

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

**ANTİHİPERTANSİF KULLANAN BİREYLERİN ÖFKE VE ÖFKE
DUYGUSUNU İFADE DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

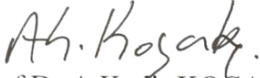
Elvan ULUTÜRK

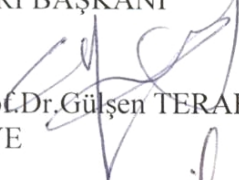
TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gülşen TERAKEYE

Eylül 2006

KABUL VE ONAY SAYFASI

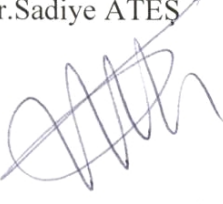
Elvan ULUTÜRK'ün Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “Antihipertansif Kullanan Bireylerin Öfke ve Öfke Duygusunu İfade Düzeylerinin Belirlenmesi” konulu başlıklı bu çalışma jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “kabul” edilmiştir.


Prof. Dr. A. Kadir KOÇAK
JÜRİ BAŞKANI

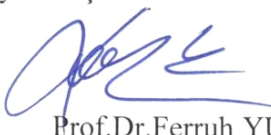

Prof. Dr. Gülşen TERAKYE
ÜYE


Yrd. Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN
ÜYE


Yrd. Doç. Dr. F. Deniz SAYINER
ÜYE


Yrd. Doç. Dr. Sadiye ATEŞ
ÜYE

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .02.11.2006. tarih ve ...679./2157... sayılı kararı ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Ferruh YÜCEL
Sağ. Bil. Enst. Müdürü

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, antihipertansif ilaç kullanan bireylerin öfke ve öfke duygusu ifade düzeylerini değerlendirmek ve durumu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla karşılaştırmalı ve tanımlayıcı olarak yapılmıştır. **Yöntem:** Eskişehir merkezinde en fazla nüfusa sahip, 4 Nolu Merkez Şirintepe Sağlık Ocağı'nın hizmet verdiği 53.585 kişiden hipertansiyon tanısı almış olanlar evreni oluştururken, araştırmanın yapıldığı Aralık 2005-Şubat 2006 tarihleri arasında sağlık ocağına başvuran ve anket formunu doldurmayı kabul eden 110 hipertansif ve 107 karşılaştırma grubu olmak üzere toplam 217 kişi ise örnekleme oluşturmuştur. Veriler, "Tanıtıcı Özellikler Formu" ve "Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare, "t" testi, Varyans Analizi ve POST HOC Tukey testleri kullanılmıştır. **Sonuçlar:** Çalışma sonucunda; antihipertansif ilaç kullanan bireylerde sürekli öfke ($p=,002$) ve öfke içe ($p=,000$) puan ortalamaları karşılaştırma grubuna göre yüksektir. Sürekli öfke ve öfke duygusu ifade düzeyleri yaş ve cinsiyet değişkenlerinden etkilenmektedir. Antihipertansif ilaç kullanan bireylerde yaş ilerledikçe öfke kontrolünün arttığı, sürekli öfke ve öfke içe puanlarının da yaş arttıkça arttığı belirlenmiştir. Kadınlarda öfke kontrol ve öfke içe puanları erkeklere göre anlamlı derecede yüksek bulunurken, sürekli öfke ve öfke içe puanı antihipertansif ilaç kullanan kadınlarda ve erkeklerde, ilaç kullanmayan kadın ve erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.

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. Bu çalışma, tüm hastalara biyo-psiko-sosyal bütünlük içinde yaklaşılmasına dikkat çekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Antihipertansif kullanan bireyler, öfke, öfke ifade tarzı.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study, was to evaluate anger and its expression in those who take antihypertensive and to define the factors affecting anger status comparative and descriptively. **Method:** Patients diagnosed with hypertension within a total of 53.585 applicants to Eskisehir No 4 central primary health organization were regarded as study population and 217 persons who accepted to fill questionnaire from December 2005 to February 2006 formed the samples. These included 110 hypertensive and 107 normotensive patients. Data were collected by using "Patient Identify Form" and "Trait Anger and Anger Expression Scale". Data were evaluated using Chi-Square test, Student's t-test, ANOVA test and POST HOC Tukey test. **Results:** The results of this study reveals that average consistent anger and anger-in scores of those who take antihypertensive is higher. Consistent anger and anger expression levels are influenced by variables age and gender. Anger management improves with age in those who take antihypertensive and both consistent anger and anger scores are positively related to age. While anger management and anger-in scores of women are significantly higher when compared to men, consistent anger and anger-in scores in those who take antihypertensive of both gender were higher than non-drug users.

Higher prevalence of stressors related to health, family and work life in the hypertension diagnosis periods of those who take antihypertensive and the presence of physiological status related tension differences inspite of drug treatments clearly reveals the affect of physiological factors in development and progression of hypertension. In conclusion, this study highlights the importance of biophysicosocial integrity in the approach to patients

Key Words: Those who take antihypertensive, anger, anger expression style.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET	..ii
ABSTRACT	..iii
İÇİNDEKİLER	..iv
TABLolar DİZİNİ	..v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	..1
2. GENEL BİLGİLER	..7
2.1. Öfke Duygusu	..7
2.2. Psikosomatik Hastalıklar.....	..30
2.3. Hipertansiyon.....	..32
3. GEREÇ VE YÖNTEM	..44
3.1. Örneklemin Oluşturulması	..44
3.2. Veri Toplama Yöntemi	..44
3.3. Tanıtıcı Özellikler Formu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinin Uygulanması	..48
3.4. Verilerin Değerlendirilmesi	..48
4. BULGULAR	..49
5. TARTIŞMA.....	..71
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	..81
7. KAYNAKLAR DİZİNİ	..84
8. EKLER	..92
Ek 1. Tanıtıcı Özellikler Formu	..92
Ek 2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	..96
9. ÖZGEÇMİŞ	..99

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	49
Tablo 2. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Hipertansiyon İlacı Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı	51
Tablo 3. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Hastalığın Teşhis Edildiği Dönemde Stresörle Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımı	51
Tablo 4. Antihipertansif Kullanan Bireylerde Düzenli İlaç Kullanmaya Rağmen Kan Basıncında Değişiklik Olma Durumlarına Göre Dağılımı	52
Tablo 5. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Gruplarının Kendilerini Tanımlama Durumlarına Göre Dağılımı.....	53
Tablo 6. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubunun Öfkeli olduklarında Fiziksel Rahatsızlık Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı ...	54
Tablo 7. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubunun Öfkeli olduklarında Öncelikle Başvurdukları Davranışların Dağılımı	55
Tablo 8. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubundaki Bireylerin Ailelerinin Tutumlarına Göre Dağılımı	56
Tablo 9. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubundaki Bireylerin Yaşam Alışkanlıklarına Göre Dağılımı.....	57
Tablo 10. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubundaki Bireylerin Eğlence Alışkanlıkları Yönünden Değerlendirilmesi	59
Tablo 11. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubundaki Bireylerin Uyku Alışkanlıkları Yönünden Değerlendirilmesi.....	60
Tablo 12. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	61
Tablo 13. Antihipertansif Kullanan Erkeklerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	62
Tablo 14. Antihipertansif Kullanan Kadınların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı	63

Tablo 15. Antihipertansif Kullanan Kadın ve Erkeklerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı.....	64
Tablo 16. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Yaş Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	65
Tablo 17. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	66
Tablo 18. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Görev Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	67
Tablo 19. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	68
Tablo 20. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Öfkelenediklerinde Fiziksel Rahatsızlık Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı	70

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Psikosomatik tıp, en geniş anlamıyla ister ruhsal, isterse organik belirtileri ön planda olarak başvuran hastayı, biyo-psiko-sosyal bir bütün olarak ele alıp inceleme ve tedavi etme ilkesi doğrultusunda çalışan bir bilim dalıdır. Tüm tarih boyunca bir kişinin psikolojik durumu ile bedeni arasında ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Etiyolojisi tam olarak anlaşılamayan hastalıklarda başka faktörler araştırılmış ve psikolojik faktörlerin rolleri olup olmadığı sorusu bu bağlamda ortaya çıkmıştır (5).

Birçok kişi psikosomatik hastalıklardan (migren, ülser, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı gibi) yakınmaktadır (48). Bu hastalıkların başlamasında, sürmesinde ve görülme sıklığındaki artışta sosyal ve psikolojik etkenlerin rol oynadığı bilinmekte ve çalışmalar sürdürülmektedir (5, 48).

Biyo-psiko-sosyal bir varlık olan insanın yaşamış olduğu psikolojik ve sosyal sorunları yaşamını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.

Yaşam kalitesi, sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde önemli bir kavramdır. Daha yüksek yaşam kalitesine ulaşmak için, stresle uygun baş etme yöntemlerini öğrenmek, öfkeyi kontrol edebilme gücü kazanmak gibi davranışlar bireyin hem ruhsal hem fiziksel sağlığının korunmasında önemli konulardandır (39, 41, 58,).

Yaşam kalitesi insanın sosyal yaşamını kapsayan önemli bir kavramdır. İnsanın duyguları, olaylara verdiği tepkileri ve sonuçları yaşam kalitesini etkilemektedir. Temel duygularımızdan birisi olan öfke duygusu ve ifadesi, psikosomatik tıpta ele alınması gereken bir durumdur.

Öfke, insanın mutluluk, üzüntü, korku ve nefretten oluşan beş temel duygusundan biridir ve insan için doğal bir duygulanımdır (2, 26, 51). Ayrıca

günlük yaşamda bir çok kişinin çoğu zaman yaşadığı evrensel bir duygudur (7, 26). Ancak kişilerarası ilişkilerde çoğunlukla yadsınır ve konuşulması bile tabu olarak algılanır (51). Yapıcı olarak öfkenin ifade edilmesi için duyguların konuşulması gerekirken; kontrolü kaybetme, karşıdaki kişiyi yitirme endişesi ve bu duyguyu kendine yakıştıramama nedeniyle birey duygularını bastırmayı tercih etmektedir (39, 51). Öfkenin bastırılması, varolan enerjinin içe döndürülmesi kişinin kendisine ve çevresine zarar vericidir (26). Bastırılan, içe atılan öfke hipertansiyon, migren gibi psikosomatik rahatsızlıklar olarak ortaya çıkmakta, kişinin yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemekte ve yaşam süresini de kısaltmaktadır.

Engellenme, kışkırtma ve tehdit öfkenin başlıca nedenleridir (26, 42). Birey bir tehdit ya da engellenme ile karşılaşınca kendini yetersiz, güçsüz hisseder ve bunalıntı yaşar. Bu bunaltıya tepki olarak da öfke duygusu oluşur (19, 42, 51). Öfkeye sebep olan diğer nedenler ise, rahatsız edici ve hoş olmayan uyaran, model alma, memnuniyetsizlik, kişisel haklara ve benliğe saygı gösterilmemesi sayılabilir (7, 26).

Duygu bireyin davranışlarının, hayata uyum ve uyumsuzluğunun önemli etmenleri arasındadır. Bunların ihtiyaçlar ve güdülerle de sıkı bir ilişkisi vardır. Bir hedefimize ulaştığımız zaman sevinç ve mutluluk duyguları taşırız. Eğer bu hedefe ulaşamama durumu varsa bizi kaygılandırır, hayal kırıklığına iter ve öfke duyarız (50). Öfke bu şekilde ortaya çıkan temel duygularımızdan biridir.

Bazı insanlar öfkelerini genellikle içine atmayı seçerler ya da bastırma yoluna giderler. Açık bir şekilde ifade edilmeyip bastırılan öfke duygusu mide ülseri, yüksek tansiyon, koroner arter hastalığı gibi psikosomatik hastalıklara ve kişilerarası ilişkilerde bozukluklara neden olabilir (7, 9, 26, 39, 40, 51). Bu sorunların ortaya çıkmasını önlemek için sağlığı korumaya yönelik hizmetlerde ele alınması gereken duygusal durumlardan biri öfkedir (39). Öfkeyle başa çıkma, 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 (26, 51).

Psikosomatik yaklaşım bir çok aşamadan geçmiş ve yeni bir bilim dalı olarak gelişen konsültasyon-liyezon psikiyatrisini (KLP) de içine alarak alanı bütün tıbbi kapsayacak şekilde genişlemiştir (5). 20. yüzyıl dünya psikiyatrisinde en önemli gelişmelerden birisi kuşkusuz tıp ile psikiyatri disiplinlerinin kavram, klinik ve uygulamada bütünleşmesinin bir ürünü olarak KLP'nin gelişmesidir (36).

Bir disiplin olarak KLP, klinik tıp alanındaki fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik hastalık ve psiko-sosyal sorunların tanı, tedavi, izlenmesi, araştırma etkinlikleri ve eğitimi ile uğraşan klinik psikiyatri alanıdır. Liyezon psikiyatrisi yanısıra Liyezon hemşireliği de yavaş yavaş oluşmaya ve gelişmeye başlamıştır. KLP'ye hemşireliğin ilgisi oldukça fazladır (36).

Psikosomatik yaklaşım ve KLP'nin üzerinde durduğu nokta bireyi bütün olarak ele almak ve değerlendirmektir. Bireyin yaşadığı psikolojik sorunlar önemsenmez, gözardı edilir ise bu sorunlar fiziksel problemler olarak ortaya çıkabilir. Esansiyel hipertansiyon da psikolojik sorunların etkisiyle gelişebilen psikosomatik rahatsızlıklardan biridir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre hemşirelik "birey, aile ve topluma fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden kapsamlı bir bakım vermektir" (35). Bu durumda bireylerin sağlığının korunmasında öfkenin ele alınması ve hipertansiyon gibi psikosomatik hastalıkların önlenmesi de bir hemşirelik işlevi olarak değerlendirilir. Sağlığı koruma ve geliştirme konusunda sorumluluğu olan hemşirenin çalışma alanlarından biriside birincil koruma basamağı ve bu kapsamdaki kronik hastalıkları önleme, erken tespit edip, kontrol altına almadır. Kronik hastalıklar arasında önemli bir yeri olan hipertansiyonun % 95'i esansiyeldir ve etyolojisinde psikolojik faktörler rol almaktadır. Özellikle uygun şekilde ifade edilmeyen öfke duygusu ile hipertansiyon arasındaki ilişki dikkat çekicidir .

Dünya Sağlık Örgütü'nün hipertansiyon tanımı ise: Sistolik kan basıncının 140 mm Hg'nin, diyastolik kan basıncının ise 90 mm Hg 'nin üzerine çıkması ve bunun devamlı olması şeklindedir (1, 27). Hipertansiyon, esansiyel (primer) hipertansiyon ve sekonder hipertansiyon olarak iki grupta incelenmektedir (5). Sekonder hipertansiyonun etyolojisi bellidir ve tüm hipertansiyonluların % 5'ini kapsar (5, 14). Önemli bir halk sağlığı sorunu olan esansiyel hipertansiyonda ise etyoloji kesin olarak belli değildir. Psikolojik faktörlerin katkıları olduğu düşünülmekte ve tüm hipertansiyonluların % 95 'ini kapsamaktadır (5, 14, 46).

Hipertansiyon, etyolojisinde emosyonel nedenlerin rol oynaması, seyri sırasında psikiyatrik semptomların ortaya çıkması nedeniyle psikiyatristlerin ilgisini uzun zamandır çekmektedir (5, 13). Psikolojik faktörlerin hipertansiyon gelişiminde ana faktör olduğu söylenemez ancak bir grup hastada önemli katkıları olduğu sonucuna varılabilir (46).

Psiko-fizyolojik çalışmalar öfke duygusunun kan basıncında önemli değişiklikler yarattığını göstermiştir. Tip A davranış özelliği olarak adlandırılan kişilik özelliklerinin (sabırsızlık, acelecilik, çok çalışma, saldırganlık, atılganlık, hırs, rekabet, kısa zamanda çok iş yapma, hızlı ve yüksek sesle konuşma gibi) koroner hastalıklara yatkınlık yarattığının ortaya konması ile kardiyovasküler hastalıklarda psikolojik faktörlerin araştırılmasına ilgiyi arttırmıştır (46,48). Öfke ve hostilitenin tip A davranışın bileşeni olduğu bilinmektedir ve ifade edilememesinin kan basıncının yükselmesine sebep olduğu yönünde araştırmalar mevcuttur. Yüksek plazma renin aktivitesi olan antihipertansif kullanan bireylerin bastırılmış öfke, anksiyete ve kişilerarası hassasiyet düzeyleri diğer gruplardan daha yüksek bulunmuştur (46).

Günümüzde tıpta ve teknolojiye gelişmelere paralel olarak insan ömrü de giderek uzamaktadır. Bunların sonucunda da yaşlı nüfusu artmakta ve sık görülen bulaşıcı hastalıkların yerini kronik hastalıklar almaktadır. Kronik

hastalıklar içerisinde yer alan hipertansiyon, hemen hemen her toplumda 40 yaşın üzerindeki bireylerde sıklıkla görülmekte olup 60 yaşın üzerindeki nüfusun yarısını etkilediği tahmin edilmektedir (1).

Hipertansiyon tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de erişkin nüfusun önemli bir bölümünü etkileyen, yüksek oranda morbidite ve mortaliteye yol açan ve oldukça sık görülen kronik bir sağlık sorunudur (6, 14). Bir sağlık sorununun kişisel önemi, hastalığın kişide yarattığı ağrı vb. semptomlar, kişinin yaşam kalitesinin düzeyi ve yaşam süresinin kısalması ile ilgilidir. Hipertansiyonun yaşam süresini kısalttığı çok iyi bilinmektedir (14). Hipertansiyon, bütün ölümlerin % 20-50'sinden sorumlu tutulan kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür (27).

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 (18).

Hipertansiyondan korunma, Birincil düzey korunma: hastalığın nedenine yönelik; İkincil düzey korunma: hastalığın erken dönemde saptanması ve bu yolla seyrinin değiştirilmesi; Üçüncül düzeyde korunma ise, hastalığın klinik tablosu ortaya çıktıktan sonra hastanın komplikasyonlardan korunması ve yaşamının süresinin uzatılması, niteliğinin yükseltilmesi şeklindedir (14). Bu tanımlar doğrultusunda, 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.

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 uyarı olmuştur, müdahale etme yolunda önemli olanaklar sağlamıştır (7).

Araştırmanın Amacı

Antihipertansif ilaç kullanan bireylerin öfke ve öfke duygusu ifade düzeylerini değerlendirmek ve durumu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla bu çalışma yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.ÖFKE DUYGUSU

2.1.1.ÖFKENİN TANIMI

Giderek gelişen ve karmaşılaşan dünyada bireyler günlük yaşamın değişik olayları karşısında kaygı, heyecan, üzüntü, sevinç, korku gibi birçok duyguyu yaşarlar. Yaşanan bu duygulardan birisi de öfkedir (12). Öfke, insanın mutluluk, üzüntü, korku ve nefretten oluşan beş temel duygusundan biridir ve insan için doğal bir duygulanımdır (2, 26, 51).

Öfke, bireysel bir tehdit algılandığında ya da engellenme ile karşılaşıldığında tehdidin özelliğine göre yaşanan çaresizliğin, güçsüzlüğün, yetersizliğin yarattığı bunalıya karşı gelişen hoşnutsuzluktan, kızgınlık ve şiddete kadar değişebilen bir duygu olarak çeşitli kaynaklarda yer almaktadır (19, 39, 42, 51). Bireyin planları, istek ve ihtiyaçları engellendiğinde ve haksızlık, adaletsizlik ve kendi benliğine yönelik bir tehdit algılandığında yaşanan temel duygulardan birisi olan öfke, bireyin kendini savunması ve karşısındakini uyarması amacıyla ortaya koyduğu bir duygulanım biçimi olarak görülmektedir (26).

Birey bir tehdit ya da olumsuz bir engellenme ile karşılaşınca kendini yetersiz, güçsüz hisseder, bunalı yaşar ve bu bunalıya tepki olarak da öfke duygusu oluşur (51). Kişi bireysel bütünlüğüne yönelik tehditlerle başarılı bir şekilde mücadele edemezse, bunların etkileri psikolojik düzeyde birçok şekillerde kendini ortaya koyabilir ve uygun olmayan durumlarda ortaya çıkan öfke, düşmanlık ve kızgınlık dalgalarının yaşanmasına sebep olabilir (32).

Averill (1982) (Aktaran Olmuş-2001) öfkeyi, kısa süreli ve sıkça yaşanan, insanlar arası etkileşimler nedeniyle oluşan şiddetli bir duygusal

yaşantı olarak tanımlamıştır. Sıklıkla beklentilerin ve arzuların yıkılması veya engellenmesi nedeniyle oluşur ve sonrasında oluşan kişisel etkisi ise olumsuzdur. Kemper (1987) ve Frijida (1986) ise öfkeyi insanın sahip olduğu ve yaşamında mutlaka yaşayacağı temel duygulardan biri olarak ifade etmişlerdir (32).

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 (2). Genel anlamda öfke bir enerji kaynağıdır ve bu enerji kişinin kendine yönelebileceği gibi, diğer nesneler ya da kişilere yönetilerek de boşaltılabilir (32).

Çok yönlü bir kavram olan öfke, farklı kaynaklarda çeşitli şekillerde tanımlanmıştır;

Türk Dil Kurum sözlüğünde “Öfke; engellenme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hiddet, gazap” olarak tanımlanmaktadır (55). Ruh Bilim Terimleri Sözlüğü’nde ise “öfke” bireyin, bir kimse ya da bir nesne tarafından engellenme, incitilme ve gözdağı verilme karşısında gösterdiği saldırganlık tepkisi olarak tanımlanmıştır (32).

Öfke, incindiğimizin, haklarımızın çiğnendiğinin, istek ve ihtiyaçlarımızın engellendiğinin ve işlerin yolunda gitmediğine ilişkin bir mesaj olarak tanımlanırken, hakkımız olanı alamadığımızda ya da önem verdiğimiz bir insanın beklentilerimiz doğrultusunda davranmadığında yaşanan duygu olarak da tanımlanmaktadır (26). Öfke, insanı rahatsız eden bir duruma, bir olaya ya da bir kişinin davranışlarına karşı gösterilen heyecan türü bir tepkidir (39).

