aile Sağlığı Merkezi bölgesinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup. Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Nihat KAYNAR
Vali a.
Vali Yardımcısı

273 27.05.2011

Ayrıntılı bilgi için irtibat : İl Sağlık Müdürlüğü Aile ve Toplum Sağlığı Şb. Müdürlüğü
Tel : (0 342) 220 96 14 (Dah. 2210) Fax: (0 342) 220 35 41
e- posta: gaziantepailehekimligisb@saglik.gov.tr Elektronik ağ: www.gaziantepsaglik.gov.tr

ÖZGEÇMİŞ

31.05.1984 tarihinde Gaziantep'te doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Gaziantep'te tamamladı. 2004 yılında Dicle Üniversitesi Siirt Sağlık Yüksek Okulu Sağlık Memurluğu bölümünü kazandı. Tahsiline devam ederken 2006 yılında KPSS'ye girerek Siirt Emniyet Müdürlüğü'nde devlet memuru olarak 2 yıl görev yaptı. 2009 yılında istifa ederek Gaziantep Şhitkamil Devlet Hastanesi'e hemşire olarak atandı. Halen de Şhitkamil Devlet Hastanesi Dahiliye Yoğun Bakım Ünitesi'nde görev yapmaktadır.