Biaggio (1989) (Aktaran Balkaya-2001, 2003) öfkeyi; gerçek veya var sanılan bir engellenme, tehdit veya haksızlık karşısında oluşan, bilişler ile ilgili ve rahatsız edici uyarıcıları ortadan kaldırmaya yönelik güçlü bir duygu olarak

tanımlarken; Törestad (1990) öfkenin planlanarak ortaya çıkan bir durum olmadığını, çoğunlukla engellenme, haksızlığa uğrama, eleştirilme, küçümsenme gibi durumlarda oluştuğunu belirtmiştir. Spielberger ve ark. (1991) ise öfkeyi, basit bir sinirlilik veya kızgınlık halinden, yoğun hiddet durumuna kadar değişen duygusal bir durum olarak tanımlamışlardır (7, 9).

Novaco (1991) (Aktaran Sala-1997) öfkenin, fizyolojik uyarılmışlık halinin ve bilişsel yapının var olmasıyla tanımlanan duygusal bir durum olduğunu belirterek, öfke duygusundaki bilişsel fonksiyonların rolünü vurgulamıştır (39).

Lerner ise öfkeyi, yakın ilişkileri olan partnerler arasında yapılan bir dans olarak tanımlamış ve her bir partnerin davranışının diğerinin davranışını proveke ederek sürdürdüğünü vurgulamıştır (29).

Spielberger (1980,1988) (Aktaran Özer-1994) öfke duygusuna süreklilik ve durumsallık boyutu ile bakmaktadır. Ona göre durumsal öfke "amaca yönelmiş davranışın engellenmesi veya haksızlık algılaması karşısında ne şiddette gerginlik, kızgınlık, sinirlilik, hiddet gibi objektif duyumsamaların yaşandığını yansıtan bir duygu durumudur". Sürekli öfke ise "durumsal öfkenin genelde ne sıklıkla yaşandığını yansıtan bir kavramdır". Öfke kontrolü, öfkeyi içe atma, öfkeyi dışa vurma boyutları ise öfkenin nasıl ifade edildiğini açıklamaktadır (34).

Tanımlar incelendiğinde,öfke ile ilgili şu noktaların vurgulandığı görülmektedir:

1-Öfke temel duygulardan birisidir.

2-Bireyin istek ve ihtiyaçlarının engellenmesi, beklentilerinin gerçekleşmemesi söz konusudur.

3-Tahrik edilme ve tehdit algısı söz konusudur.

4-Tehdit algısı çoğu zaman bireyin benlik saygısına yöneliktir.

5-Haksızlık ve adaletsizlik algılaması söz konusudur.

6-Karşıdakine gönderilen bir cevap veya mesaj şeklinde ya da bazı fizyolojik belirtiler şeklinde görülen bir yaşantı ve tepkidir (26, 58).

Öfke duygusu, bir insanın günlük yaşam içerisindeki kaçınılmaz olaylar karşısında gösterdiği doğal tepki ve insan enerjisidir. Öfke belki de en iyi şekilde; zorluk, huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik gibi kavramların bir karışımı olarak tanımlanabilir (12).

2.1.2.ÖFKENİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Deffenbacher (1992) (Aktaran Balkaya-2001) insanların sık yaşadığı bir duygu olmasına rağmen, öfke ile ilgili yanlış anlamalar olduğunu belirterek öfkenin özelliklerini sıralamış; öfkenin planlanan değil, içsel bir duygu olduğunu, herkesin yaşadığı bir duygu olduğunu, ancak çok farklı görünümelerde ortaya çıktığını, kişileri psikolojik uyarılmış durumda tutan, güçlendiren etkisi yanı sıra, insanları incitebilir duruma getirdiği, öfke duygusunun ortaya çıkardığı davranışsal tepkilerin öğrenilen tepkiler olduğunu ve bu nedenle değişebileceğini, ani ortaya çıkabilen bir duygu olduğunu, bastırılması kadar kontrolsüz ortaya konulmasının da sağlıklı olmadığını vurgulamıştır (7).

Hankins ve Hankins (1988) (Aktaran Balkaya-2001) ise öfkenin şu özellikleri üzerinde durmuşlardır:

-İçsel bir yaşantı ve bir duygu durumudur; planlı bir davranış değildir.

-Öfke evrensel bir duygudur; öfke için gerekli koşullar oluştuğunda herkes öfkelenir.

-Öfke tepkileri, belirli bir saldırı, eleştiri ve engel karşısında ortaya çıkar ve kişiyi daha fazla saldırı ve eleştiriye açık hale getirir.

-Öfke karşısında gösterilen tepkiler aile ve çevreden öğrenilir .

Araştırmacıların vurguladığı gibi, öfkenin ifade edilişi öğrenmeye bağlı olduğundan, kişiden kişiye ve toplumdan topluma değişim göstermektedir (7, 8).

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

- 1- Öfke doğal, normal, insana özgü bir duygudur,
- 2- Öfke bir davranış tarzı değildir,
- 3- Kronik öfke sağlık için tehlikeli olabilir,
- 4- Öfkeyi çoğu kez ortaya çıkmadan tehlikesiz hale getirebiliriz ve getirmeliyiz,
- 5- Öfkemizi ifade etmemiz gerektiği zaman, bunu intikama değil, çözüme yönelik olarak etkin bir şekilde yapmayı öğrenmeliyiz (2).

2.1.3.ÖFKENİN NEDENLERİ

Öfke tüm insanların yaşadığı bir duygudur ve her zaman bir nedeni vardır. Ancak yaşanan öfkenin nedeni her birey için farklı olduğundan bireylerin ne zaman öfkelenecekleri konusunda kesin bir şey söylemek zordur (39).

Engellenme öfkeye neden olan etkenlerin başında gelir. Engellenme istek, ihtiyaç ya da davranışın amaca ulaşmasının önlenmesidir. Öfkeyi ortaya çıkaran diğer bir sebep de kışkırtmadır. Kışkırtmalar genelde karşı taraftaki bireyi tahrik eden ve onu bir davranışı yapmaya zorlayan uyarımlardır (26,58). Bilişsel kuramcılardan Beck'e göre kışkırtma ve tehdit öfkenin temel nedenlerindendir (26).

Her yaş döneminde bireye öfke, kaygı ve çaresizlik duygularını yaşatan engellenme farklı algılanmaktadır (39). Rekabet ortamı, sorumluluklar ve beraberinde gelen zorunluluklar, yetişkinlik döneminde engellenme hissi oluşturmaktadır. Yaş ilerledikçe gelecekle ilgili olarak bireyin yaşadığı belirsizlik,

kendini güvende hissetmeme ve yaşı'n getirdiği sınırlamalar da engellenme ve öfke duygusunu oluşturmaktadır (39, 42).

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 (39, 42).

Duygusal, fiziksel ve ekonomik olarak zarar görme, mesleki yaşamdaki doyumsuzluk, herhangi bir nedenle hayal kırıklığı yaşama öfke yaratan durumlar arasında sayılmaktadır. Kötü muamele görmek, engellenmek ya da durumu bu şekilde algılamak, reddedilme duygusu, önemsenmeme, alaycı, aşağılayıcı tavırlar da insanda öfke duygusuna neden olmaktadır (39).

Öfkeye neden olan diğere etkenler ise, rahatsız edici ve hoş olmayan uyaran, model alma, memnuniyetsizlik, kişisel haklara ve benliğe saygı gösterilmemesi ve benlik saygısının kaybolması, kabul edilen sosyal normların ihlal edilmesi şeklinde sıralanabilir (26, 58).

Öfkeyle ilgili son yıllarda yapılan çalışmalar; biyolojik faktörler, ailesel özellikler, okul yapısı ve akran grupları ve genel anlamda kültürel faktörlerin öfke üzerinde etkili olduğunu vurgulamıştır (26). Tüm bu nedenlerden dolayı öfke tek başına incelenmemelidir. Çevresel olaylar, bilişsel süreç ve yapılanmalar, fizyolojik uyarılmışlık halini destekleyen faktörler öfkenin şiddetini belirlediklerinden dolayı öfkenin nedenleri incelenirken bütün bu faktörler birlikte değerlendirilmelidir (39).

2.1.4.ÖFKE DUYGUSUNUN OLUMLU VE OLUMSUZ İŞLEVLERİ

Öfke üzerine yapılan çalışmalarda, öfkenin işlevsel değeri konusunda pek çok farklı yaklaşım vardır. Hepsinin birleştiği ortak nokta, öfkenin sağlıklı ya da zararlı tarafları olan bir duygu olmasıdır (7,10). Öfke duygusu; arkadaşlığı sürdürmeye devam ediyorsa, kişinin kendi otoritesini kabul ettirebiliyorsa, öfkeye neden olan kişinin davranışını değiştirebiliyor ve problem çözebiliyorsa yararlıdır. Fakat öfkeye neden olan kişiye fiziksel zarar veriyorsa, intikam duygularını pekiştiriyorsa zararlı olduğu belirtilmektedir (7, 58).

Öfkenin bireyi etkileyen olumlu ve olumsuz işlevleri şu şekilde sıralanabilir:

2.1.4.1.Olumsuz İşlevleri:

Yoğun olarak yaşanmasına karşın ifade edilmeyen öfke hem bireyin enerjisini tüketir hem de davranışlarını kontrol etmesini güçleştirir. Yaşanan kızgınlık, gücenme duyguları ise iletişimi olumsuz yönde etkileyerek kişilerarası ilişkilerde bozulmaya, etkin olmayan sorun çözümüne ve sosyal geri çekilmeye neden olur. Bastırılarak içe atılan öfke, hipertansiyon, mide ülseri, migren gibi psikosomatik hastalıklara ve depresyona neden olurken; yaşanan yoğun öfke duygusu uygun olmayan pasif-agresif davranışlar ve bireyin kendisine veya çevreye yönelik saldırgan davranışları ile ifade edilmektedir (39, 42, 51).

Olumsuz öfke;

-Psikosomatik hastalıklara

-Depresyona

-Pasif-agresif davranışlara ve

-Saldırganlığa neden olabilir (51, 53).

Sağlıklı ilişki geliştirmede gerekli ortamı yaratmak için öfkenin gücünü tanımak, yıkıcı olmaktan daha fazla doğal olarak ifade edilmesine izin vermek, sorunları çözmeye yönelik çalışmak ve çatışmayı yapıcı şekilde çözmek gereklidir (51).

2.1.4.2.Olumlu İşlevleri;

Öfke duygusunun her zaman olumsuz sonuçlar doğurduğu düşünülmeyle birlikte, yapılan araştırmalarda öfkeye hedef olan bireyler diğer kişinin öfkesi sayesinde hatalarının farkına vardıklarını, öfke duyan ve duyulan kişi arasındaki ilişkinin zayıflaması beklenirken ilişkilerinin güçlendiğini, öfke duyan kişiye saygılarını kaybetmek yerine saygı duyduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, açıkça ve doğrudan ifade edilen öfkenin ilişkilerin daha sağlıklı ve anlamlı olmasına katkıda bulunduğu vurgulanmıştır (39).

Öfke duygusunun diğer olumlu yanları ise; birey öfke sonucunda ortaya çıkan enerjiyi yapıcı olarak kullandığı zaman öfke normal ve sağlıklı bir duygu olarak kabul edilir. Bu enerji bireyin kısa ve uzun vadeli amaçlarını gerçekleştirmesi için harekete geçmesini sağlar. Karşılaşılan engeli aşmak ve istendik olmayan durumdan kurtulmak için bireyin uygun davranışlarla tepkide bulunmasını sağlayarak bireye güçlülük, üstünlük, olaylara kontrol koyabilme duygularını yaşatır. Bu da bireyin olumlu benlik kavramı geliştirmesinde önemlidir. Ayrıca öfkeyi ortaya çıkaran anksiyeteye tepki olarak bireyin savunma mekanizmalarını uyarır. Bireyin sahip olduğu savunma mekanizmaları öfke duygusu ile baş etmesi için yeterli olmadığında ise yeni baş etme davranışlarının gerekliliğini hissettirir ve bireye değişim için gerekli olan motivasyonu sağlar (39, 42, 51).

Olumlu öfke;

-Enerji verme fonksiyonuyla bireyi harekete geçirir.

-Ortamı denetleme duygusu verir.

- Değişim için motivasyon sağlar.
- Artan bunalıya karşı tepki verilerek, ifade edilmesini ve rahatlamayı sağlar.
- Savunma mekanizmalarının uyarıcı olarak görevi vardır.
- Öfkenin açıkça ifade edilebilmesi olumlu bir kişilik özelliğidir.
- Olumlu benlik kavramını yansıtmakta kullanılabilir (51, 53).

İç odaklı kontrol, öfke içe yöneltme gibi ifadelerle tanımlanan, bastırılmış öfkenin, kan basıncının yükselmesine neden olduğuna dair kanıtlar vardır. Yapılan çalışmalarda, öfkenin yaşanma şeklinin fizyolojik sonuçları tespit edilmiştir. Bu tespitlerden hareketle, istenen psikosomatik sonuçlara ulaşmak için ılımlı bir öfkenin işlevsel olduğu söylenebilir (7).

2.1.5.ÖFKENİN FİZİKSEL VE FİZYOLOJİK BOYUTU

Bu boyut, bireyin herhangi bir engellenme ya da öfke uyandıran bir durum ile karşılaştığında bedeninde oluşan fizyolojik ve fiziksel değişikliklerle ilgilidir. Solunum, kalp atışı, hormonlar ve bir çok duygusal tepkileri kontrol eden hipotalamus öfke ve şiddet üzerinde de etkilidir. Hormonlardan adrenalin ve noradrenalin vücudu herhangi bir tehlikeye cevap vermeye hazırlar. Öfke belirtileri de adrenalin ve noradrenalin hormonlarının bileşimi sonucunda ortaya çıkar . Adrenalin hormonları sempatik sinir sisteminin etkisindeki bütün organları harekete geçirir. Kalbi uyarır, kalp damarlarını genişletir, midedeki kan damarlarını daraltır ve sindirimi yavaşlatır (26).

Adrenalin ve noradrenalin öğrenmeye de yardım eder. Vücutta adrenalin ve noradrenalin seviyesi yükseldikçe hafıza, konsantrasyon ve performans da keskinleşir ve daha ileri düzeye çıkar. Kısaç (1997), Martin Luther King'in "öfkelendiğimde bütün mizacım canlanır...anlayışım keskinleşir" sözüne değinerek insan vücudundaki adrenalinin öfke ile yükseldiğini ve ne derece önemli olduğunu vurgulamıştır (26).

Değişen duygusal durumumuzla birlikte vücutta bir takım değişimler olur. Bu değişimler vücudun içinde bulunduğu duygusal duruma uymasını sağlar. Beden için ek bir stresör olan öfke, ortaya çıkardığı biyokimyasal, fizyolojik ve psikolojik değişimler nedeni ile sağlık açısından önemlidir (39).

Öfke Duygusunun Yol Açtığı Fizyolojik Değişiklikler;

- Kas geriliminin artması,
- Kaşların çatılması,
- Dişlerin gıcırdatılması,
- Ters ters bakma,
- Yumrukları sıkma,
- Yüzün kızarması,
- Titreme hissi (özellikle el ve ayakta),
- Uyuşma hissi,
- Tıkanma hissi (nefes almakta zorluk),
- Vücudun çeşitli bölgelerinde seyirmeler olması,
- Terleme,
- Kontrol kaybı,
- Sıcaklık hissi.
- Burundan soluma,
- Dudakları ısırma,
- Beynin zonklaması,
- Baş ağrısı
- Hareketlerin hızlanması (7, 9, 26, 39, 42, 53, 58)

Fizyolojik uyarılmışlık ile öfkeyi boşaltma amacıyla yapılan eylem sonucunda birey eski duygusal ve biyokimyasal durumuna tekrar döner. Bu durumda öfke duygusunun yol açtığı enerjiyi boşaltan eylemin istendik olması önemlidir. Fakat bazen öfkenin istendik olan açık ve doğrudan ifade edilme şekli yerine, öfke bastırılarak ya da içe atılarak kontrol altına alınmaya çalışılır. Bu

durumda vücutta oluşan bu tepkiler uzun süreli devam ederlerse, yüksek tansiyon ve kas ağrıları oluştururlar (39).

2.1.6.ÖFKE İFADE ETME BİÇİMLERİ

Öfke duygusu ifade edilme biçimine göre yorumlanmaktadır. Çünkü bireyler yaşadığı öfke duygusunu hafifletmek için farklı yollara başvurmaktadırlar (39). Bireyin öfkesi iki yönlü bir çatışma yaratır; öfkesine konu olan diğer insanlarla çatışma ve kendisiyle olan çatışma. Öfkenin ne tarafa yönleneceği konusunda bireyden bireye önemli farklılıklar bulunur. Bazı bireyler öfkelerini içe yönlendirirken, bazıları da dışa yönlendirmektedirler (31,32). Birey yaşadığı öfke duygunu, çeşitli nedenlerle içine atarak bastırabilir; sağlıklı bir şekilde ifade edebilir; başkalarına yönlendirerek dışsallaştırabilir ya da somatik olarak ifade edebilir (39).

Öfkeyi içe yönelterek baskılama şekli ortaya çıkardığı sonuçlar nedeniyle olumlu bir ifade şekli olarak kabul edilmemektedir. Çünkü yapılan araştırmalar öfkesini bir alışkanlık olarak baskılayan insanlarda sistolik ve diyastolik kan basıncında artma ve koroner kalp hastalıklarında artış olduğunu göstermektedir. Baskılanan öfkenin bir şekilde ortaya çıkacağı görüşü dikkate alınırsa; migren, ülser, hipertansiyon gibi somatik yakınmalarla tepki vermesi de normaldir. Birey için öfkesini baskılayarak kontrol etmek o anda yapıcı olabilir fakat asıl sorundan hala kaçınıldığı unutulmamalıdır (39). Sürekli olarak içe atılan, baskılanan öfke, kişinin ilerleyen yaşantısında ülser, hipertansiyon, migren gibi kronik hastalıklar şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Bu yüzden öfkenin baskılanması, ifade edilmemesi istenen, kabul edilen bir durum değildir, bedensel ve ruhsal sağlık açısından da son derece zararlıdır.

Öfkeli olduğu halde herhangi bir şey olmamış gibi göstererek, öfkesini içine atan bireyler, kişilerarası ilişkilerde de zorluklar yaşamaktadırlar. Karşıdaki kişiyi kırmamak ve kaybetmemek için öfke bastırılrsa da halen devam ettiği için

iletişimi olumsuz yönde etkileyecektir. Hatta bireyin konuşamadığı duyguları o kişiye karşı birikerek kin besleme boyutuna kadar ulaşabilmektedir. Ayrıca kaynağına yöneltilmeyerek bastırılan öfkenin bireyin hiç beklemediği bir anda daha kontrolsüz olarak abartılı tepkilerle ifade edeceğini belirten yayınlar vardır (33, 39, 42).

Öfke duygusu yapıcı olarak dışa vurulduğu gibi saldırgan davranışlarla da dışa vurulmaktadır. Öfkenin saldırgan davranışlarla dışa vurularak boşaltılması sık tercih edilen ve kolay bir yoldur. Ancak istendik değildir. Engellenme karşısında birey benliğini korumak ve savunmak için saldırgan tepkiler göstermekte ve gergin ortamdan uzaklaşmak için çözümler aramaktadır (33, 39, 42). Öfke, saldırganlığın iki tür ifade biçimlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel saldırganlık motor davranışlarla ilişkilidir ve amaç; karşıdaki kişiye veya objeye zarar vermektir. Saldırganlığın ikinci şekli olan sözel saldırganlık boyutu ise daha çok dışa vurulmuş öfke olarak tanımlanmaktadır (9). Bu durumda birey öfkesini başkalarına iğneli sözler söyleme, sık sık tartışma, kapıları çarpma, bir yerlere yumruk atma, neden üzerine saldırmak, kötü sözler söyleme, sinirlerine hakim olamayarak kavgaya girme gibi davranışlarla dışa yöneltebileceği gibi öfkesini bir başkasına yönelterek onlara sataşıp, kabahat bularak da ifade edebilmektedir. Yansıtıcı baş etme olarak bilinen bu durumda, birey öfkesini başka birini suçlamak yoluyla yansıtarak dışsallaştırmaktadır (33,39,42). Öfkenin dışsallaştırılmasında ve açıkça ortaya konulmasında bazı etkenler önemli rol oynamaktadır. Diğer bir ifadeyle, öfke yaşantısı ve öfkenin ifade edilmesi hedefe ve duruma göre değişmektedir. Bir çok insan 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 (53).

Kişiler öfkelerini içte tutma ya da dışa vurma şeklinde ifade ederler. Bazen de öfke tepkilerini kontrol edebilirler. Öfkenin içte tutulması, bastırılması tepkilerin belli edilmemesidir. Öfkenin dışa vurulması, tepkilerin kişilere veya

objelere yansıtılmasıdır. Öfkeyi kontrol etmek ise, kişinin başkaları ile olan ilişkilerinde genelde ne ölçüde sabırlı, soğukkanlı, hoşgörülü, anlayışlı davrandığı ve mantığa bürünme, bastırma, inkar gibi savunmaları kullanıldığı ile ilgilidir (12, 34).

İfade etme biçimi nedeni ile olumsuz olarak yorumlanan öfke duygusu için istendik ve sağlıklı olanı; bireyin öfkesini kontrol etmesi, duygu yoğunluğu azaldıktan sonra bu duyguyu tekrar ele alması ve açıkça konuşarak sorunu çözümlmeye çalışmasıdır (33, 39, 42). Öfkeyi doğru ifade etme becerisi kazanmaya öfke kontrolü denir (28).

İnsan için doğal bir duygulanım olan öfke duygusu yapıcı olarak ifade edilirse sağlıklıdır. Ancak hem doğrudan hem de dolaylı olarak ifade edilemediğinde ve saldırganlığa dönüştüğünde; hem bireye hem de karşısındaki bireye zarar vericidir (26, 28). Pek çok kişisel ve sosyal problemlerin temelinde uygun şekilde ifade edilemeyen öfke vardır. İfade edilemeyen öfke, kişilerarası ilişkileri bozabileceği gibi, zihinsel ve fiziksel problemlere de yol açabilir (28). Öfke duygusu uygun biçimde ifade edilemez ve içe atılıp bastırılır ise bir süre sonra bu duygu kişinin kendine döner ve migren, ülser, hipertansiyon gibi psikosomatik hastalıklara neden olabilir. Öfke ile baş etmek için bireyin öfkesini tanıması ve sağlıklı bir şekilde ifade etmesi gerekir (40, 51, 53). Bireyler ancak öfkelerini tanıdıklarında, öfkesinin zararından kurtulabilirler ve onu kendileri için yapıcı bir şekilde ifade edebilirler (26).

2.1.7.ÖFKENİN İFADE EDİLMESİNİ ETKİLEYEN ETKENLER

Öfke duygusunun ifade edilme şeklini:

- Kültürel özellikler,
- Beklentiler,
- Aileden ve çevreden öğrenilmiş davranışlar,

- Eğitim durumu,
- Yaş ve
- Cinsiyet belirlemektedir.

Günlük yaşamda çoğu kişinin yaşadığı evrensel bir duygu olan öfke, her kültürde farklı şekillerde yaşanmaktadır (7, 26, 39). Duyguların ortaya çıkması ve onların davranışa dönüşmesinde bireyin içinde bulunduğu **kültürün** önemi büyüktür. Türk toplumunun geleneksel özellikleri taşıyan ailelerinde, toplumun beklentileri ve belirlediği davranış kalıpları bireyin davranışlarını yönlendirmektedir. Öfkenin sözel olarak ifade edilmesi engellenirken; uysallık, boyun eğme, konuşmama, bastırma gibi davranışlar onaylanmaktadır (39).

Beklentiler nedeniyle de bir çok insan öfkesinden korkar ve onu anormal, istenmedik bir duygu olarak algılar. Engellenme sonucunda sürekli baskılanan öfke, agresif davranışların birikmesine ve şiddetlenmesine neden olmaktadır. İnsanların öfkelerini uygun anlatma yolunu bulduklarında daha sonraki yaşantılarında daha düşük düzeylerde saldırganlık gösterecekleri belirtilmektedir. Duyguyu sürekli denetim altında tutma, bireyin duygusal yoğunluğunu artırırken, duyguların boşalmasının sağlanması durumunda bireyin duygusal yoğunluğu da azalacaktır (39).

Kültürün ve beklentilerinin bu etkilerinin yanı sıra bireyin içinde yaşadığı **aile** ortamı, ailedeki rolü, anne-babayla ve diğer bireylerle ilişkileri, olaylara verilen tepkilerini ve öfke ifadesini etkilemektedir. Aile içinde çatışma varsa, sevgi yeterince gösterilmiyorsa, duygusal paylaşımlar sınırlı ise bu aile içindeki bireylerin öfke düzeyleri daha yüksek olacaktır (39). Sosyoloji kuramcılarına göre öfkenin ifadelendirilmesinde sosyal yapılandırmaların büyük etkisi vardır. Sosyal faktörler öfke algısını yapılandırır. Sosyal öğrenme kuramlarına göre, öfke ve saldırganlık gözlemsel öğrenme, taklit, özdeşleşme, kopyalama ve rol alma yoluyla öğrenilir. Duyguların nasıl ifade edileceği erken

yaşlarda ailede, anne-babadan, erkek ve kız kardeşlerden öğrenilir. Kısaca öfke ve öfkenin ifadesi biyoloji ve kültürün, zihin ve bedenin bir bütünüdür (26, 58).

Thomas (1974) (Aktaran Sala-1997) **eğitim seviyesi** yükseldikçe hem kadınlarda hem de erkeklerde öfke kontrolünün arttığını, eğitim seviyesi düştükçe öfkenin semptomlarla ifade edilmesinin arttığını saptamıştır (39). Bu durum eğitim ile öfke ifadesi arasındaki ilişkiyi gösteren önemli bir sonuçtur.

Öfkenin ifade edilmesini etkileyen faktörlerden bir diğeri de **yaştır**. Yaşla birlikte bireyin deneyimlerinin artması, kendini geliştirmesi gibi etkenler öfkelenme sıklığını ve ifade şeklini etkilemektedir. Sala (1997) çalışmasında özellikle genç yaş grubunun öfke düzeyinin yüksek olduğunu, yaş ilerledikçe öfke düzeyinin azaldığını gösteren araştırmalara yer vermiştir (39).

Cinsiyet de öfke ifadesini etkileyen önemli bir etkidir. Cinsiyetle ilgili özelliklerin idare etme ve duygusal paylaşım boyutlarıyla belirlendiği kabul edilmekte ve erkekler idare eden kişiler, kadınlar ise duygusal paylaşımcılar olarak görülmektedirler (39). Öfkenin ifade edilmesinde cinsiyet farklılıklarının bulunması toplumdaki erkeklik ve kadınlık rol algılamalarından kaynaklanmaktadır. Bir çok toplumda saldırganlık erkeklik özelliği olarak görülür. Bu yüzden erkeklerin öfkelenmesine izin verilir, hatta teşvik bile edilir. Kadınlardan ise öfkelerini bastırmaları istenir. Çünkü öfkelerini göstermek kadınlara yakışmaz diye düşünülür (26).

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 (7). Öfkenin bir tür hükmetme şekli olduğu ve bu yüzden de kadınlardan çok erkeklerle uyumlu olduğu belirtilmiştir (28, 39). Ayrıca toplum tarafından kadınların öfkesi erkeklerinkinden daha

uygunsuz görülmüş ve öfkeli kadınları tanımlamak için küçültücü, alçaltıcı terimler kullanılmıştır (39). Lerner (2004) kadınların öfkelerini ifade ettiklerinde “şirret, dırdırcı, çirkef, şikayetçi” gibi sözcüklerle nitelendirildiğini belirtmektedir. Kadınlar öfkenin, ilişkiyi tahrip edeceğine ve sosyal olarak da onaylanmayacaklarına inandıkları için, öfkeyi doğrudan ifade etmemek için uğraşmaktadırlar. Öfke belki de erkeklerin rahat ifade edebildiği tek duygudur (29). Averill’e (1982) (Aktaran Balkaya-2001) göre kadınlar erkeklerden farklı olarak, öfkelenedikleri zaman ağlamayı tercih etmektedir (7).

İnsan için doğal bir duygulanım olan öfke, kişilerarası ilişkilerde çoğunlukla yadsınan, konuşulması bile tabu olan bir duygudur (51). Kültürel olarak çocukluktan bu yana öfkenin doğrudan ifadesinin engellenmesi, davranışların yetişkinlerden öğrenilmesi, öfkelendiğimizde kendimizi çok fazla denetlememiz ve bu denetimi yitirme korkumuz, öfke duygumuzu ifade ettiğimizde karşımızdakini yitirme korkumuz, kızgınlık duygusunu kendimize yakıştıramamamız ve üstünlük elde etme isteğimiz öfke duygusunun ifade edilmesini engelleyici diğer nedenler olarak belirtilmektedir (42, 51).

2.1.8.ÖFKENİN DİĞER DUYGULAR VE SALDIRGANLIKLA İLİŞKİSİ

Duygu bireyin davranışlarının hayata uyum ve uyumsuzluğunun önemli etmenleri arasında yer alır. Bunların ihtiyaçlar ve güdülerle de sıkı bir ilişkisi vardır. Bir amacımıza ulaştığımız zaman sevinç ve mutluluk duyguları taşırız. Eğer amaca ulaşamama durumu varsa bizi kaygılandırır, hayal kırıklığına iter ve öfke duyarız (15,50).

Olumlu ya da olumsuz olsun çok yoğun yaşanan duygulara heyecan denir. Heyecan kısa süreli yaşanan duygudur. Duyguların bilinçli olmasına karşı, heyecan daha az bilinçlidir. Birey heyecan durumunda da ileri derecede uyarılır ve bazı tepkiler gösterir. Bu tepkiler aşırı sevinç, öfke, korku, üzüntü

şeklinde olabilir. Duyguları ifade edici davranışlar bir dereceye kadar bizim kontrolümüz dışında ortaya çıkmaktadır. Bunlar yüz ifadeleri, sesler ve davranışlar ile olmaktadır (50).

Öfke bazı duygular ile yakından ilişkilidir. Bu duygular; gücenme, sinirlilik, sıkıntı, kızgınlık ve hiddettir. Bunlardan sinirlilik ve öfke ileri derecede birbirleriyle ilişkilidir. Bu duygular arasındaki farklılık yoğunluk farkıdır. Bunlar aynı sınıf duyguların üyeleridir ve öfke hepsine işaret eder (7, 39, 58). Averill'e (1982) (Aktaran Sala-1997) göre ise öfke ve sıkıntı arasındaki fark sadece derece farkıdır. Öfke sıkıntıdan daha yoğundur. İkisi arasındaki diğer fark ise tepkilerde görülür. Hiddet ve gücenme ise, öfkenin ifadesi engellendiğinde ve uygun bir şekilde kontrol edilmediğinde ortaya çıkan yanlış ifadelerdir. Hiddette öfkenin yıkıcı ifadesi oldukça yaygındır. Gücenmede öfke duygusu içte tutulur ve birey bu duygusunu kabullenmek istemez (39).

Öfke ile ilgili görünen diğer duygular da düşmanlık, utanç ve suçluluktur. Düşmanlık, öfke duygularını içermesine rağmen, diğer kişilere doğrudan zarar vermek amacıyla yapılan saldırgan davranışları da harekete geçiren bir anlama sahiptir. Suçluluk, bir davranışın başarısızlıkla sonuçlanması sonucu, kişi bu başarısızlıktan kendini sorumlu tutuyorsa ortaya çıkar. Utanç duygusu ise benliği tamamen tahrip eden, kişinin kendisini olumsuz değerlendirmesine neden olan ve çok acı veren bir duygu olarak tanımlanmaktadır (7, 58).

Öfke ile ilişkili görünen diğer iki duygu da, üzüntü ve depresyondur. Öfke günlük hayatta üzüntü ve depresyon ile çoğu zaman bir arada değerlendirilir. Literatüre bakıldığında depresif kişilerin düşmanlık ve öfke davranışlarını daha fazla gösterdikleri görülmektedir. Ölümünden sonra yaşanan yas duygusuna da öfkenin eşlik ettiği literatürde görülmektedir. Bireyin ölen kişi tarafından terk edilmiş ve sevgisinden yoksun kalmış olmaktan dolayı yaşadığı

öfke ve kızgınlık bazı toplumsal etkenler nedeniyle bilince ulaşamayacağı için, bu duygu bireyin kendisine yönelir (26, 58).

Literatürde öfke; düşmanlık ve saldırganlık ile ilişkili olarak ele alınmakta ve birbirleriyle bağlantılı olarak değerlendirilmektedir (26, 39). Öfke kavramı, genellikle düşmanlık ve saldırganlıktan daha basit olarak, yoğunluğu hafif huzursuzluk ya da can sıkıntısından, kızgınlık ve şiddete kadar değişen duygulardan oluşan geçici emosyonel bir durum olarak tanımlanır. Hostilite (düşmanlık) öfke duygularını içerse de öfkeye göre daha uzun süreli negatif bir duygu olarak açıklanırken, agresyon (saldırganlık) ise birine ya da başka insanlara anlık ya da niyetli (planlı) olarak zarar vermeye yönelik bir duygudur. Saldırganlık, öfkenin dışa yönelik olarak ifade edilme şekillerinden biridir. Öfke ve düşmanlık duyguları saldırganlığı doğurur (39).

Averill'e (1983) (Aktaran Kısaç-1997) göre öfke; bir çok saldırganlık biçiminin arkasında yatan dürtü veya güdüdür. Saldırganlık öfkeyle ilişkilidir ancak ikisi aynı değildir. Saldırganlık bir davranıştır; öfke ise bir duygudur. Öfke bazen saldırganlığa yol açar, fakat çoğu zaman saldırgan davranışın başlatıcısı değildir (26). Öfke ve hostilite daha çok duygu ve tutumlarla ilişkiliyken, saldırganlık başka kişilere ya da objelere yönelik tahrip edici ve zarar verici davranışları kapsamaktadır (9, 39,). Saldırganlık, bir kişinin bir başka kişiye zarar vermek niyetiyle yaptığı herhangi bir davranıştır. Öfke duygu aşamasında kalmakta, saldırganlık ise bir davranış olarak ortaya çıkmaktadır (12).

Bugüne kadar algılandığı biçimin aksine, öfke; saldırganlık ve düşmanlık gibi olumsuz bir duygu değil, bizzat olumlu, sağlıklı ve enerji veren bir duygudur. Buna rağmen, yine de bir çok insanın öfkeleri yüzünden başları derde girmekte ve bir dizi problemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunun sonucu olarak ve sahip olunan kültürel yapının etkisiyle de, bir çok kişi öfkelenmekten korkar veya öfkelerini göstermek istemezler. Oysa öfkenin

bastırılması, varolan enerjinin içe döndürülmesidir ve bu da bireyin kendisine ve çevresine zarar vericidir (26).

2.1.9.ÖFKE DUYGUSU İLE İLGİLİ KURAMSAL YAKLAŞIMLAR

Öfke duygusu çeşitli kuramsal yaklaşımlar ile açıklanmıştır. Bunlardan Freud (1993)'un öncülüğünü yaptığı psikoanalitik yaklaşım, öfke davranışının altında yatan güçlerin bilinçdışında gizlenmiş olduğunu vurgulamaktadır (7, 8). Freud, cinsel ve saldırgan içgüdüleri birçok duygu ve davranışın kaynağı olarak görmüştür. Ona göre, bu iki içgüdü kişi için gerekli psişik enerjiyi oluşturmakta ve bu enerjinin açığa çıkartılması da duygu yaşantısının temelini oluşturmaktadır (33).

Thomas (1993) (Aktaran Balkaya -2001) eğer kişiler öfkelerinin altında yatan nedenleri anlarılarsa, öfkeyi çözebilirler. Psikoanalitik kuram dürtülerle ilişkilidir ve öfke gibi güçlü duyguların bastırılmasını sağlıksız olarak kabul etmekte ve bu duygular boşaltılamazsa, psikolojik ve psikosomatik hastalıkların oluşacağını ileri sürmektedir. Öfkenin açık bir şekilde ifadesine engel olmak ve onu bastırmak mümkündür. Fakat öfke bitmiş olmayacaktır, bir süre sonra farklı bir şekle dönüşerek,örneğin ülser veya depresyon şeklinde tekrar kendini gösterecektir (7, 8). Yine bu kurama göre, egoya yönelik olarak içe atılan öfke, suçluluk ve depresyona neden olmakta, hatta bazen bastırılan öfke intihar ile sonuçlanabilmektedir (39).

Thomas (1993) (Aktaran Balkaya-2001) davranışçı kuramın önemli temsilcilerinden Skinner, öfkenin çevresel uyarıcılara verilen öğrenilmiş tepkiler olduğunu ve ödüllendirilen bu davranışların tekrar ettiğini vurgulamıştır. Robins ve Novako (1999) ise öfkeyi içsel düşünce süreçlerinden gelen bir dürtü olarak ele almaktadırlar. Dışsal olaylarla, öfke arasında doğrudan bir ilişki olmadığını, öfkeyi ortaya çıkaran durumun, bilişsel süreçler olduğunu ileri sürmektedirler. Taylor (1988) bilişler sadece öfkeyi değil diğer duyguları da etkilemektedir. Kişi

eğer kullanıldığını ya da haksızlığa uğradığını düşünürse, öfke; değerli bulduğu bir şeyi kaybetmiş olduğunu düşünürse, üzüntü; kötü şeylerin olacağını düşünürse de kaygı hissedecektir (7, 8).

Öfkenin bilişsel boyutu, algılanan öfkenin kişinin kendi içinde yorumlanış biçimini açıklar (26). Bireylerin öfke, korku tedirginlik gibi duygularının nedeni, olayın kendisiyle ilgili olmaktan çok, bireylerin bu olaylarla ilgili takındıkları kavramsal gözlükler ya da zihinlerindeki sembolleridir. Yani o olayla ilgili olarak yerleşmiş inanç, yorum ve değerlendirme kalıpları ve bunlardan türetilen düşüncelerdir (26, 33, 58).

Perls (1973) (Aktaran Balkaya-2001) Gestalt yaklaşımına göre öfke, organizmanın çevreyle etkileşiminden kaynaklanan, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik özellikleri olan duygusal bir yaşantıdır. İnsanların yaşantıları ve hareketleri, onun çevresiyle arasındaki dinamik ilişkinin ürünüdür. Yani insan, kendi istek ve ihtiyaçlarını, çevresiyle kurduğu etkileşim yoluyla karşılamaktadır. Öfke duygusu da bu bağlamda değerlendirilmekte ve kişi-çevre etkileşiminin bir sonucu olarak ele alınmakta, öfkenin sebebi ve çözülmesinde ise bu etkileşim gerekmektedir. Harris (2001) Gestalt terapisi, kişinin kendisi ve çevresiyle olan temasının düzelmesi ve bütünleşmesi üzerinde durmakta, kişinin, öfkesine ilişkin farkındalığını arttırarak kişide değişme isteğinin oluşacağına inanmaktadır (7, 8).

2.1.10.SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖFKE DUYGUSU VE PSİKOSOSYAL YAKLAŞIMIN ÖNEMİ

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından; fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır. Bunların hiçbirinin önce geleceğine dair bir sıralama olmadığı gibi, herhangi birinin eksik olması halinde de tam bir iyilik halinden söz edilmesi düşünülemez (41).

Sağlıktan söz ederken, beden ve ruh sağlığı birlikte ele alınmasına rağmen; beden sağlığının somut ve gözle görülebilir niteliklerinin olması, ruh sağlığının ise, soyut konuları içermesi, uygulamada ruh sağlığı hizmetlerine gereken önemin verilmesini engellemiştir (41). Bedenen sağlıklı olmak sağlığın sadece bir boyutudur. Ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı olmak ise birbiriyle sıkı sıkıya bağlı ve beden sağlığını da etkileyen kavramlardır. Ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olmak, hastalık kavramını aşan bireyin kendisi, ailesi, çevresi, işi ve toplumla ilişkilerini belirleyen insan yaşamının temel boyutu olarak değerlendirilebilir (39, 58).

Ruh sağlığından söz ederken, ruh sağlığı kavramını sadece hastalık olmaması durumu ile sınırlamak yanlış olacaktır (41). Ruh sağlığı hizmetleri denilince; sağlığın iyileştirilmesi, yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik yapılacak çalışmalar da akla gelmelidir. Ruh sağlığının bozulması ile ortaya çıkan intihar, madde bağımlılığı, depresyon, anksiyete, şiddet gibi durumların fazlalığı ve kronik hastalıkların seyrinin kötüye gidişi göz önünde tutulduğunda, toplumun sağlığını koruma ve geliştirmede ruh sağlığına yönelik hizmetlerin gerekliliği ortaya çıkmaktadır (39).

Psikiyatride yeni gelişen bir bilim dalı olan Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi (KLP) bu bağlamda devreye girmektedir. Bu bilim dalı, geleneksel olarak "psikosomatik" kelimesiyle tanımlanan bir grup hastalık yanında, fiziksel hastalıklara; mental, psiko-fizyolojik, psiko-sosyal ve davranışsal boyutlarıyla bir bütün olarak yaklaşır. Fiziksel tedavi ve bakım ile ruhsal tedavi ve psiko-sosyal bakımı eşgüdüm içinde sunmayı amaçlar (35).

Gelişen psikiyatrik morbidite, hastanın uyumunu ve yaşam kalitesini bozmakta, hastalığın komplikasyonlarını arttırmakta, tedaviye cevabını bozmaktadır. Genel morbidite ve mortaliteyi ve seyrini, tedaviye cevabını ve düzelmeyi olumsuz etkileyerek, iş yükünü, tedavi süresini ve masraflarını gereksiz yere arttırmaktadır. KLP'nin tıp ve psikiyatri eğitimine sağladığı katkı,

hasta tedavi ve bakımında; mortaliteyi, morbiditeyi azaltıcı, tedavi ve yaşam kalitesini arttırıcı etkisi, erken tanı ve tedaviye sağladığı katkı, klinik uygulama alanı ve tedavi yöntemleri ile bir bilimsel disiplin ve üst uzmanlık olarak yerleşmiştir. KLP tıbbi durumlar ile psişik ve psiko-soyal durumlar arasındaki bağlantı ve etkileşimi araştıran, klinik tıp alanlarında fiziksel hastalıklara eşlik eden psikiyatrik sendrom ve psiko-sosyal sorunların tanı, tedavi, izlenmesi, araştırma etkinlikleri ve eğitimi ile uğraşan bir psikiyatri disiplindir (35).

Ülkemizde klinik tıp ve psikiyatrinin gelişim ve çağdaşlaşma sürecinde, temel sağlık hizmetleri ile ruh sağlığı hizmetlerinin bütünleşmemiş olması, en önemli sağlık sorunlarımızdandır. İşte KLP sağlık sistemimizdeki bu eksiklik, boşluk ve kopukluğu giderecek bilimsel bir disiplindir. KLP 'nin ülkemizde kurumsallaşıp, yerleşmesine bağlı olarak, hemşirelerin hasta bakımının psikolojik boyutları konusunda eğitimlerine katkı sağlamak ve hasta tedavi ve takibinde bütüncül biyo-psiko-sosyal yaklaşımı geliştirmek amaçlanmıştır (35).

KLP hemşireliği, psikiyatri hemşireliğinin bir üst uzmanlığıdır. Uygulama alanı, primer korumadan, müdahale ve rehabilitasyona kadar uzanır. KLP hemşireliğinin uygulaması; stres, başa çıkma, uyum, sağlık ve hastalık arasındaki biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel faktörlerin birbirleri ile ilişkisi üzerine temellenir. Odak merkezi, hastanın fiziksel duruma ve tedavisine katılabilmesini etkileyen psikolojik ve çevresel koşullardır. KLP hemşiresi, patolojik fiziksel durumun, davranışsal, duygusal ve kognitif boyutunu teşhis eder. Bu süreçte diğer disiplinlerle birlikte çalışır (38).

Ruh sağlığını korumaya yönelik çalışmalarda, bireyin kendi sorumluluklarını üstlenmesinde sağlık personelinin önemli rolleri vardır. Sağlık hizmetleri içinde insanlarla en çok iletişime giren hemşireler eğitim, danışmanlık, araştırma, tedavi, bakım gibi hizmetler sunarak bireyin sağlığını en

üst düzeye çıkarmak için uygun planlamaları yapan ve mesleki anlamda gelişmelerden sorumlu olan kişilerdir (39, 58).

Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede bireyin düşünce yapıları, duyguları, davranış örüntüleri ele alınmalı, psiko-sosyal gereksinimleri saptanmalıdır. Öfke duygusunun ifadesi ve baş etmeye yönelik çalışmalarında ruh sağlığı hizmetlerinin içinde yer almalıdır. Çünkü, birey öfke duygusunu uygun olarak ifade edemediğinde, çeşitli olumsuzluklar ortaya çıkmaktadır. Depresyon, anksiyete gibi psikiyatrik hastalıkların, koroner kalp hastalıklarının ve somatik yakınmaların temelinde bastırılarak içe atılan öfke duygusunun olduğu kabul edilmektedir. Şiddet ve saldırganlık olaylarının da öfkenin uygunsuz olarak dışa yöneltmesi sonucu geliştiği kabul edilmektedir. Yaşanan öfke duyguları ile baş edilememesi sonucunda; alkol, sigara ve madde kullanımı gibi etkisiz baş etme yöntemlerinin sık tercih edilen bir yol olduğu görülmektedir. Öfke duygusu uygun ifade edilemediğinde kişilerarası ilişkilerde de çatışmalar olduğu bilinmektedir (39).

Yaşam kalitesini ve sağlığı geliştirmede öfke duygusunun ele alınması, nedenlerinin ve ifade biçimlerinin belirlenmesi gerekir. Özellikle sonuçları nedeniyle koruyucu ruh sağlığı hizmetleri çerçevesinde ele alınması gereken bu hizmette toplumla daha çok iletişime giren hemşirenin rolü büyüktür (39).

Ruh sağlığı hizmetlerinin temel sağlık hizmetleri içerisinde ele alınması, sanıldığı gibi aksine ek bir yük değil, tam tersine, hizmetlerin bugüne kadar eksik bırakılmış olan yanını tamamlayacak, hatta hasta-sağlık personeli ilişkilerini daha da kolaylaştırıcı ve geliştirici bir rol oynayacaktır (41).

2.2.PSİKOSOMATİK HASTALIKLAR

2.2.1. PSİKOSOMATİK HASTALIKLARIN TANIMI

Psikosomatik bozukluklar, oluşu ya da gidişi üzerinde ruhsal etkenlerin önemli rolü olan bedensel hastalıklardır. Başka bir deyişle, yapısal bir değişiklik ya da işlev bozukluğu gösteren; oluş, alevlenme, iyileşme nedenleri arasında psiko-sosyal etkenlerin rol oynadığı bedensel bozukluklardır (5, 46). Psikosomatik sözcüğünü ilk kez JCA Heinroth (1818) kullanmış ve ruhsal etkenlerin yaptığı değişikliklerin neden olduğu hastalıklar olarak tanımlamıştır (49).

Psikosomatik deyimi, psiko (ruh) ve soma (beden) sözcüklerinin birleşmesinden oluşmakta ve yalın anlamı ile ruhsal nedenlerden kaynaklanan organik bedensel hastalıkları anlatmaktadır. Bugünkü geniş kapsamı ile psikosomatik terimi, ayrıca organik bir takım hastalıkların süreci içinde hasta kişide ortaya çıkan ruhsal duygu ve davranış bozukluklarını da içine almaktadır (5, 46).

DSM-III ve ICD-10, psikosomatik hastalıkları, "ruhsal ya da davranışsal etkenlere bağlı işlev bozuklukları" başlığı altında ele almaktadırlar (49). DSM-IV'de medikal durumları etkileyen psikolojik faktörler, genel bir medikal durumun gidişini ve sonlanışını olumsuz ve ciddi şekilde etkileyen bir veya daha fazla psikolojik veya davranışsal problem olarak tanımlanır. Psikolojik faktörlerin rolü hastalığa yatkınlıkta, hastalığın başlamasında, ilerlemesinde, kötüleşmesinde veya alevlenmesinde ya da hastalığa tepki verirken söz konusu olabilir (46).

İnsanoğlunda duygular ve heyecanlarla bedensel tepkiler olabileceği eski çağlardan beri bilinir. Örneğin utançtan yüz kızarması, üzüntüden iştah yitimi, kuruntudan uyku kaçması gibi. Yaklaşık 150 yıldan bu yana hem

psikiyatride hem de genel tıpta bazı hastalıklarda ruhsal ve bedensel faktörlerin birlikte rol oynadığı üzerinde fikir birliğine varılmıştır (46).

Psikosomatik yaklaşım, bireyi; biyo-psiko-sosyal bir varlık olarak ele almaktadır. Buna göre insanı hem biyolojik ve ruhsal yapısı ve işlevleri hem de sosyal konumu içinde ele almak gereklidir. Gerek sağlık gerekse hastalık halinde insan bu üç yapısı içinde düşünülmelidir. Bu üç boyut normal koşullarda birbiriyle dengeli bir ilişki ve etkileşim içinde bulunurlar. İç veya dış etkilere bağlı olarak bazen bu denge bozulur ve hastalık ortaya çıkar (46).

Çağdaşlaşma ve teknolojik gelişme ile türü çoğalan stres olayları, insan sağlığını etkilemekte, ruhsal ya da bedensel (psikosomatik) hastalıkların oluşumunda hazırlayıcı ya da açığa çıkarıcı ve arttırıcı bir etki yapmaktadır. Psikosomatik hastalıklar arasında yer alan, dolaşım sistemi hastalıklarından esansiyel hipertansiyon; güç yaşam olayları sonucunda ortaya çıkan bir durumdur (49).

2.2.2. PSİKOSOMATİK HASTALIKLARIN SİSTEMLERE GÖRE SINIFLANDIRILMASI

a) Solunum sistemi ile ilgili olanlar: Alerjik rinit, bronşial astım, hiperventilasyon.

b) Dolaşım sistemi ile ilgili olanlar: Hipertansiyon, hipotansiyon, koroner arter hastalığı, migren.

c) Sindirim sistemi ile ilgili olanlar: Ülser, ülseratif kolit, spastik kolon, irritabl kolon sendromu

d) Metabolik sistem ile ilgili olanlar: Diabetes mellitus, hipertiroidi, obezite.

e) Ürogenital sistem ile ilgili olanlar: Menstruasyon bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, yalancı gebelik, enürezis, enkoprezis.

f) Kas-iskelet sistemi ile ilgili olanlar: Romatoid artrit, spazmotik tortikolis.

g) Deri ile ilgili olanlar: Dermatit, ürtiker, eritrodermi, puritis, nörodermatit, psöriasis (5, 46).

2.3.HİPERTANSİYON

2.3.1.HİPERTANSİYONUN TANIMI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Hipertansiyon, arteriyel kan basıncının yükselmesi ile karakterize klinik bir durumdur. Arteriyel kan basıncı ise, ventriküllerden arterlere atılan kanın arter duvarına yaptığı basınçtır ve iki değer halinde ifade edilir. Bunlar; sistolik ve diyastolik kan basıncıdır. Sistolik kan basıncı; kalbin sistolü esnasında sol ventrikülün kanı aortaya attığı anda saptanan basınçtır. Diyastolik kan basıncı ise, sol ventrikülün diyastolü esnasında damar duvarının kana karşı oluşturduğu dirençtir (11, 16).

Dünya Sağlık Örgütü, genel olarak sistolik kan basıncının 140 mm Hg, diyastolik kan basıncının da 90 mm Hg veya üzerinde olması, tekrarlayan ölçümlerde artmış kan basıncının doğrulanması ve kişinin antihipertansif ilaç kullanıyor olmasını hipertansiyon olarak tanımlamıştır (5, 11, 16, 18, 27). Optimal kan basıncı ise, sistolik kan basıncının 120 mm Hg ve diyastolik kan basıncının 80 mm Hg 'dan düşük olması şeklinde tanımlanır (46).

Türk Prevalans Çalışması sırasında ise, kan basıncı 140/90 mm Hg ve üzerinde saptanan veya antihipertansif ilaç kullanan ve kan basıncı normal düzeyde olan bireylere hipertansiyon tanısı konmuştur (47).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 yılı sağlık raporuna göre tüm dünyada morbidite ve mortalite nedenleri arasında en önde gelen sorunlardan biri hipertansiyondur. Hipertansiyon, ülkeden ülkeye prevalansı değişmekle birlikte

tüm dünyada erişkin nüfusun ortalama % 25-30'unu ilgilendiren bir sorundur. 20'li yaşlarda % 3-5 olan hipertansiyon prevalansı, 60'lı yaşlardan sonra % 50-70'lere çıkmakta; 55-60 yaşlarında hipertansif olmayan bireylerin yaşamın geri kalan döneminde hipertansif olma ihtimali % 90'ları bulmaktadır. Hipertansiyon, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bir numaralı ölüm nedeni olan kardiyovasküler hastalıklar altında yatan en önemli nedendir. Bütün bu veriler, hipertansiyonun "modern çağın vebası " olarak nitelendirilen, önemli bir toplumsal sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Ancak hipertansiyon, hala yeterince teşhis edilememekte, teşhis edildiğinde ise yeterince tedavi edilememektedir. Son 50 yılda değişik gruplarda 100'ün üzerinde antihipertansif ilaç geliştirilmesine rağmen tüm dünyada başarılı tedavi oranları % 2 ile % 35 arasında değişmektedir (4).

Hipertansiyonda hasta bakımını kolaylaştırmak amacıyla tedavi rehberleri geliştirilmesi gereği ortaya çıkmış ve tüm dünyada hipertansif hasta tedavisinde bu rehberler yol gösterici rol almaya başlamıştır. 2003 yılında sırasıyla, önce ABD Ulusal Birleşik Komite 7. Raporu (JNC-7), Avrupa Hipertansiyon Derneği/Avrupa Kardiyoloji Derneği 2003 Rehberi (ESH/ESC 2003) ve son olarak DSÖ/ Uluslararası Hipertansiyon Derneği 2003 Deklerasyonu (WHO/ISH 2003) açıklanmıştır. Bu üç rehberde de yer alan hipertansiyon tanımı için, tüm yaş grupları ve her iki cinsiyet için sistolik 140 mm Hg, diyastolik 90 mm Hg eşik değerleri kabul edilmiştir (4).

Genelde asemptomatik olarak seyreden hipertansiyonda en çok karşılaşılan belirtiler; ensede yerleşik, zonklayıcı baş ağrısıdır. Baş ağrısı sabah saatlerinde daha fazladır. Baş dönmesi, burun kanaması, kulak çınlaması, çarpıntı, senkop da diğer belirtiler arasında sayılmaktadır (11, 16).

Hipertansiyon, bütün ölümlerin %20-50'sinden sorumlu olan kardiyovasküler hastalıklar için önemli bir risk faktörü olmasına rağmen; hastaların % 60 gibi önemli bir bölümü hastalığının farkında olmadan

hipertansiyonla birlikte yaşarlar (3, 11, 16, 27). Tanısı konmuş hastalar ise hastalığı fazla önemsemedikleri için çoğunlukla düzenli tedavi almazlar (3, 27). Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması sonuçları, hipertansif bireylerin yalnız % 40'ının kan basıncı yüksekliğinin farkında olduğunu ve yalnız % 31'inin antihipertansif tedavi aldığını göstermiştir. Kan basıncı kontrolü, tüm antihipertansif kullanan bireylerde % 8 kan basıncı yüksekliğinin farkında olan ve tedavi alanlarda ise % 20 olarak bulunmuştur (47). Hipertansiyon toplum sağlığı açısından önemini her dönem korumaktadır. Bu nedenle hipertansiyonun toplumda ne sıklıkla görüldüğü önem kazanmaktadır (3, 27).

Hipertansiyonun bu denli yüksek prevalans, düşük farkında olma ve kontrol edilme oranları yanında hipertansiyonu olmayan bireylerin % 63'ü de (yaklaşık 21 milyon kişi) prehipertansif aralıktadır (47). Yani tansiyon değerleri hipertansiyon sınırı olan 140/90 mm Hg'ya çok yakındır.

Türk Kardiyoloji Derneğinin Ulusal Hipertansiyon Takip ve Tedavi Kılavuzunun 2000 yılı verilerine göre; Türk insanı hipertansiyon açısından yüksek prevalanslı toplumlar arasında yer almaktadır (5). 2004 yılı Türk Hipertansiyon Prevalans çalışması sonuçlarına göre; Türkiye'de erişkin bireylerde hipertansiyon prevalansı % 31,8 olarak hesaplanmıştır. Bu prevalansa göre ülkemizde 15 milyon civarında hipertansif bireyin olduğu söylenebilir (47). Yaşla beraber hipertansiyon prevalansında önemli bir artış olmaktadır ve hipertansiyon prevalansı kadınlarda erkeklerden anlamlı ölçüde yüksektir (5, 18, 47). Kadın erkek oranına bakıldığında oran 3/2 dolayındadır (14). Menepozla birlikte kadınlardaki bu yükseklik daha da artmaktadır (47).

Çöl ve Özyurda'nın (1992) yaptıkları çalışmada öğrenim düzeyi arttıkça hipertansiyon prevalansı anlamlı ölçüde düşmektedir (18). Eğitim düzeyi düşük kişilerde sigara içme daha sıktır, diyetteki tuz oranı daha yüksektir, bu bireyler obeziteye daha yatkındırlar, daha fazla alkol alırlar ve hipertansiyon yaygınlığı biraz daha fazladır (56).

Hipertansiyonun, sosyal stres ve çatışmanın yoğun olduğu topluluklarda ve kırsal kesime göre şehir insanında daha sık görülmesi, hipertansiyondaki sosyo-kültürel faktörlerin etkisini göstermektedir (20).

Hipertansiyona ilişkin bu denli bilgi birikimine rağmen, dünyada en iyi rakamlara sahip olduğu iddia edilen ABD’de bile hastaların ancak % 34’ünde yeterli kan basıncı kontrolü sağlanabilmektedir. Türkiye’de ise bu oranın % 10’ların altında olduğu düşünülmektedir. Hipertansif hastanın tedaviyi sürdürebilmesi için motive edilmesi önemlidir. Bu da ancak pozitif iletişim, güven duygusu ve empatik yaklaşım ile gerçekleşecektir (4).

2.3.2.HİPERTANSİYONUN ETYOLOJİSİ

2.3.2.1.Hipertansiyon Oluşumunda Etiyolojik Faktörler;

1-Yaş: Hipertansiyon gelişme olasılığı yaş ilerledikçe artar.

2-Cinsiyet: Hipertansiyonun görülme sıklığı kadınlarda erkeklere oranla daha fazladır. Kadınlarda oral kontraseptiflerin kullanımı sekonder hipertansiyon gelişme olasılığını artırabilmektedir.

3-Heredite (genetik faktörler): Hipertansiyonun nedeni % 95 bilinmemektedir. Bu grubun herediter yatkınlığı olduğu düşünülmektedir. Özellikle primer hipertansiyonda genetik faktörler etkilidir.

4-Diyette fazla tuz alımı, geçici olarak kan basıncını yükseltir.

5-Diyette lipid ve kolesterolden zengin gıdaların bulunması hipertansiyon oluşumunu kolaylaştırır.

6-Şişmanlık: Şişman hastaların çoğunun hipertansif, hipertansif hastaların da şişman olduğu saptanmıştır. Vücut ağırlığının kan basıncını artırıcı etkisi olduğu gözlenmiştir.

7-Hormanal faktörler: Renin-Anjiotensin salınımı hipertansiyona neden olur.

8-Nörolojik faktörler: Vazomotor merkezden kan damar duvarına fazla miktarda vazokonstriktif impulsların taşınması tansiyonu yükseltir.

9-Psikolojik Faktörler: Uzun süreli stres altında yaşayan kişilerde hipertansiyon görülme olasılığı daha fazladır.

10-Sigara: Damarlar üzerine vazokonstriksiyon etkisi vardır. Bu nedenle kan basıncını yükseltir.

11-Irk: Irkın hipertansiyon görülme sıklığı üzerine etkisi çok azdır. Bununla beraber siyah ırkta, beyaz ırktan % 50 daha fazla hipertansiyon görülür. (1, 5, 11, 16, 18, 46, 57).

Hipertansiyon etyolojisine göre iki gruba ayrılabilir;

1-Primer (Esansiyel ya da İdiopatik) Hipertansiyon: Nedeni kesin olarak bilinmeyen, belli bir organ hastalığına bağlanamayan hipertansiyondur (1, 5, 11, 13, 14, 16, 46, 57). Hipertansif kişilerin % 95'inden fazlasında "esansiyel hipertansiyon" söz konusudur (5, 14, 46). Primer hipertansiyonun etyolojisi tam olarak aydınlatılamamakla beraber bazı genetik ve çevresel predispozan faktörlerin rol oynadığı kabul edilmektedir (57).

2- Sekonder Hipertansiyon: Nedeni bilinen ve belli bir organ hastalığına bağlı olarak gelişen hipertansiyondur (1, 5, 11, 14, 16, 46, 57).

Antihipertansif kullanan bireylerin geriye kalan % 5'lik kısmını oluşturur (5, 14, 46). Etiyolojik olarak renal, endokrin, nörojenik kökenli olabileceği gibi bazı ilaç ve toksik ajanların etkisiyle veya gebelik toksemisi vb. çok çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilir (14, 57).

Hipertansiyon nedeni olabilecek herhangi bir patolojinin bulunmadığı durumlarda, hipertansiyon olgularının büyük bir kısmının esansiyel olduğu da dikkate alınarak, patolojinin olmadığı bütün hipertansiyon olgularına "esansiyel" olarak yaklaşılması uygun olur. Hipertansiyon nedeni olabilecek patolojik bir bulgu ve belirti varsa "sekonder hipertansiyon" olasılığı düşünülür (14).

2.3.2.2.Hipertansiyon Etiyolojisinde Psiko-fizyolojik Faktörler

(Mekanizma)

Hipertansiyon, yüksek morbidite ve mortalite riski oluşturması bakımından günümüzün öncelikli sorunlarından birisidir. Hipertansiyon oluşumunda psiko-sosyal faktörlerin rol oynadığı bildirilmiştir (24). Norepinefrin ve epinefrinin miyokard ve çevresel damarsal direnç üzerindeki etkileri gözönüne alındığında, psiko-sosyal etkenlerin kan basıncında geçici ve kalıcı artışlarla bağlantılı olması şaşırtıcı değildir. Hipertansiyon gelişme riskinin psikolojik stresi yüksek olan kişilerde sekiz kat daha fazla olduğu belirtilmiştir (56).

Stres genel anlamda içeriden ve dışarıdan gelen uyaranların organizmanın dengesini bozması anlamını taşır (46). Bireyin içsel yaşamı ya da etkileşimi sonucu ortaya çıkan psiko-fizyolojik bir tepki olarak tanımlanan stres, insanın yaşamında çok sık dile getirdiği bir durumdur. Stres, sağlığı ve yaşam kalitesini kontrol etme becerisinin geliştirilmesiyle korunabilecek önemli bir risk faktörüdür (52).

Stresli olaylar karşısında organizma fizyolojik ve psikolojik tepkilerle baş etmeye çalışır. Bireyin baş etme yöntemleri bu durum karşısında yetersiz kalırsa hipertansiyon, migren gibi psikosomatik hastalıklar, depresyon, uyku problemleri, iletişim bozuklukları, iş ve sosyal yaşamda doyumsuzluk, performansta ve benlik saygısında azalma, kriz gibi sonuçlarla karşılaşılabilir (52).

Stres anında yaşanan fiziksel değişikliklerden biri de kan basıncında artmadır. Uygun olmayan durumlarda ortaya çıkan öfke, düşmanlık, kızgınlık ve saldırganlık gibi durumlar stres anında yaşanan duygusal ve sosyal değişiklikler arasında sayılabilir (52).

Stres özgül olmayan yolla sempatik aktivasyon meydana getirir ve bunun sonucu olarak da vazokonstriksiyon oluşur. Sempatik aktivasyonun artması hipertansiyona yatkınlığı artırır (5, 46). Sürekli strese maruz kalma ya da strese verilen yanıt bu noktada önem taşımaktadır. Stresli durumlarda oluşan sempatik etkiyle ortaya çıkan vazokonstriksiyon ve diğer otonomik cevapların etkisi hipertansiyonlu kişilerde daha şiddetli ve uzun süreli olur. İnsanlar daha fazla stres altında kaldıkları için değil de strese değişik ölçüde yanıt verdikleri için de hipertansif olabilirler (5).

Brod ve ark. (1987) (Aktaran Arsakay-2001) stresle vazokonstriktif cevabın antihipertansif kullanan bireylerde hipertansif olmayan bireylere göre daha uzun süreli olduğunu bulmuşlardır. Falkner (1981) ise strese karşı vazokonstriktif yanıtın hipertansif olmayan bireylere göre hipertansif bireylerde daha fazla olduğunu gösterilmesi yanında antihipertansif kullanan bireylerin hipertansif olmayan çocuklarında da karşılaştırma grubuna göre bu yönde artmış duyarlılıklar saptamıştır. Bu bulgu stres durumuna tepki göstermede genetik veya aile içinde öğrenilmiş yatkınlığın önemini vurgulamaktadır (5).

Aralıklarla yaşanan stresin uzun süreli hipertansiyon haline dönmesinde rol oynayan bir mekanizma bulunmaktadır. Surrenal medulladan salınan adrenalin, kısa süreli olan “savaş ya da kaç” cevabına göre kan basıncı üzerinde çok daha büyük ve uzun süreli etkilerde bulunabilir. Psiko-soyal uyarıların hipertansiyondaki önemi Canon’un tanımladığı “savaş ya da kaç” taktiği ile ilişkilendirilmiştir. Bu taktik, organizmanın tehdit altında olduğunda gelişen bir yanıttır (5).

Stresin oluşturduğu sempatik etki, vazokonstriksiyon ve arkasından gelişen hipertansiyonda, en az üç etmenin etkileşim içinde olduğu söylenebilir. Bunlar; stresörün özellikleri, kişi tarafından nasıl algılandığı ve kişinin fizyolojik yatkınlığıdır. Hipertansiyon ile ruhsal durumun ilişkisini göstermesi bakımından biofeedback, meditasyon, yoga, hipnoz gibi yöntemlerle kan basıncında düşüş ortaya çıktığına dair sonuçlar da önemlidir (5).

Hipertansiyon oluşumunda ya da seyrinde etkili olan stres ve diğer etkenler yanında kişilik özellikleri de hipertansiyon oluşumunda etkilidir. Bunlar: sabırsızlık ve zamana karşı yarış, hırslılık ve rekabet, başarıya ulaşma gereksinimi, engellenmelere tahammülsüzlük, aşırı iş yükü, düşmanlık ve saldırganlık gibi Tip A kişilik özellikleri hipertansiyon ve koroner kalp hastalıklarına yatkınlığı arttıran majör risk faktörüdür (20). Stresle baş etme yöntemleri arasında hipertansiyon nedeni olarak bilinen Tip A davranış biçiminin değiştirilmesi de yer almaktadır (52).

Hipertansif kişilik özelliklerini; hırs, dışa vurum, zeka, vicdanlılık, titizlik, mükemmelliyetçilik, bağımlılıktan kaçınma, eleştiriye hassasiyet ve kırılmaya karşı aşırı duyarlılık, gerginlik olarak sıralayabiliriz (5).

Kaptanoğlu, Baysal, Seber ve Tekin’in (1994) hipertansiyonlu hastalarda kişilik değerlendirmesi üzerine yaptıkları çalışmada, hipertansif hastaların daha anksiyeteli, huzursuz, kendini baskı altında hisseden, kendini

daha az kontrol edebilen kişiler oldukları, buna karşın hipertansif olmayanların ise daha az şüpheli oldukları ve kendilerini daha iyi kontrol edebildikleri ortaya konmuştur (13).

Herkesi memnun etmeye çalışan, herkes tarafından sevilme isteyen, ama iç dünyasında kızgınlık, gerginlik ve güvensizlik taşıyan kişilik özellikleri, psikolojik çatışmalar, yaşam değişiklikleri, sosyal durum, çevresel faktörler, diyet ve psiko-fizyolojik mekanizmaların esansiyel hipertansiyon etyolojisinde etkili olduğu ileri sürülmektedir (20).

Esansiyel hipertansiyonun ortaya çıkışında ya da seyrinin şiddetlenmesinde kişilik özelliklerinin, psikolojik çatışmaların ve yaşam değişikliklerinin, beslenme tarzının, sosyal konum ve çevresel etkenlerin, psiko-fizyolojik mekanizmaların katkısı olduğu bilinmektedir. Gergin, güvensiz, yarışmacı kişilik yapısına sahip olan kimselerde yaşamsal değişiklikler emosyonel durumu etkileyerek hipertansiyona zemin hazırlamaktadır (20). Psikolojik durumdaki değişiklikler kişilerin öfke düzeylerini ve ifadelerini etkilemekte ve baskılanan, ifade edilemeyen öfke de hipertansiyon ile sonuçlanabilmektedir (37).

Zorluklarla başa çıkma gibi stres yönetiminin kan basıncına etkisini inceleyen Webb ve ark (2006) stres yönetimini uygulayabilen bireylerde kan basıncının düştüğünü tespit etmişler ve bu çalışmaların daha geniş gruplara uygulanması ile başarılı sonuçlar elde edileceği sonucuna ulaşmışlardır (54).

2.3.3.PSİKOSOMATİK BİR HASTALIK OLARAK ESANSİYEL HİPERTANSİYON VE ÖFKE DUYGUSU İLİŞKİSİ

Kardiovasküler rahatsızlıklar ile psikiyatrik rahatsızlıkların birbirini karşılıklı olarak etkiledikleri çok eskiden beri bilinmektedir. Uzun süre ard arda gelen streslerin hipertansiyon, koroner kalp hastalığı gibi kardiovasküler

hastalıklara neden olduğu ya da hastalıkların gidişini şiddetlendirdiği bildirilmektedir (20).

Esansiyel hipertansiyon, psikosomatik tıpta en çok üzerinde durulan hastalıklardandır. Hipertansiyon, hem etyolojisinde emosyonel nedenlerin rol oynaması hem de seyri sırasında psikiyatrik semptomların ortaya çıkması nedeni ile dikkat çekicidir (5, 13, 46). Hipertansif olarak tanımlanan bireylerde depresyon ve anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuş ve hipertansiyonun yarattığı psikolojik sıkıntı nedeni ile günlük yaşamlarını sürdürmekte zorlandıkları gözlenmiştir (5).

Alexander (1939) (Aktaran Arsakay-2001) hipotezine göre esansiyel hipertansiyona yol açan etkenlerden biri de sempatik sinir sisteminin aşırı uyarılmasına neden olan ve hipertansiyonla sonuçlanan öfkenin inhibisyonu yani içte tutulmasıdır. Alexander, hipertansif hastanın psiko-dinamiklerini; agresif, düşmanca dürtüler ve pasif bağımlı eğilimler bağlamında tasvir etmiştir. Düşmanca dürtüler de zamanla kan basıncının kronik yükselmesine yol açmaktadır. Dimsdale (1989) erkeklerde kızgınlık ile sistolik kan basıncı artışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Spielberger (1980) ise, sürekli öfke seviyesini hipertansiyonlularda yüksek bulmuştur (5).

Boutelle ve ark (1987) (Aktaran Arsakay-2001) antihipertansif kullanan bireylerin kontrollere göre daha fazla otonomik uyarılmaya daha düşük öfkelenme eşiğine, öfke ve agresyon ifadesinden kaçınma ya da bunları ifade etmenin ardında daha fazla kendini suçlu hissetme eğilimine sahip olduklarını bulmuşlar ve bu bulgular için şu değerlendirmelerde bulunmuşlardır: Öfkenin tutulması ya da ifade edilmesi sonrasında duyulan suçluluk duygusu hipertansiyona neden olan otonomik uyarılmaya neden olur. Hipertansiyon hastalarının hipertansiyonları hakkında endişelenmeleri sonucu otonomik uyarılmalarının artması ve bu uyarılmayı azaltmak için öfkelerini tutmaları söz konusudur (5).

Antihipertansif kullanan bireylerin özgül kişilik özelliklerine ilişkin bazı araştırma ve gözlem sonuçları şu şekildedir: Alexander (1950) ve Dunbar (1954) (Aktaran Topçuoğlu-1998) antihipertansif kullanan bireylerde düşmanlık ve bağımlılık eğilimi üzerinde durmuşlar ve öfkenin gösterilememesi, dışa vurulamaması ile hipertansiyon arasında bir ilişki kurmuşlardır. Alexander'a (1950) göre hastaların hostile, agresif duygularına karşın sürdürdükleri mücadeleleri esansiyel hipertansiyonun çekirdeğini oluşturur (46).

Hipertansif bireyler hostile duygularını sürekli kontrol ederler ve başkalarına karşı otorite gösterme güçlükleri vardır. Disiplin kuramaz ve başkalarının işini üstlenirler. Aşırı sorumluluk ve doğruculuk duygusundan kin ve öfke geliştirmekte ve bunları daha şiddetli kontrol altına alma gereği ortaya çıkmaktadır (46). Literatürde hipertansif bireyler uysal, cana yakın, çevrenin onayını bekleyen, yumuşak başlı olmalarına rağmen daha derinde öfke taşıyan bireyler olarak tanımlanmaktadır (5, 46).

Hipertansif hastaların zihinden hesap yapma ve öfke ya da korkuya neden olmak üzere tasarlanmış deneysel durumlara hipertansiyonu olmayanlardan daha yüksek kalp hızı ve kan basıncı yanıtı verdikleri bildirilmiştir. Hipertansif hastalarla ilgili davranışsal çalışmalarda, hipertansiyon ile ifade edilen veya içselleştirilmiş öfke ya da düşmanlık arasındaki bağlantılar dikkat çekicidir (56).

Topçuoğlu'nun (1998) aktarımında olduğu gibi hipertansif hastalarda yoğun agresif dürtüler ile bağımlı eğilimler arasında bir çatışma vardır. Bu çatışma ve agresif duyguların bastırılması zaman içinde kan basıncında yükselme ile sonuçlanmaktadır. Antihipertansif kullanan bireylerin öfke duygusunu inhibe ettikleri, öfkelerini ifade etmekte güçlük çektikleri, tehdit edici uyarılardan kaçınarak veya bu durumları inkar ederek kendilerini korudukları bildirilmektedir (46).

Everson ve ark. 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 gözlenmiştir ve öfke iç puanı yüksek olanlar düşük olanlara göre hipertansiyon yönünden iki kat daha riskli bulunmuştur (23). Bir başka çalışmada da Thomas ve ark. (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 (44). Buna benzer çalışma sonuçlarına göre bastırılmış öfkenin hipertansiyonla sonuçlandığı gözlenmiştir. Hipertansiyon öfke ilişkisini saptamaya yönelik bu tür çalışmalar arttıkça iki durumun birbirine etkileri konusunda daha kapsamlı ve kanıt niteliğinde bilgiler elde edilebilecektir.

3-GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.ÖRNEKLEMİN OLUŞTURULMASI

Antihipertansif kullanan bireylerin öfke ve öfke duygusu ifadelerini ve bunu etkileyen etkenleri saptamak amacıyla, karşılaştırmalı ve tanımlayıcı olarak yapılan bu araştırma planlandığı dönemde araştırmanın evreni SSK eczanesinden bir yıllık dönemde antihipertansif almış olan hastalar olarak belirlenmiş ve örneklem bu evreni temsil edecek şekilde planlanmıştır. Ancak Şubat 2004'te SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na bağlanması ile eczane hizmetleri kaldırılmış, araştırmanın planlanan evreni ortadan kalkmıştır. Bu nedenle Eskişehir'de en yüksek kapasitede poliklinik hizmeti veren (53.585 kişi / yıl) 4 Nolu Merkez Şirintepe Sağlık Ocağı araştırmanın uygulama alanı olarak belirlenmiştir.

Mevcut kayıtların bir yılda hipertansiyon tanısı alan kişi sayısını (evreni) belirlemek için ulaşılabilir ve incelenebilir olmadığı görülmüştür. Bu nedenle, araştırmanın örneklemi, araştırmanın yapıldığı Aralık 2005-Şubat 2006 tarihleri arasında antihipertansif ilaç yazdırmak için sağlık ocağına başvuran 40-70 yaşları arasında olan ve anket formunu uygulamayı kabul eden 110 antihipertansif kullanan birey ve aynı tarihlerde, aynı yaş grubunda sağlık ocağına başvuran, hipertansiyon tanısı almamış ve anket formunu uygulamayı kabul eden 107 karşılaştırma grubu olmak üzere toplam 217 kişi oluşturmuştur.

3.2.VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmada antihipertansif kullanan bireylere ve karşılaştırma grubuna ilişkin tanıtıcı bilgilerin elde edilmesi için tanıtıcı özellikler formu ve öfke düzeylerini ölçmek için " Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) " Ölçeği kullanılmıştır.

3.2.1. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Literatür bilgilerini temel alarak araştırmacı tarafından geliştirilen; antihipertansif kullanan bireylerin ve karşılaştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerini, beslenme ve yaşam tarzlarını içeren 23 sorudan oluşan anket formu oluşturulmuştur.

3.2.2. SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ

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 (26, 34).

3.2.2.1. 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 şekli: "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 içe tutma ve 8 tanesi de öfke kontrol ile ilgilidir.

Öfkeyi içe 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 ölçeğinin puanlaması için genel gruptan elde edilen puanların aritmetik ortalaması bulunmuştur. Alınan puanın bu ortalama 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 (26, 34).

3.2.2.2. Geçerlik

SL-Öfke ve Öfke-Tarz ölçeklerinin Türkçe'ye çevrilme çalışması iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada, ölçek maddeleri doktora derecesi olan, Türkçe ve İngilizce dillerine eşdeğerde hakem 5 psikologa verilmiştir. Beş kişiden oluşan bu "hakem" grubunun, her bir madde üzerinde sergiledikleri benzerlikler ve farklılıklar incelendikten sonra, her bir maddenin İngilizce orijinalinin altına hakemlerden elde edilen seçenekler sıralanmıştır. Bu şekilde oluşturulan ölçekleri ikinci aşamada, yine her iki dile hakim 25 kişilik başka bir gruba verilmiştir. Grup üyelerinin her birinden İngilizce maddeyi okumaları ve Türkçe çeviri seçenekleri arasında, anlamı en iyi yansıtanı işaretlemeleri istenmiştir.

Çeviri seçenekleri arasında çoğunluk tarafından işaretlenen seçenek, söz konusu madde için Türkçe seçenek olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik çalışmaları ilk olarak Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Bu ilk çalışmada Özer SL-Öfke ve Öfke-Tarz ölçekleri, yapı kavram ve ölçütlere dayalı geçerliğini incelemek amacıyla depresif sıfatlar listesi (DSL), öfke envanteri (ÖE) ve kaygı (SL-Kaygı) envanteriyle birlikte üniversite, lise son,

hemşirelik meslek lisesi öğrencilerine, yöneticilere ve psikolojik danışma için başvurmuş “Nörotik” gruba uygulanmıştır.

Bu araştırmalarda sürekli öfke ölçeğinin benzer ölçekler geçerliği katsayısı DSL ile, 33 SL-Kaygı ile, 40 ve ÖE ile, 53 olduğu bulunmuştur. Spielberger ve arkadaşlarının (1988) bulgularına paralel olarak sürekli öfke ve öfkeyi dışa vurma ölçeklerinin korelasyonu oldukça yüksek çıkmıştır. Ayrıca bu iki ölçeğin öfkeyi kontrol etme ölçeği puanları ile oluşturdukları ters ve yüksek korelasyonlar beklenen doğrultudadır. Öfkeyi içte tutma ölçeğinin SL-KAYGI, DSL ve ÖE ile benzer ölçekler geçerlik katsayısı sırasıyla ,35, ,39 ve ,31 bulunmuştur. Ayrıca, Özer, Erer, Kocabaş ve Canberk (1993) tarafından yüksek tansiyon hastaları üzerinde yapılan bir başka çalışmada sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeklerinin yapı kavram ve ölçeklere dayalı geçerliği araştırılmış ve sürekli öfke ve öfkeyi dışa vurma ölçeklerinde manidar F oranları bulunmuştur (26, 34).

3.2.2.3. Güvenirlik

Aracın güvenirliği için ilk çalışmalar Spielberger ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Bu çalışmalarda bulunan alfa değerleri sürekli öfke için .82 ve .90 arasında, öfkeyi kontrol etme için .85, öfkeyi dışa vurma için .76 ve öfkeyi içte tutma için .74 olarak bulunmuştur. Ölçeğin ülkemizdeki güvenirlik çalışmaları Özer tarafından 1994 yılında yapılmış ve ölçek çeşitli örneklem gruplarına uygulanmış ve iç tutarlık katsayıları ile ilgili yapılan araştırmalarda Sürekli öfke ölçeğinin alfa değerleri .67 ile .92; öfkeyi kontrol etme ölçeğinin alfa değeri .80-.90; öfkeyi dışa vurma ölçeğinin alfa değeri .58-.76 arasında bulunmuştur (34).

Ölçeğin diğer bir güvenirlik çalışması da Kısaç (1997) tarafından yapılmıştır. “Testin Tekrarı” yöntemine göre yapılan bu güvenirlik çalışmasında, araç dört hafta arayla aynı örneklem grubuna iki defa uygulanmıştır. Her iki

uygulamadan elde edilen sonuçlar arasındaki ilişkinin derecesi Pearson Korelasyon yöntemine göre analiz edilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda sürekli öfke alt ölçeğinin güvenirlik katsayısı .72, öfke ifade biçimiyle ilgili alt ölçeklerden öfke-dışa alt ölçeğinin güvenirlik katsayısı .72, öfke-içe alt ölçeğinin .76 ve öfke-kontrol ölçeğinin .76 bulunmuştur (26).

3.3. TANITICI ÖZELLİKLER FORMU VE SÜREKLİ ÖFKE ve ÖFKE İFADE DÜZEYİ ÖLÇEĞİNİN UYGULANMASI

Araştırmaya başlamadan önce Tanıtıcı Özellikler Formu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinin uygulanacağı 4 No'lu Merkez Şirintepe Sağlık Ocağı ile resmi yazışma yapılmış, yüz yüze görüşülerek araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve bu çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır.

Tanıtıcı Özellikler Formu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinin uygulaması Aralık 2005-Şubat 2006 tarihleri arasında araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Örneklem grubuna alınan ve anket uygulamayı kabul eden antihipertansif kullanan bireylere ve karşılaştırma grubuna anket uygulaması araştırmacı tarafından tek tek sorular yöneltilerek cevaplandırılmıştır.

3.4.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ölçekten elde edilen puanların aritmetik ortalaması ,standart sapmaları ve istatistiksel analizleri bilgisayarda SPSS for Windows 13.0 paket programı kullanılarak hesaplanmıştır. Güvenirlik analizi uygulanmış, frekans ve yüzde hesapları yapılmıştır. Kikare, "t" testi, Varyans Analizi ve POST HOC Tukey testleri kullanılmıştır. Bağımsız iki örnek "t" testi, ikiden fazla gruplarda "Tek yönlü Varyans Analizi" testi kullanılmış,Tek yönlü Varyans Analizi sonucunun anlamlı olması durumunda, hangi gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğunun belirlenmesi için de "POST HOC Tukey " testi kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Çalışmanın yapıldığı Eskişehir 4 Nolu Merkez Şirintepe Sağlık Ocağı'ndan seçilen 110 Antihipertansif kullanan birey ve 107 Karşılaştırma grubunun, toplam (N=217) “Kişisel Bilgi Formu” ve “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeyi Ölçeği” nden toplanan verilerin istatistiksel analizlerinin sonuçları ile elde edilen bulgular verilmiştir.

Tablo 1. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Antihipertansif Kullanan Bireyler		Karşılaştırma Grubu	
Yaş	n	%	n	%
40-50	17	15,5	16	14,9
51-60	32	29,0	46	43,0
61-70	61	55,5	45	42,1
Toplam	110	100	107	100
Cinsiyet				
Kadın	76	69,1	55	51,4
Erkek	34	30,9	52	48,6
Toplam	110	100	107	100
Medeni Durum				
Evli	78	70,9	90	84,1
Boşanmış-Eşini Kaybetmiş	32	29,1	17	15,9
Toplam	110	100	107	100
Eğitim Durumu				
Okuryazar Değil	11	10,0	5	4,7
Okuryazar	23	20,9	18	16,8
İlkokul	45	40,9	50	46,7
Ortaokul	17	15,5	17	15,9
Lise ve Üzeri	14	12,7	17	15,9
Toplam	110	100	107	100
Görev				
Küçük Esnaf	8	7,3	7	6,5
Emekli (işçi-memur)	29	26,4	43	40,2
Ev Hanımı	61	55,5	43	40,2
Diğer	12	10,9	14	13,1
Toplam	110	100	107	100
Gelir Düzeyi				
Ortanın Üstü	6	5,5	1	0,9
Orta Düzey	67	60,9	58	54,2
Düşük Düzey	32	29,1	48	44,9
Çok Düşük Düzey	5	4,5	-	-
Toplam	110	100	107	100
Çocuk Sayısı				
Yok	5	4,5	3	2,8
1 Çocuk	10	9,1	3	2,8
2 Çocuk	30	27,3	39	36,4
3 Çocuk	40	36,4	45	42,1
4 Çocuk	22	20,0	17	15,9
5 Çocuk	3	2,7	-	-
Toplam	110	100	107	100

Tablo 1’de incelenen sosyodemografik özelliklere göre; antihipertansif kullanan bireylerin ve karşılaştırma grubunun tamamı 40-70 yaş grubu arasındadır ve 10’arlı yaş dilimlerine ayrılarak inceleme yapılmıştır. Antihipertansif kullanan bireylerin % 15,5’i, karşılaştırma grubunun ise % 14,9’u 40-50 yaş grubundadır, 51-60 yaş grubunda olan antihipertansif kullanan bireyler % 29,0, karşılaştırma grubu ise % 43,0 ‘dır. Antihipertansif kullanan bireylerin % 55,5’i, karşılaştırma grubunun ise % 42,1’i 61-70 yaş grubunu oluşturmaktadır.

Antihipertansif kullanan bireylerin % 69,1’i kadın, % 30,9’u da erkeklerden oluşmaktadır. Karşılaştırma grubunun % 51,4’ü kadın, % 48,6’sı da erkektir.

Evli antihipertansif kullanan bireyler % 70,9, boşanmış ve eşini kaybetmiş olanlar ise % 29,1’dir. Karşılaştırma grubunun % 84,1’i evliken, % 15,9’u boşanmış ve eşini kaybetmiş durumdadır.

Eğitim durumuna baktığımızda okuryazar olmayan antihipertansif kullanan bireyler % 10,0, karşılaştırma grubu ise % 4,7’dir. İlkokul mezunları antihipertansif kullanan bireylerde % 40,9, karşılaştırma grubunda % 46,7 ile en fazla oranı oluşturmaktadır. Lise ve üzeri eğitim alanlar ise % 12,7 ile antihipertansif kullanan bireylerden, % 15,9 ile de karşılaştırma grubundan oluşmaktadır.

Antihipertansif kullanan bireylerin % 55,5 gibi büyük bir kısmı ev hanımlarından oluşurken, karşılaştırma grubunun % 40,2’si ev hanımıdır. Emeklilerin oranı da antihipertansif kullanan bireylerde % 26,4, karşılaştırma grubunda ise % 40,2 oranındadır.

Gelir düzeyinde ise her iki grupta da orta düzeyde olanların oranı fazladır. Antihipertansif kullanan bireylerde % 60,9, karşılaştırma grubunda

ise % 54,2'dir. Çocuk sayısında ise her iki grupta da 3 çocuklular en yüksek orandadır, antihipertansif kullanan bireylerde % 36,4, karşılaştırma grubunda da % 42,1'dir.

Tablo 2. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Hipertansiyon İlacı Kullanma Sürelerine Göre Dağılımı

		1 yıldan az	1-2 yıl	3-5 yıl	6-10 yıl	10 yıl üzeri	Toplam
Kadın	n	8	7	19	22	20	76
	%	10,52	9,21	25,0	28,94	26,31	100
Erkek	n	0	2	13	13	6	34
	%	-	5,88	38,23	38,23	17,64	100
Toplam	n	8	9	32	35	26	110
	%	7,27	8,18	29,09	31,81	23,63	100

Tablo 2'de antihipertansif kullanan bireylerin ilaç kullanma süreleri verilmiştir. En fazla hasta sayısının hipertansiyon ilacı kullanma süresi 6-10 yıl arasında olan grupta olduğu görülmektedir. En az hasta sayısı ise 1 yıldan az süredir ilaç kullanan gruptadır.

Tablo 3. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Hastalığın Teşhis Edildiği Dönemde Stresörle Karşılaşma Durumlarına Göre Dağılımı

		EVET	HAYIR
Kadın	n	48	28
(n=76)	%	63,16	36,84
Erkek	n	26	8
(n=34)	%	76,47	23,53
Toplam	n	74	36
	%	67,28	32,72

Tablo 3'te hastalığın teşhis edildiği dönemde stresörle karşılaşma durumuna kadınlar % 63,16 oranında evet, % 36,84 oranında hayır cevabını vermişler. Erkekler ise % 76,47 oranında evet, % 23,53 oranında hayır cevabını vermişlerdir.

Tablo 4. Antihipertansif Kullanan Bireylerde Düzenli İlaç Kullanmaya Rağmen Kan Basıncında Değişiklik Olma Durumlarına Göre Dağılımı

		EVET	HAYIR
Kadın (n=76)	n	69	7
	%	90,79	9,21
Erkek (n=34)	n	28	6
	%	82,35	17,65
Toplam	n	97	13
	%	88,18	11,82

Tablo 4'te kadın antihipertansif kullanan bireylerin % 90,79'u, erkek antihipertansif kullanan bireylerin % 82,35'i ilaç kullanmalarına rağmen duygusal durumlarındaki değişimlere bağlı olarak kan basınçlarında değişiklik olduğunu bildirmişlerdir.

Tablo 5. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Gruplarının Kendilerini Tanımlama Durumlarına Göre Dağılımı

Kendini Tanımlayan Özellikler	Antihipertansif Kullanan Bireyler (110)		Karşılaştırma Grubu (107)	
	n	%	n	%
Sakin	43	39,1	60	56,1
Çabuk sinirlenip parlayan	42	38,2	22	20,6
İçine kapanık	35	31,8	23	21,5
Sık sık tartışmaya giren	21	19,1	9	8,4
Açık sözlü	49	44,5	55	51,4
Sorunları konuşarak çözmeye çalışan	24	21,8	36	33,6
Sorunları önemsemeyen	9	8,2	7	6,5
Açık tepki vermeyip içine atan	31	28,2	19	17,8
Eleştirilmekten rahatsız olan	47	42,7	32	29,9
Toplam	301*		263*	

*** Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlanmıştır.**

Tablo 5'te bireylerin kendilerini tanımlama durumlarına bakıldığında; antihipertansif kullanan bireylerin en fazla işaretledikleri seçenekler sırayla; açık sözlü (% 44,5), eleştirilmekten rahatsız olan (% 42,7), sakin (% 39,1), çabuk sinirlenip parlayan (% 38,2), içine kapanık (% 31,8), açık tepki vermeyip içine atan (% 28,2), sorunları konuşarak çözmeye çalışan (% 21,8), sık sık tartışmaya giren (% 19,1) ve sorunları önemsemeyen (% 8,2) şeklindedir.

Karşılaştırma grubundaki bireylerin kendilerini tanımlamalarına baktığımızda ise en fazla işaretlenen seçenekler sırayla; sakin (% 56,1), açık sözlü (% 51,4), sorunları konuşarak çözmeye çalışan (% 33,6), eleştirilmekten rahatsız olan (% 29,9), içine kapanık (% 21,5), çabuk sinirlenip parlayan (%

20,6), açık tepki vermeyip içine atan (% 17,8), sık sık tartışmaya giren (% 8,4) ve sorunları önemsemeyen (% 6,5) şeklindedir.

Tablo 6.Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubunun Öfkeli olduklarında Fiziksel Rahatsızlık Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

		EVET	HAYIR
Antihipertansif Kullanan Bireyler (n=110)	n	90	20
	%	81,81	18,19
Karşılaştırma Grubu (n=107)	n	81	26
	%	75,70	24,30
Toplam (n=217)	n	171	46
	%	78,80	21,20

Tablo 6'da öfke anında fiziksel rahatsızlık yaşama durumu değerlendirildiğinde; antihipertansif kullanan bireyler % 81,81 oranında evet cevabını verirken, karşılaştırma grubu % 75,70 oranında evet cevabını vermiştir.

Tablo 7. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubunun Öfkeli olduklarında Öncelikle Başvurdıkları Davranışların Dağılımı

Davranışlar	Antihipertansif Kullanan Bireyler (110)		Karşılaştırma Grubu (107)	
	n	%	n	%
Öfkemi kontrol etmeye çalışırım	16	14,5	29	27,1
Bağırırım, kavga ederim	21	19,1	14	13,1
Ortamdan uzaklaşıp, yalnız kalırım	17	15,5	21	19,6
Kimse ile konuşmam surat asarım	19	17,3	13	12,1
Ağlayıp, sigara içerim, ilaç alırım	19	17,3	1	0,9
Duş alıp, uyurum	-	-	1	0,9
Sorunu çözmeye çalışırım	10	9,1	16	15,0
Öfkenin sebebini bulmaya çalışırım	1	0,9	7	6,5
Yakın arkadaşlarımla paylaşıyorum	4	3,6	5	4,7
Danışmanlık/ destek alırım	-	-	-	-
Diğer *	3	2,7	-	-
Toplam	110	100	107	100

*** Diğer (Dua ederim, çocuklarımla konuşurum gibi).**

Tablo 7’de antihipertansif kullanan bireylerin öfkeli olduklarında en fazla yaptıkları davranışlar sırasıyla; bağırırım, kavga ederim (% 19,1), kimse ile konuşmam surat asarım (% 17,3), ağlayıp, sigara içerim, sakinleştirici alırım (% 17,3), ortamdan uzaklaşıp, yalnız kalırım, düşünürüm (% 15,5), öfkemi kontrol etmeye çalışırım (% 14,5), öfkeli olduğum kişi ile konuşup, sorunu çözmeye çalışırım (% 9,1), yakın arkadaşlarımla paylaşıyorum (% 3,6), diğer (% 2,7), öfkenin sebebini bulmaya çalışırım (% 0,9), duş alırım, elimi yüzümü yıkar, uyurum (% 0), danışmanlık/ destek alırım (% 0) şeklindedir.

Karşılaştırma grubundaki bireylerin öfkelendiklerinde en fazla yaptıkları davranışlar ise sırasıyla; öfkemi kontrol etmeye çalışırım (% 27,1), ortamdan uzaklaşıp (% 19,6), öfkelendiğim kişi ile konuşup, sorunu çözmeye çalışırım (% 15,0), bağırırım, kavga ederim (% 13,1), kimse ile konuşmam surat asarım (% 12,1), öfkenin sebebini bulmaya çalışırım (% 6,5), yakın arkadaşlarımla paylaşıyorum (% 4,7), ağlayıp, sigara içerim, sakinleştirici alırım (% 0,9), duş alırım, elimi yüzümü yıkar, uyurum (% 0,9), danışmanlık/ destek alırım (% 0), diğer (% 0) şeklindedir.

Tablo 8. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubundaki Bireylerin Ailelerinin Tutumlarına Göre Dağılımı

Aile Tutumu	Antihipertansif Kullanan Bireyler (110)		Karşılaştırma Grubu (107)	
	n	%	n	%
Otoriter	21	19,1	18	16,8
Adaletli	7	6,4	10	9,3
Aşırı koruyucu	7	6,4	10	9,3
Hoşgörülü	49	44,5	50	46,7
İlgisiz	26	23,6	19	17,8
Toplam	110	100	107	100

Tablo 8’de ailenizin size karşı tutumu nasıldır, sorusuna her iki grupta da en fazla işaretlenen seçenek; antihipertansif kullanan bireylerde % 44,5, karşılaştırma grubunda da % 46,7 ile hoşgörülü seçeneğidir. En az işaretlenen seçenekler ise; antihipertansif kullanan bireylerde % 6,4, karşılaştırma grubunda da % 9,3 ile adaletli ve aşırı koruyucu seçenekleridir.

Tablo 9. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubundaki Bireylerin Yaşam Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

Alışkanlıklar	Antihipertansif Kullanan Bireyler		Karşılaştırma Grubu	
	n	%	n	%
Tuz Tüketimi				
Tuzsuz	18	16,4	7	6,5
Az tuzlu	67	60,9	52	48,6
Tuzlu	25	22,7	48	44,9
Toplam	110	100	107	100
Kahvaltı Alışkanlığı				
Mutlaka yaparım	97	88,2	96	89,7
Bazen yaparım	12	10,9	11	10,3
Yapmam	1	0,9	–	–
Toplam	110	100	107	100
Öğle Yemeği				
Düzenli	64	58,2	48	44,9
Atıştırma şeklinde	37	33,6	40	37,4
Yemem	9	8,2	19	17,7
Toplam	110	100	107	100
Akşam Yemeği				
Düzenli	106	96,4	104	97,2
Atıştırma şeklinde	3	2,7	2	1,9
Yemem	1	0,9	1	0,9
Toplam	110	100	107	100
Günlük Sıvı Alımı				
1 lt'den az	31	28,2	18	16,8
1-2 lt	45	40,9	43	40,2
2-3 lt	23	20,9	25	23,4
3lt ve üzeri	11	10,0	21	19,6
Toplam	110	100	107	100
Egzersiz Alışkanlığı				
30 dk.-1 saat yürüyüş	25	22,7	26	24,3
Arasıra yürüyüş	54	49,1	56	52,3
Düzenli spor	–	–	1	0,9
Diğer	31	28,2	24	22,4
Toplam	110	100	107	100

Tablo 9’da antihipertansif kullananlar ve karşılaştırma grubundaki bireylerin yaşam değişiklikleri değerlendirilmiş ve tuz tüketimi dışında benzer olan şu bulgulara ulaşılmıştır;

Tuz tüketimi yönünden değerlendirildiğinde az tuzlu yiyenler antihipertansif kullanan grupta % 60,9, karşılaştırma grubunda ise % 48,6’dır. Tuzlu yiyenler ise antihipertansif kullanan grupta % 22,7, karşılaştırma grubunda % 44,9’dur.

Kahvaltı alışkanlığı yönünden yapılan değerlendirmede; antihipertansif kullanan bireylerde % 88,2, karşılaştırma grubunda ise % 89,7 oranı ile mutlaka kahvaltı yaparım seçeneği işaretlenmiştir.

Antihipertansif kullanan grupta % 58,2, karşılaştırma grubunda ise % 44,9 ile düzenli öğle yemeği yiyenlerin oranı en fazla bulunmuştur. Akşam yemeği alışkanlığı ise antihipertansif kullanan bireylerde % 96,4, karşılaştırma grubunda % 97,2 oranında düzenlidir.

Günlük sıvı alımına baktığımızda antihipertansif kullanan bireylerde % 40,9, karşılaştırma grubunda % 40,2 oranları ile her iki grupta da en fazla işaretlenen seçeneğin 1-2 litre arasında olduğu görülmüştür.

Egzersiz alışkanlığı ise her iki grupta da arasıra yürüyüş yaparım seçeneğinde yoğunlaşmıştır.

Tablo 10. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubundaki Bireylerin Eğlence Alışkanlıkları Yönünden Değerlendirilmesi

Eğlence Alışkanlığı	Antihipertansif Kullanan Bireyler (110)		Karşılaştırma Grubu (107)	
	n	%	n	%
Komşu akraba ziyareti	53	48,2	38	35,5
Piknik	10	9,1	7	6,5
Parkta çarşıda gezme	33	30,0	47	43,9
Çaybahçesine gitme	14	12,7	12	11,2
Yemeğe gitme	7	6,4	5	4,7
Sinema	—	—	—	—
Evde sinema izleme	35	31,8	26	24,3
Diğer *	45	40,9	58	54,2
Toplam	197 **		193 **	

*** Kahveye gitmek, Elişi yapmak, Tv. Seyretmek, Yürüyüş, Bahçe işleri.**

**** Birden fazla seçenek işaretlendiği için n katlanmıştır.**

Tablo 10'da antihipertansif kullanan ve karşılaştırma grubundaki bireylerin eğlence alışkanlıkları yönünden değerlendirilmesinde genelde benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Her iki grupta da en fazla işaretlenen seçenek; kahveye gitmek, elişi yapmak, tv. seyretmek, yürüyüş, bahçe işleriyle uğraşmak alt başlıklarından oluşan diğer seçeneğidir. Hiç işaretlenmeyen seçenek ise her iki grupta da sinemaya gitmek seçeneğidir. En az işaretlenen seçenekler ise; yemeğe gitmek ve pikniğe gitmek şeklindedir.

Tablo 11. Antihipertansif Kullanan Bireylerin ve Karşılaştırma Grubundaki Bireylerin Uyku Alışkanlıkları Yönünden Değerlendirilmesi

Uyku Alışkanlığı	Antihipertansif Kullanan Bireyler (110)		Karşılaştırma Grubu (107)	
	n	%	n	%
Uykuya kolay d alamam	15	13,6	11	10,3
Uyumak isterim, çok erken uyanırım	21	19,1	14	12,9
Gece sık sık uyanırım	19	17,3	14	12,9
Sık rüya, hatta kabus görürüm	2	1,8	1	0,9
5 saat civarında uyurum,	5	4,5	3	2,8
6-8 saat uyurum	29	26,4	44	41,5
8-10 saat uyurum	17	15,5	16	15,0
10 saatten fazla uyurum	2	1,8	4	3,7
Toplam	110	100	107	100

Tablo 11’de antihipertansif kullanan ve karşılaştırma grubundaki bireyler uyku alışkanlıkları yönünden değerlendirilmiş ve şu bulgulara ulaşılmıştır; Her iki grupta da karşılaştırma grubunda daha fazla olmak üzere, en fazla işaretlenen seçenek 6-8 saat uyurum seçeneğidir. Antihipertansif kullanan bireyler % 26,4, kontroller ise % 41,5 şeklindedir. Antihipertansif kullanan bireyler en fazla işaretlenen ikinci seçenek ise % 19,1 oranı ile uyumak istediğim halde çok erken uyanırımdır. Karşılaştırma grubunda ise ikinci sırada % 15,0 ile 8-10 saat uyurum seçeneği işaretlenmiştir. En az işaretlenen seçenekler; antihipertansif kullanan bireylerde % 1,8 ile sık rüya hatta kabus görürüm ile 10 saatten fazla uyurum seçenekleridir. Karşılaştırma grubunda ise % 0,9 ile sık rüya hatta kabus görürüm ve 5 saat civarında uyurum seçenekleridir.

Tablo 12. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Gruplar	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Sürekli Öfke	Antihipertansif Kul.Bireyler	110	19,99	± 6,02	3,158	,002**
	Karşılaştırma Grubu	107	17,68	± 4,67		
Öfke Kontrol	Antihipertansif Kul.Bireyler	110	22,41	± 5,12	-1,548	,123
	Karşılaştırma Grubu	107	23,49	± 5,12		
Öfke Dışta	Antihipertansif Kul.Bireyler	110	14,00	± 4,42	1,085	,279
	Karşılaştırma Grubu	107	13,41	± 3,52		
Öfke İçte	Antihipertansif Kul.Bireyler	110	15,29	± 3,85	6,943	,000***
	Karşılaştırma Grubu	107	11,79	± 3,55		

Tablo 12’de antihipertansif kullanan bireylerin sürekli öfke düzeyi ($\bar{x}=19,99$) bulunmuştur. Karşılaştırma grubunun sürekli öfke düzeyi ise ($\bar{x}=17,68$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) .

Antihipertansif kullanan bireylerin öfke kontrol puanı ($\bar{x}=22,41$) ve karşılaştırma grubunun öfke kontrol puanı ($\bar{x}=23,49$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12). Antihipertansif kullanan bireylerin öfke dışta tutma puanı ($\bar{x}=14,00$), karşılaştırma grubunun öfke dışta tutma puanı ise ($\bar{x}=13,41$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 12).

Antihipertansif kullanan bireylerin öfke içte tutma puanı ($\bar{x}=15,29$), karşılaştırma grubunun öfke içte tutma puanı ($\bar{x}=11,79$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13. Antihipertansif Kullanan Erkeklerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Gruplar	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Sürekli Öfke	Antihipertansif Kullanan E.	34	21,26	± 6,63	1,957	,055
	Karşılaştırma Grup E.	52	18,69	± 4,73		
Öfke Kontrol	Antihipertansif Kullanan E.	34	20,11	± 6,20	-1,357	,179
	Karşılaştırma Grup E.	52	21,80	± 5,25		
Öfke Dışta	Antihipertansif Kullanan E.	34	15,55	± 4,72	0,857	,395
	Karşılaştırma Grup E.	52	14,75	± 3,49		
Öfke İçte	Antihipertansif Kullanan E.	34	13,64	± 4,38	3,273	,002**
	Karşılaştırma Grup E.	52	10,76	± 3,27		

Tablo 13'te cinsiyetler göz önüne alınarak yapılan değerlendirmede; antihipertansif kullanan erkeklerde sürekli öfke puan ortalaması ($\bar{x}=21,26$) bulunurken, karşılaştırma grubundaki erkeklerde ($\bar{x}=18,69$) bulunmuştur. Öfke kontrol puan ortalaması antihipertansif kullanan erkeklerde ($\bar{x}=20,11$) bulunurken, karşılaştırma grubundaki erkeklerde ($\bar{x}=21,80$) bulunmuştur. Öfke dışta tutma puan ortalaması ise antihipertansif kullanan erkeklerde ($\bar{x}=15,55$), karşılaştırma grubundaki erkeklerde ise ($\bar{x}=14,75$) bulunmuştur. Sürekli öfke, öfke kontrol ve öfke dışta puan ortalamalarında gruplar arasında istatistiksel yönden anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) .

Antihipertansif kullanan erkeklerde öfke içte puan ortalaması ($\bar{x}=13,64$) bulunurken, karşılaştırma grubundaki erkeklerde ise ($\bar{x}=10,76$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14. Antihipertansif Kullanan Kadınların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Gruplar	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Sürekli Öfke	Antihipertansif Kullanan K.	76	19,42	± 5,68	2,924	,004**
	Karşılaştırma Grup K.	55	16,72	± 4,44		
Öfke Kontrol	Antihipertansif Kullanan K.	76	23,44	± 4,21	-2,145	,034*
	Karşılaştırma Grup K.	55	25,09	± 4,48		
Öfke Dışta	Antihipertansif Kullanan K.	76	13,30	± 4,13	1,753	,082
	Karşılaştırma Grup K.	55	12,14	± 3,08		
Öfke İçte	Antihipertansif Kullanan K.	76	16,02	± 3,37	5,331	,000***
	Karşılaştırma Grup K.	55	12,76	± 3,56		

Tablo 14'te antihipertansif kullanan kadınlarda sürekli öfke puan ortalaması ($\bar{x}=19,42$) bulunurken, karşılaştırma grubundaki kadınlarda ($\bar{x}=16,72$) bulunmuştur. Antihipertansif kullanan kadınlarda öfke kontrol puan ortalaması ($\bar{x}=23,44$) bulunurken, karşılaştırma grubundaki kadınlarda ($\bar{x}=25,09$) bulunmuştur. Antihipertansif kullanan kadınlarda öfke içte puan ortalaması ($\bar{x}=16,02$) bulunurken, karşılaştırma grubundaki kadınlarda ($\bar{x}=12,76$) bulunmuştur. Sürekli öfke, öfke kontrol ve öfke içte puan ortalamalarının dağılımında gruplar arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) .

Antihipertansif kullanan kadınlarda öfke dışta puan ortalaması ($\bar{x}=13,30$), karşılaştırma grubundaki kadınlarda ise ($\bar{x}=12,14$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15. Antihipertansif Kullanan Kadın ve Erkeklerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarına Göre Dağılımı

	Gruplar	n	$\bar{x}$	SS	t	p
Sürekli Öfke	Antihipertansif Kullanan E.	34	21,26	± 6,63	1,405	,166
	Antihipertansif Kullanan K.	76	19,42	± 5,68		
Öfke Kontrol	Antihipertansif Kullanan E.	34	20,11	± 6,20	-2,850	,006**
	Antihipertansif Kullanan K.	76	23,44	± 4,21		
Öfke Dışta	Antihipertansif Kullanan E.	34	15,15	± 4,72	2,531	,013*
	Antihipertansif Kullanan K.	76	13,30	± 4,13		
Öfke İçte	Antihipertansif Kullanan E.	34	13,64	± 4,38	-2,811	,007**
	Antihipertansif Kullanan K.	76	16,02	± 3,37		

Tablo 15'te antihipertansif kullanan erkeklerde sürekli öfke puan ortalaması ($\bar{x}=21,26$) bulunurken, antihipertansif kullanan kadınlarda ($\bar{x}=19,42$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Antihipertansif kullanan erkeklerde öfke kontrol puan ortalaması ($\bar{x}=20,11$) bulunurken, antihipertansif kullanan kadınlarda ($\bar{x}=23,44$) bulunmuştur. Antihipertansif kullanan erkeklerde öfke dışı puan ortalaması ($\bar{x}=15,15$) bulunurken, antihipertansif kullanan kadınlarda ($\bar{x}=13,30$) bulunmuştur. Antihipertansif kullanan erkeklerde öfke iç puan ortalaması ($\bar{x}=13,64$) bulunurken, antihipertansif kullanan kadınlarda ($\bar{x}=16,02$) bulunmuştur. Öfke kontrol, öfke dışı ve öfke iç puan ortalamalarının dağılımında gruplar arasındaki fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Yaş Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	DEĞİŞKEN- LER	YAŞ DURUMU						F	P
		40-50 (n=17)		51-60 (n=32)		61-70 (n=61)			
		$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS		
Antihiper- tansif Kullanan Bireyler (n=110)	Sürekli Öfke	21,35 ± 4,13		21,56 ± 6,67		18,78 ± 5,92		2,832	,063
	GENEL ÖFKE İFADE BİÇİMİ								
	Öfke-İçe	16,47 ± 3,41		14,62 ± 4,31		15,31 ± 3,69		1,279	,283
	Öfke-Dışa	14,82 ± 4,21		15,03 ± 4,58		13,22 ± 4,31		2,130	,124
	Öfke-Kontrol	21,00 ± 4,75		20,53 ± 5,23		23,80 ± 4,80		5,461	,006**
		YAŞ DURUMU							
		40-50 (n=16)		51-60 (n=46)		61-70 (n=45)			
Karşılaştı- r- ma Grubu (n=107)	Sürekli Öfke	20,56 ± 4,87		17,80 ± 4,61		16,53 ± 4,28		4,724	,011*
	GENEL ÖFKE İFADE BİÇİMİ								
	Öfke-İçe	13,43 ± 5,29		11,43 ± 3,09		11,57 ± 3,15		2,066	,132
	Öfke-Dışa	14,06 ± 3,83		13,04 ± 3,53		13,55 ± 3,44		0,556	,575
	Öfke-Kontrol	21,25 ± 5,90		23,84 ± 4,29		23,93 ± 5,50		1,838	,164

Tablo 16'da antihipertansif kullanan bireylerin oluşturduğu grupta yaşa göre sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Antihipertansif kullanan grupta yaşa göre öfke kontrol karşılaştırmasında 51-60 yaş grubunun ortalaması ($\bar{x}=20,53$) bulunurken, 61-70 yaş grubunun ortalaması da ($\bar{x}=23,80$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 16).

Karşılaştırma grubunda yaşa göre öfke içe, öfke dışa, öfke kontrol puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 16).

Karşılaştırma grubunda yaşa göre sürekli öfke karşılaştırmasında 40-50 yaş grubunun ortalaması ($\bar{x}=20,56$) bulunurken, 61-70 yaş grubunun

ortalaması da ($\bar{x}=16,53$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Medeni Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı

GRUPLAR	DEĞİŞKENLER	MEDENİ DURUM		t	P
		Evli (n=78)	Boşanmış-Eşini kaybetmiş (n=32)		
		$\bar{x}$ SS	$\bar{x}$ SS		
Antihipertansif Kullanan Bireyler (n=110)	Sürekli öfke	20,37 ± 5,84	19,06 ± 6,45	1,035	,303
	GENEL ÖFKE İFADE BİÇİMİ				
	Öfke-iç	15,20 ± 3,79	15,50 ± 4,07	-0,363	,718
	Öfke-dış	14,16 ± 4,20	13,59 ± 4,98	0,615	,540
	Öfke-kontrol	22,46 ± 4,94	22,31 ± 5,62	0,138	,891
Karşılaştırma Grubu (n=107)	MEDENİ DURUM				
		Evli (n=90)	Boşanmış-Eşini kaybetmiş (n=17)		
	Sürekli öfke	17,94 ± 4,72	16,29 ± 4,22	1,340	,183
	GENEL ÖFKE İFADE BİÇİMİ				
	Öfke-iç	12,07 ± 3,73	10,29 ± 1,86	2,977	,005**
	Öfke-dış	13,61 ± 3,63	12,35 ± 2,71	1,355	,178
	Öfke-kontrol	23,48 ± 5,13	23,52 ± 5,19	-0,030	,976

Tablo 17’de antihipertansif kullanan bireylerin oluşturduğu grupta medeni durum ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) .

Karşılaştırma grubunda evlilerin öfke içe puan ortalaması ($\bar{x}=12,07$) bulunurken, boşanmış ve eşini kaybetmiş olanların puan ortalaması ($\bar{x}=10,29$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 17).

Karşılaştırma grubunda medeni durum ile sürekli öfke, öfke dışı ve öfke kontrol puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Görev Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKENLER	GÖREV DURUMU (ANTİHIPERTANSİF KULANAN GRUP n=110)								F	P
	1 (n= 8)	2 (n=29)	3 (n=61)	4 (n=12)						
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS		
Sürekli Öfke	19,62 ± 6,04		20,75 ± 6,26		19,50 ± 6,04		20,83 ± 5,81		0,369	,776
GENEL ÖFKE İFADE BİÇİMİ										
Öfke-İç	14,87 ± 2,16		13,48 ± 3,86		16,34 ± 3,38		14,58 ± 5,35		4,132	,008**
Öfke-Dış	13,00 ± 4,10		15,58 ± 4,69		13,24 ± 4,09		14,66 ± 4,97		2,122	,102
Öfke-Kontrol	21,62 ± 3,99		21,10 ± 5,78		23,78 ± 3,97		19,16 ± 7,18		4,079	,009**
GÖREV DURUMU (KARŞILAŞTIRMA GRUBU n=107)										
	1 (n= 7)	2 (n=43)	3 (n=43)	4 (n=14)						
Sürekli Öfke	17,85 ± 2,19	19,06 ± 4,87	16,39 ± 4,78	17,28 ± 3,62	2,488				,065	
GENEL ÖFKE İFADE BİÇİMİ										
Öfke-İç	9,85 ± 2,67	11,04 ± 3,33	12,79 ± 3,82	12,00 ± 3,08	2,575				,058	
Öfke-Dış	13,85 ± 3,13	14,58 ± 3,61	11,93 ± 3,21	14,14 ± 2,98	4,814				,004**	
Öfke-Kontrol	23,85 ± 6,25	21,86 ± 4,82	25,76 ± 4,41	21,35 ± 5,16	5,795				,001**	

1: Küçük Esnaf, 2: Emekli, 3: Ev Hanımı, 4: Diğer (Taksi şoförü, çocuk bakıcılığı, ayakkabı tamircisi gibi)

Tablo 18’de antihipertansif kullanan bireylerin oluşturduğu grupta görev durum ile sürekli öfke ve öfke dışı puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Antihipertansif kullanan bireylerin oluşturduğu grupta emeklilerin öfke iç puan ortalaması ($\bar{x}=13,48$) bulunurken ev hanımlarının puan ortalaması ($\bar{x}=16,34$) bulunmuştur ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 17). Antihipertansif kullanan grupta ev hanımlarının öfke kontrol puan ortalaması ($\bar{x}=23,78$) bulunurken, diğer grubunun puan

ortalaması ($\bar{x}=19,16$) bulunmuş ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 18).

Karşılaştırma grubunda görev durum ile sürekli öfke ve öfke iç puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Karşılaştırma grubunda emeklilerin öfke dış puan ortalaması ($\bar{x}=14,58$) bulunurken ev hanımlarının puan ortalaması ($\bar{x}=11,93$) bulunmuştur ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 17). Karşılaştırma grubunda emeklilerin öfke kontrol puan ortalaması ($\bar{x}=21,86$) bulunurken ev hanımlarının puan ortalaması ($\bar{x}=25,76$) bulunmuştur ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 18).

Tablo 19. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Eğitim Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı

DEĞİŞKENLER	EĞİTİM DURUMU (Antihipertansif Kullananlar n=110)										F	P
	1 (n=11)		2 (n=23)		3 (n=45)		4 (n=17)		5(n=14)			
	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS	$\bar{x}$	SS		
Sürekli Öfke	20,54 ± 8,60		20,52 ± 7,78		19,20 ± 5,05		20,41 ± 4,24		20,71 ± 5,71		0,325	,861
GENEL ÖFKE İFADE BİÇİMİ												
Öfke-iç	17,72 ± 3,10		17,00 ± 3,80		14,95 ± 3,32		14,17 ± 4,34		13,00 ± 3,80		4,382	,003**
Öfke-Dış	14,18 ± 4,77		14,34 ± 6,01		12,95 ± 3,61		15,70 ± 3,73		14,57 ± 3,97		1,374	,248
Öfke-Kontrol	25,18 ± 4,19		21,82 ± 4,66		23,77 ± 4,78		20,64 ± 5,74		19,00 ± 4,64		4,167	,004**
EĞİTİM DURUMU (Karşılaştırma Grubu n=110)												
	1 (n=5)		2 (n=18)		3 (n=50)		4 (n=17)		5 (n=17)			
Sürekli Öfke	16,60 ± 8,11		18,22 ± 7,29		16,60 ± 3,63		18,35 ± 2,87		19,94 ± 3,56		1,945	,109
GENEL ÖFKE İFADE BİÇİMİ												
Öfke-iç	14,80 ± 6,01		13,44 ± 3,95		11,26 ± 3,04		10,29 ± 3,03		12,23 ± 3,34		3,211	,016*
Öfke-Dış	11,600 ± 4,27		14,27 ± 5,70		12,86 ± 2,83		13,41 ± 2,00		14,64 ± 3,18		1,454	,222
Öfke-Kontrol	29,00± 1.73		24.94 ± 5.06		23.86 ± 5.54		21.29 ± 2.80		21.47 ± 4.69		3.645	,008**

1: Okuryazar değil, 2: Okuryazar, 3: İlkokul, 4: Ortaokul, 5: Lise ve Üzeri

Tablo 19’da antihipertansif kullananların ve karşılaştırma gruplarının eğitim durumlarına göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalamalarının dağılımına baktığımızda elde edilen bulgular şu şekildedir;

Antihipertansif kullanan bireylerin ve karşılaştırma grubundaki bireylerin eğitim durumları ile sürekli öfke ve öfke dışı puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 19).

Antihipertansif kullanan grupta okuryazar olmayanların öfke iç puan ortalaması ($\bar{x}=17,72$) bulunurken lise ve üzeri eğitim alanların puan ortalaması ($\bar{x}=13,00$) bulunmuştur ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 19). Antihipertansif kullanan grupta okuryazar olmayanların öfke kontrol puan ortalaması ($\bar{x}=25,18$) bulunurken, lise ve üzeri eğitim alanların puan ortalaması ($\bar{x}=19,00$) bulunmuş ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 19).

Karşılaştırma grubunda okuryazar olmayanların öfke iç puan ortalaması ($\bar{x}=14,80$) bulunurken ortaokul mezunlarının puan ortalaması ($\bar{x}=10,29$) bulunmuştur ve gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 19). Karşılaştırma grubunda okuryazar olmayanların öfke kontrol puan ortalaması ($\bar{x}=29,00$) bulunurken, lise ve üzeri eğitim alanların puan ortalaması ($\bar{x}=21,47$) bulunmuş ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20. Antihipertansif Kullanan Bireylerin Öfkelendiklerinde Fiziksel Rahatsızlık Yaşama Durumlarına Göre Dağılımı

GRUPLAR	DEĞİŞKENLER	ÖFKELENDİĞİNDE FİZİKSEL RAHATSIZLIK YAŞAMA DURUMU		t	P
		EVET (n=90)	HAYIR (n=20)		
		$\bar{x}$ SS	$\bar{x}$ SS		
Antihipertansif Kullanan Bireyler (n=110)	Sürekli öfke	21,16 ± 6,03	19,23 ± 5,94	-1,647	,103
	GENEL ÖFKE İFADE BİÇİMİ				
	Öfke-iç	16,02 ± 3,18	14,82 ± 4,19	-1,606	,111
	Öfke-dış	14,41 ± 4,06	13,73 ± 4,65	-0,793	,429
	Öfke-kontrol	21,55 ± 5,15	22,97 ± 5,06	1,417	,159
Karşılaştırma Grubu (n=107)	ÖFKELENDİĞİNDE FİZİKSEL RAHATSIZLIK YAŞAMA DURUMU				
		EVET (n=81)	HAYIR (n=26)		
	Sürekli öfke	18,17 ± 4,83	16,15 ± 3,81	1,941	,055
	GENEL ÖFKE İFADE BİÇİMİ				
	Öfke-iç	12,45 ± 3,78	9,73 ± 1,37	5,456	,000***
	Öfke-dış	13,71 ± 3,69	12,46 ± 2,78	1,590	,115
	Öfke-kontrol	23,71 ± 4,97	22,80 ± 5,60	0,785	0434

Tablo 20’de Antihipertansif kullanan grupta fiziksel rahatsızlık yaşama ile sürekli öfke, öfke iç, öfke dış ve öfke kontrol puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Karşılaştırma grubunda fiziksel rahatsızlık yaşama ile sürekli öfke, öfke dış ve öfke kontrol puan ortalamalarının dağılımındaki fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 20).

Karşılaştırma grubunda fiziksel rahatsızlık yaşama durumuna evet diyenler ile öfke iç puan ortalaması ($\bar{x}=12,45$) bulunurken, hayır diyenlerin puan ortalaması ($\bar{x}=9,73$) bulunmuş ve bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 20).

5. TARTIŞMA

Genel bir değerlendirme yapıldığında: Antihipertansiyon ilacı kullanmakta olan bireylerin sürekli öfke düzeyleri, hipertansiyon tanısı almamış bireylerle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık olduğu ve öfke içte tutmalarının da yüksek olduğu bulunmuştur.

Antihipertansif kullanan bireyler ve karşılaştırma grubu arasında Sürekli Öfke puan ortalaması karşılaştırmasına baktığımızda, antihipertansif kullanan bireylerin puan ortalaması ($\bar{x}=19,99$) karşılaştırma grubunun puan ortalaması da ($\bar{x}=17,68$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 1).

Antihipertansif kullanan bireylerdeki bu değer, Sala'nın (1997) üniversite öğrencileri (39), Yıldırım'ın (2005) hemşireler (58), Özer'in (1994) nörotik grup, lise öğrencileri, üniversite öğrencileri, hemşire öğrenciler (34) ve Arsakay'ın (2001) antihipertansif kullanan bireyler (5) Karaca ve Oksay'ın (2005) görme engelli öğrenciler (25) ile yaptığı çalışmalardan elde edilen ortalamalardan daha düşük bulunurken, Özer'in (1994) yöneticiler (34), Doğan'ın (1997) hemşireler (19), Erkek'in (2005) yüksek tansiyon tanısı alan bireylerde (22) ile yaptığı çalışmaların ortalamalarından ise daha yüksek bulunmuştur.

Sürekli öfkeyi inceleyen araştırmalardan; Topçuoğlu'nun (1998) hipertansif hastalar ile yaptığı esansiyel hipertansiyonda psikolojik faktörlerin rolünü belirleyen çalışmasında hipertansif grupta sürekli öfke puanı karşılaştırma grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (46). Arsakay (2001) ise antihipertansif kullanan bireylerle yaptığı çalışmasında sürekli öfke düzeyini karşılaştırma grubundan daha yüksek bulmuştur (5). Sürekli öfkeyi inceleyen bu araştırmalar antihipertansif kullanan bireylerde sürekli öfkenin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır ve bu sonuçlar bizim çalışmamız ile de paralellik göstermektedir.

Antihipertansif kullanan bireyler ve karşılaştırma grupları arasında Öfke İçte puan ortalamalarının karşılaştırmasına baktığımızda antihipertansif kullanan bireylerin puan ortalaması ($\bar{x}=15,29$), karşılaştırma grubunun puan ortalaması da ($\bar{x}=11,79$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır ($p<0,05$) (Tablo 1).

Antihipertansif kullanan bireylerdeki bu değer Özer 'in (1994) yöneticilerde, hemşirelik öğrencilerinde, üniversite öğrencilerinde, nörotik grupta (34), Sala'nın (1997) üniversite öğrencilerinde (39), Doğan'ın (1997) hemşirelerde (19), Yıldırım'ın (2005) hemşirelerde (58), Karaca ve Oksay'ın (2005) görme engelli öğrencilerde (25) ve Arsakay'ın (2001) antihipertansif kullanan bireylerde (5) elde ettikleri puan ortalamalarından düşük bulunurken, Erkek'in (2005) yüksek tansiyon tanısı alan bireylerde (22) elde ettiği puandan yüksek bulunmuştur.

Hipertansiyon ile öfke içe (bastırılmış öfke) ilişkisi değerlendirildiğinde; literatürde, hipertansif kişilerin öfke duygusunu inhibe ettikleri, öfkelerini ifade etmekten çok, inkar mekanizmasını kullanarak tehdit eden uyarılardan kaçınarak kendilerini korudukları, içe alınmış düşmanlıkla ilgili çatışmaları olduğu belirtilmektedir (7, 39, 46). Karabulut, Kılıç ve Köse (2004) hipertansiyonlu bireylerde öfke ve anksiyete düzeyinin belirlenmesine yönelik yaptıkları çalışmalarında hipertansiyonlu bireylerin öfke içte tutma puanları arttıkça, sistolik kan basıncı da artmaktadır sonucuna ulaşmışlardır (24). Everson ve ark (1998) hipertansiyonu olmayan erkekler ile yaptıkları çalışmalarında öfke iç puanının her 1 puan yükselişinde hipertansiyon olma riskinin de % 12 oranında arttığı sonucuna ulaşmışlar ve öfkeli ruh hali ile hipertansiyon arasında pozitif bir ilişki saptamışlardır (23). Bastırılmış öfkenin hipertansiyon ile sonuçlandığını gösteren bir başka çalışma da Cottington ve ark. (1986) tarafından yapılmış. 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 (17). Buna benzer çalışmalar ve literatür bilgileri göstermektedir ki bastırılmış öfke hipertansiyon ile sonuçlanmaktadır. Bizim çalışmamızda hipertansif bireylerin yüksek çıkan öfke iç puanları bu bulgular ile uyumludur.

Antihipertansif kullanan bireyler ve karşılaştırma grupları arasında Öfke Kontrol puan ortalamalarının karşılaştırılmasına baktığımızda antihipertansif kullanan bireylerin puan ortalaması ($\bar{x}=22,41$), karşılaştırma grubunun puan ortalaması da ($\bar{x}=23,49$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 1).

Antihipertansif kullanan bireylerdeki bu değer Özer'in (1994) hemşirelik öğrencilerinde, üniversite öğrencilerinde, nörotik grupta (34), Sala'nın (1997) üniversite öğrencilerinde (39) ve Arsayay'ın (2001) antihipertansif kullanan bireylerde (5), Karaca ve Oksay'ın (2005) görme engelli öğrencilerde (25), Erkek'in (2005) yüksek tansiyon tanısı alan bireylerde (22) elde ettikleri puan ortalamalarından daha yüksek bulunurken, Özer 'in (1994) yöneticilerde (34), Doğan'ın (1997) hemşirelerde (19) ve Yıldırım'ın (2005) hemşirelerde (58) elde ettikleri ortalamalardan düşük bulunmuştur.

Antihipertansif kullanan bireyler ve karşılaştırma grupları arasında Öfke Dışa puan ortalamalarının karşılaştırılmasına baktığımızda antihipertansif kullanan bireylerin puan ortalaması ($\bar{x}=14,00$), karşılaştırma grubunun puan ortalaması da ($\bar{x}=13,41$) bulunmuştur. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel yönden anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 1).

Antihipertansif kullanan bireylerdeki bu değer Özer 'in (1994) yöneticilerde, hemşirelik öğrencilerinde, üniversite öğrencilerinde, nörotik grupta (34), Sala'nın (1997) üniversite öğrencilerinde (39), Yıldırım'ın (2005) hemşirelerde (58), Karaca ve Oksay'ın (2005) görme engelli öğrencilerde (25)

ve Arsakay'ın (2001) antihipertansif kullanan bireylerde (5) elde ettikleri puan ortalamalarından düşük, Doğan'ın (1997) hemşirelerde (19), Erkek'in (2005) yüksek tansiyon tanısı alan bireylerde (22) elde ettiği ortalamadan yüksek bulunmuştur.

Japonlar'da (2002) öfke gösteriminin kan basıncı ve hipertansiyonla ilişkisini inceleyen araştırmada erkeklerde öfke dışı puanı düştükçe hipertansiyon riski artmaktadır sonucuna ulaşılırken, kadınlarda öfke dışı puanı ile hipertansiyon arasında ilişki bulunamamıştır (43). Yani kendini daha iyi ifade edebilen erkeklerde hipertansiyon riski azalmakta sonucuna ulaşılırken, bizim çalışmamızda ise bu ulaşılan sonuçtan farklı olarak kadın ve erkek antihipertansif kullanan bireylerin öfke dışı puanı karşılaştırma grubundan az olsa yüksek bulunmuştur.

Hipertansiyon tanısı almış antihipertansif kullanan bireylerin cinsiyet, yaş, eğitim durumu değişkenlerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzları incelendiğinde; erkeklerde ve kadınlarda sürekli öfke ve öfke içte puan ortalaması karşılaştırma gruplarına göre yüksek bulunmuştur. Ayrıca hipertansif kadınların öfke kontrol ve öfke iç puanları hipertansif erkeklerden yüksek bulunmuş, hipertansif erkeklerin ise öfke dış ve sürekli öfke puanları hipertansif kadınlardan yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar öfkeyi bastırmanın hipertansiyona etkisi konusunda önemli ipuçları vermekle birlikte cinsiyete göre farklılığı vurgulayan Lerner'in (2004) "kadınlar ilişkiyi tahrip edeceğine inandıkları için, öfkeyi doğrudan ifade etmemek için uğraşırlar" (29) ifadesiyle de uyumludur. Arsakay (2001) çalışmasında kadın antihipertansif kullanan bireylerin sürekli öfke ve öfke içte tutma puanını karşılaştırma grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (5). Bu sonuç bizim araştırma bulgumuz olan antihipertansif kullanan kadınların karşılaştırma grubundan yüksek çıkan sonucunu desteklemektedir (Tablo 14). Kadınlar öfke ortaya koymakta daha kontrollü ve öfke içte puanları da daha yüksektir. Bu bulgulardan ve literatürden farklı olarak, Karaca ve Oksay (2005) görme engelli öğrenciler ile yaptıkları

Çalışma sonucunda erkek öğrencilerin öfke i puanlarını kız öğrencilerden yüksek bulmuşlardır (25).

Thomas ve Sandra (1997) kadınlarda öfke baskılanması (fke içte tutma) ile hipertansiyon arasındaki ilişkiyi incelemişler, evde öfke baskılanması yaşayan, öfkelerini içte tutan kadınlar ile hipertansiyon arasında ilişki saptamışlar ve öfke gösteren ailede büyüyen kadınların erişkinliğinde öfke gösterme eğiliminde olduklarını belirlemişlerdir (45). Bu çalışmanın ortaya koyduğu içte tutulan öfkenin hipertansiyon ile sonuçlanması bizim sonucumuzla uyumludur. Ayrıca öfkenin aileden öğrenilen bir davranış olduğu ve eğitim ile kontrolünün sağlanabileceği de bu çalışma bulgusu ile desteklenmiştir.

Sala'nın (1997) niversite öğrencileri ile yaptığı çalışmasında kız öğrencilerin sürekli öfke düzeyleri erkek öğrencilerden daha yüksektir. Erkek ğrenciler kız öğrencilere göre öfkelerini daha iyi kontrol etmektedirler (39). Olmuş'un (2001) lise öğrencileri ile yaptığı çalışmasında kız ve erkek öğrenciler arasında sürekli öfke düzeyinde fark yoktur ve erkek öğrencilerin öfke kontrol puanları, kız öğrencilerden yüksek bulunmuştur (32). Kısaç'ın (1997) niversite öğrencileri ile yaptığı çalışmasında erkek öğrencilerde kız öğrencilere göre sürekli öfke düzeyinde artış gözlenmiştir (26).

Araştırma kapsamına alınan bireylerin yaşları 40-70 arasında değişmektedir. Değerlendirme 10 yıllık dilimlere ayrılarak yapılmıştır. Araştırma kapsamındaki antihipertansif kullanan bireylerin çoğunluğu 51 yaşının üzerindedir. Yaşa göre öfke kontrolü değişim göstermekte ve öfke kontrolü yaşla birlikte artmaktadır. Karşılaştırma grubunda ise sürekli öfke yaş değişkeninden etkilenmekte ve yaş ilerledikçe sürekli öfke puan ortalaması düşmektedir.

Arsakay (2001) antihipertansif kullanan bireylerde yaşla birlikte öfke kontrolünün artışını anlamlı düzeyde bulmuştur (5). Antihipertansif kullanan

gruptaki yaş arttıkça öfke kontrolünün artması, Sala'nın (1997) çalışmasında, 21 yaş üzerindeki öğrencilerde öfke kontrolünün 17 yaş grubuna göre yüksek çıkması ile uyumludur (39). Yıldırım (2005) hemşireler ile yaptığı çalışmada 34 yaş üzerindeki grupta öfke kontrol puanını, 20-26 yaş grubunda ise sürekli öfke puanını yüksek bulmuştur (58). Spielberger (1983) (Akt. Sala-1997) yaşla birlikte bireyin deneyimlerinin artması, kendini geliştirmesi gibi etkenler öfkelenme sıklığını ve ifade etme şeklini etkilemektedir. Özellikle genç yaş grubunun öfke düzeyinin yüksek olduğu, yaş ilerledikçe öfke düzeyinin azaldığını ifade etmektedir (39). Bizim araştırma bulgumuz ile de uyumlu olan, yukarıdaki çalışmalarda da belirtildiği gibi ileri yaşlarda öfkeye yol açan durumların ve tepkilerin azaldığı görülmekte ve yaş ilerledikçe öfke kontrolü de kazanılmaktadır.

Eğitim durumuna göre öfke ve öfke ifadesi değerlendirildiğinde her iki grupta da öfke iç puan ortalaması eğitimin artması ile birlikte düşerken, öfke dış puan ortalamasının en yüksek olduğu grup lise ve üzeri eğitim alanlardır. Bunun yanında öfke kontrol puan ortalaması eğitim düzeyi daha düşük olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Lise ve üzeri eğitim almış antihipertansif kullanan bireylerin öfke kontrol puanı ($\bar{x}=19,00$) bulunurken, okuryazar olmayanların puan ortalaması ($\bar{x}=25,18$) bulunmuştur. Sala (1997) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmasında öfke kontrol puanını 1. sınıf öğrencilerinde ($\bar{x}=21,93$), son sınıf öğrencilerinde ise ($\bar{x}=22,20$) bulmuştur (39). Karabulut, Kılıç ve Köse (2004) hipertansiyon tanısı almış bireylerde öfke ve anksiyete düzeyinin belirlenmesine yönelik çalışmalarında eğitim durumu ile öfke ifadesi arasında ilişki saptamamışlardır (24). Yıldırım (2005) psikiyatri servisinde çalışan yükseköğretim mezunu hemşirelerin öfke kontrol puanını, lise mezunu hemşirelerin ise sürekli öfke puanını yüksek bulmuştur (58). Balkaya'nın (2003) 756 kişi üzerinde çok boyutlu öfke envanterinin geliştirilmesi ile ilgili yaptığı çalışmasında lise mezunlarının, temel eğitim veya üniversite mezunlarına göre kişilerarası ilişkilerde daha fazla öfke sorunu yaşama eğiliminde olduklarını

saptamıştır (9). Literatürde ve çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça öfke kontrolünün arttığı belirtilmektedir.

Bizim sonucumuz eğitim düzeyi arttıkça, öfke kontrolü de artar bulgusunu desteklemezken, eğitim düzeyi yüksek olanlarda öfke içe puanının düşmesi, öfke dışı puanının ise artması eğitim sonucunda kişilerin kendilerini daha iyi ifade edebildikleri ve öfkelerini içlerinde tutmadıklarını ortaya koymaktadır. Bu Yıldırım'ın (2005) dahiliye servisinde çalışan önlisans mezunu hemşirelerin öfke dışı vurma puanını lise mezunu hemşirelere göre yüksek çıkan sonucu ile paralellik göstermektedir (58). Öfke kontrolü ile ilgili sonucun literatürden farklı olmasının sebebi; çalışmaya katılan bireyler arasında lise üzeri eğitim görenlerin çok az sayıda olması ve verilen eğitimin öfke kontrolünü kapsamaması gösterilebilir.

Tablo 9 da antihipertansif kullanan bireylerin yaşam alışkanlıklarının karşılaştırma grubuna göre farklı olup olmadığının değerlendirmesi yapılmış; hastalığın gerektirdiği fiziksel özbakıma yönelik, tuz tüketimi dışında, her iki grubun da benzer özellikler taşıdığı belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına giren antihipertansif kullanan bireylerin % 85'i 3 yıl ve daha uzun süredir antihipertansif ilaç kullanmaktadırlar (Tablo 2). Buna rağmen egzersiz yapma-sıvı alımı-yeme düzenleri yönünden hastalıklarına özel yaşam alışkanlıkları geliştirememişlerdir.

Hastalığın teşhis edildiği dönemde stresörlerle karşılaşma yönünden değerlendirme yapıldığında erkeklerde kadın hastalardan daha fazla olmak üzere her iki grupta da yüksek oranda evet yanıtı alınmıştır (Tablo 3).Arsakay'ın (2001) antihipertansif kullanan bireylerle yaptığı çalışmasında da stresörlerle karşılaşma yönünden, evet seçeneğinin daha fazla işaretlendiği gözlenmiştir (5). Yıldırım (2005) çalışmasında stres, öfke ve baş etme yolları, iletişim konularında eğitim alan hemşirelerin öfke kontrol puanlarını eğitim almayan

gruba göre daha yüksek bulmuştur (58). Stresörlerle karşılaşma, başedememe, tepki verememe öfkeyi uygun şekilde ifade etmeyi bilmeme gibi durumlar hipertansiyonu tetikleyen etkenler olarak değerlendirilebilmektedir.

Antihipertansif kullanan bireylerin % 88,18'i ilaç kullanıyor olmalarına rağmen sinirlenip-üzülünce tansiyon değişiklikleri yaşadıklarını belirtmektedirler (Tablo 4). Arsakay'ın (2001) çalışmasında da bu oran % 75,6 ile bizim araştırma sonucumuzu destekler tarzdadır (5). Bu sonuç stresörlerin hipertansiyonun seyrindeki tetikleyici rolünü ortaya koymaktadır. Kanada'da (2001) bir klinikte kan basıncı 140/90 mm/Hg'nın üzerindeki katılımcılar ile "primer hipertansiyon için bireysel stres yönetimi etkinliğinin test edilmesi" amacıyla bir çalışma yapılmış. Çalışmada bireysel stres yönetimi düşük kan basıncı ile ilişkilendirilmiş ve stresle baş etme becerilerinin başarı ile kullanımı kan basıncındaki düşmede etkili olmuştur sonucuna ulaşılmış (30). Stres ile baş etme konusunda verilecek eğitimin hipertansiyon kontrolünde etkili olabileceği ortaya çıkmaktadır.

Tablo 5'te araştırma kapsamına alınan antihipertansif kullanan bireylerin kendilerini tanımlamalarına ilişkin özellikler gösterilmektedir. En fazla işaretlenen seçenekler sırasıyla; açık sözlü, eleştirilmekten rahatsız olan, sakin, çabuk sinirlenip parlayan, içine kapanık, açık tepki vermeyip içine atan, sorunları konuşarak çözmeye çalışan, sık sık tartışmaya giren, sorunları önemsemeyen şeklindedir. Ancak, karşılaştırma grubunda antihipertansif kullanan gruba göre daha fazla kişi kendini sakin (% 56,1), açık sözlü (% 51,4), sorunları konuşarak çözmeye çalışan (% 33,6) olarak tanımlarken; antihipertansif kullanan grupta karşılaştırma grubundan daha fazla kişi eleştirilmekten rahatsız olan (% 42,7), açık tepki vermeyip içine atan (% 28,2), içine kapanık (% 31,8) özelliklerini işaretlemişlerdir. Antihipertansif kullanan bireylerin en fazla işaretledikleri seçenek ise (% 44,5) oranında açık sözlü, (% 42,7) oranında eleştirilmekten rahatsız olan seçenekleridir.

Tablo 6’da öfkelendiğinizde fiziksel rahatsızlık hissetme yönünden antihipertansif kullanan bireyler ile karşılaştırma grubunun benzer oranda olduğu ve rahatsızlık hissedilen semptomun “başağrısı” olarak yoğunlaştığı bulunmuştur. Sala’nın (1997) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmasında da “başağrısı” semptomu yaşanan fiziksel rahatsızlıklar arasında en yüksek orana sahiptir (39).

Tablo 7’de öfkelendiğinizde öncelikle ne yaparsınız sorusu ile öfkeli durumdaki davranışlar değerlendirilmeye çalışılmış; öfkelendiği kişi ile konuşup sorunu çözmeye çalışan (% 9,1), öfkenin sebebini bulmaya çalışan (% 0,9), danışmanlık desteği alan (% 0) dır. Öfkelendiği kişi ile konuşan ve danışmanlık desteği alanların oranları antihipertansif kullanan grupta daha düşük olmakla birlikte her iki grupta da az sayıdadır. Antihipertansif kullanan grupta ile karşılaştırma grubu arasındaki oran farkı en farklı olan tavr; “Ağlayıp, sigara içerim, sakinleştirici alırım” dır. Bu ifade antihipertansif kullanan grubun % 17,3’ü (19 kişi) tarafından işaretlenirken, karşılaştırma grubundan sadece % 0,9 (1 kişi) tarafından işaretlenmiştir.

Tablo 1 de Sosyo-demografik özellikler açısından fark istatistiksel yönden de önemsizdir. Bu nedenle antihipertansif kullanan grup-karşılaştırma grubu özellikleri benzerdir. Tablo 10-11’e göre her iki grubun da eğlence alışkanlıkları ve uyku düzenleri benzer özelliktedir. Tablo 8’e göre her iki grupta da ailelerin tutumları benzer özelliktedir.

Tablo 17’da sürekli öfke-öfke ifade tarzı antihipertansif kullanan bireylerde medeni duruma göre değişim göstermemektedir. Yıldırım (2005) hemşireler ile yaptığı çalışmasında medeni durum değişkeni ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı arasında fark saptamış ancak bu farkın tesadüfi olabileceği düşünülmüştür (58). Çünkü literatürde medeni durum ile öfke ifadesi ilişkisini birebir gösteren yayına rastlanmamıştır.

Görev durumu antihipertansif kullanan bireylerde öfke iç ve öfke kontrol yönünden değişirken, karşılaştırma grubunda da öfke kontrolde ve öfke dışta farklılık gözlenmektedir. Bu fark istatistiksel yönden anlamlıdır. Antihipertansif kullanan bireyler ve karşılaştırma grubunda görev durumuna göre öfke kontrol puanının antihipertansif kullanan bireylerde de öfke iç puan ortalamasının yüksek olması ev hanımları ile emekliler arasında yapılan grup içi karşılaştırmadan kaynaklanmaktadır. Emeklilerin büyük bir kısmı erkeklerden oluşurken, ev hanımlarının hepsi kadınlardan oluşmakta ve kadınlar erkeklere göre öfkelerini içe atma ve kontrol etmeyi daha çok tercih etmektedirler. Görev durumunun ve iş motivasyonunun öfke ifadesine etkisinin incelendiği Engin ve Çam'ın (2005) çalışmasında; iş motivasyonu arttıkça öfke kontrolü artar, iş doyumu azaldıkça öfkenin bastırılması artar sonucuna ulaşılmıştır (21). Bastırılan (içte tutulan) öfke ile hipertansiyon arasındaki ilişkiden yola çıkarak yaptığı işten memnun olmayanlarda öfke içe puanı artar ve bu durumda hipertansiyon riskini arttırır sonucuna ulaşılabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Aralık 2005-Şubat 2006 tarihleri arasında Eskişehir 4 Nolu Merkez Şirintepe Sağlık Ocağı'nda 110 antihipertansif kullanan birey ve 107 karşılaştırma grubu olmak üzere toplam 217 kişi ile gerçekleştirilen, antihipertansif kullanan bireylerde öfke ve öfke duygusu ifadesinin değerlendirilmesine yönelik olarak yapılan çalışmada; antihipertansif kullanan bireylerde karşılaştırma grubundan farklı olarak öfke ve öfke ifade özelliklerinin aşağıdaki şekilde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Antihipertansif kullanan bireylerde sürekli öfke düzeyi ve öfke içte tutma durumları karşılaştırma grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Öfke kontrol ve öfke dışı puan ortalamasında ise hipertansif bireyler ile karşılaştırma grubu arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Sürekli öfke puan ortalaması, antihipertansif kullanan bireylerde cinsiyet değişkeninden etkilenirken; yaş, medeni durum, görev durumu, eğitim durumu, öfkelenildiğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumu gibi değişkenlerden etkilenmemiştir.

Öfke içe puan ortalaması antihipertansif kullanan bireylerde cinsiyet, görev durumu, eğitim durumu değişkenlerinden etkilenirken; yaş, medeni durum, öfkelenildiğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumu değişkenlerinden etkilenmemiştir.

Öfke kontrol puan ortalamasını her iki grupta da medeni durum ve öfkelenildiğinde fiziksel rahatsızlık yaşama durumu etkilemezken, görev durumu ve eğitim durumu etkileyen değişkenler olmuştur. Yaş ve cinsiyet değişkenleri

Öfke kontrol puanını antihipertansif kullanan bireylerde karşılaştırma grubundan farklı olarak etkileyen değişkenler olarak bulunmuştur.

Öfke dışı puan ortalaması antihipertansif kullanan bireylerde araştırmada ele alınan değişkenlerin hiçbirinden etkilenmezken, karşılaştırma grubunda sadece görev durumu öfke dışı puanını etkileyen değişkendir sonucuna ulaşılmıştır.

6.2 ÖNERİLER

-Antihipertansif kullanan bireylerin sürekli öfke düzeyi ve öfke içte tutma durumları karşılaştırma grubundan anlamlı düzeyde farklı bulunduğu, öfkelenildiğinde tansiyon değişiklikleri olduğu, fiziksel rahatsızlıklar yaşadıkları, öfke duygularını ifade ve kontrol etmekte güçlük çektikleri, stresörlerin hipertansiyonun başlangıcını ve seyrini tetikleyen sebepler olduğu göz önüne alındığında;

1.Sürekli öfke düzeyinin azaltılması ve öfke içte tutma yani öfkeyi sözelleştiremememe sorununun ele alınması konularında risk gruplarına (özellikle 40 yaş öncesi bireylere ve kadınlara) yönelik olarak yaygın, örgün toplum eğitim programları geliştirilmesi,

2.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, stresle baş etme konularının entegre edilmesi önerilir.

3.Uzun vadede gerçekleşecek bir öneri olarak, yukarıda sözü edilen eğitim ve koruyucu ruh sağlığı programlarını gerçekleştirmede konsültasyon liyezon psikiyatri alanında eğitim alan hemşirelerin istihdam edilmesi ve görevlendirilmesi önerilir.

4.Sağlık ocağını kullanan araştırma örnekleminin eğitim düzeyi düşük, emekli ve ev hanımı olduğu dikkate alınarak; aktif çalışmakta olan, eğitim seviyesi yüksek, antihipertansif kullananlarla yapılacak araştırma ile bu araştırmanın bulgularının karşılaştırılması önerilir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

1-AKDEMİR, N., FESCİ, H., Hipertansiyon ve Hemşirelik Bakımı, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt: 2, sayı: 2, ss: 1-9, (1995)

2-ALBERTI, R., EMMONS, M.: Atılganlık Hakkınızı Kullanın, Birinci Baskı, (Çeviren: Katlan. S.), HYB Yayıncılık, ss: 107-123, Ankara, (1998)

3-ARICI, M., ÇAĞLAR, Ş., Hipertansiyon ve Oluşturduğu Sorunlar, Hacettepe Tıp Dergisi, cilt: 33, sayı: 1, ss: 4-9, Ankara, (2002)

4-ARICI, M., Hipertansiyon Tedavisi 2004: Neler Değişti? Neden Değişti?, Türkiye Tıp Dergisi, 11(3), ss: 133-144, Ankara, (2004)

5-ARSAKAY, G. : Hipertansiyon Ruhsal Etkenler, Öfke ve Kontrolü, Problem Çözme Yolları, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, (2001)

6-BAKOĞLU, E., YETKİN, A., Hipertansiyonlu Hastaların Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt:4, sayı:1, (2000)

7-BALKAYA, F. : Çok Boyutlu Öfke Envanterinin Geliştirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Ankara, (2001)

8-BALKAYA, F., Öfke: Temel Boyutları, Nedenleri ve Sonuçları, Türk Psikoloji Yazıları, cilt: 4, sayı: 7, ss: 21-45, (2001)

9-BALKAYA, F., ŞAHİN, H.N., Çok Boyutlu Öfke Ölçeği, Türk Psikiyatri Dergisi, Cilt:14, Sayı: 3, ss: 192-202, Ankara, (2003)

10-BALKAYA, F., Özgürlüğe Uzanan Yolda Önemli Bir Rehber: Öfke, temas: Gestalt Terapi Dergisi, cilt: 1, sayı: 3, ss: 109-126, (2004)

11-BAŞ, A., Hipertansiyon, Türk Hemşireler Dergisi, cilt: 42, sayı:1, ss: 35-39, Ankara, (1992)

12-BAYGÖL, E.: Ergenin Öfke Tepkilerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı, Bursa, (1997)

13-BAYSAL, B., SEBER, G., KAPTANOĞLU, C., TEKİN, D., Esansiyel Hipertansiyonlu Hastalarda Kişilik Değerlendirilmesi, Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, cilt: 2, sayı: 2, ss: 147-150, Ankara (1994)

14-BİLİR, N., Hipertansiyonun Toplumsal Önemi ve Korunma, Hipertansiyon Bülteni, cilt: 2, sayı: 4, ss: 55-58, (1992)

15-BİNBAŞIOĞLU, C., Gelişim Psikolojisi, ss: 149-151, Ankara, (1990)

16-BİROL, L., AKDEMİR, N., BEDÜK, T.: İç Hastalıkları Hemşireliği, Geliştirilmiş IV.Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No: 6, ss: 7-245, Ankara, (1993)

17-COTTINGTON, E.M. ,MATTHEWS, E.T., TALBOTT, E., KULLER, L.H., Occupational Stres, Suppressed Anger and Hypertension, Psychosomatik Medicine, Vol.48, No: 3/4, (March/April), (1986)

18-ÇÖL, M., ÖZYURDA, F., Park Sağlık Ocağı Bölgesinde 40 Yaş Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevelansı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, cilt: 45, sayı: 2, ss: 247-262, Ankara, (1992)

19-DOĞAN, S., GÜLER, H., KELLEÇİ,M., Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt: 5, sayı: 1, Sivas, (2001)

20-ENDERER, M., KORKUT, F., BARLAS, C., Psikiyatrik Yönden Kalp Hastalıkları ve Kardiyak Cerrahi, III.Ulusal Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, ss: 145-158, 2-5 Kasım, İstanbul, (1994)

21-ENGİN, E., ÇAM, O., Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Öfke Düzeyleri İle İş Motivasyonları Arasındaki İlişki, Sözel Bildiri, 3.Uluslararası, 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi, ss: 47, 7-10 Eylül, İzmir, (2005)

22-ERKEK , N., ÖZGÜR ,G., BABACAN GÜMÜŞ, A., Yüksek Tansiyon Tanısı Alan Bireylerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları, Poster Bildirisi, 3.Uluslararası, 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi, ss: 115, 7-10 Eylül, İzmir, (2005)

23-EVERSON, S.A., GOLDBERG, D.E., KAPLAN, G.A., JULKUNEN, J., SALONEN, J.T., Anger Expression and Incident Hypertension, Psychosomatik Medicine 60, ss: 730-735, (1998)

24-KARABULUT, N., KILIÇ, D., KÖSE, S., Hipertansiyonlu Bireylerde Öfke ve Anksiyete Düzeyleri, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, ISSN: 1303-5134, (2004)

25-KARACA, S., OKSAY ŞAHİN, A., Görme Engelli Ergenlerde Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi, Poster Bildirisi, 3.Uluslararası, 10.Ulusal Hemşirelik Kongresi, ss: 92, 7-10 Eylül, İzmir, (2005)

26-KISAÇ, İ. : Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeyleri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara (1997)

27-KURÇER, A.M., ve Ark., Malatya İli Güzelyurt Kasabası 30 Yaş ve Üzerindeki Kişilerde Hipertansiyon Prevalansı ve Hipertansiyonu Etkileyen Faktörler, Sağlık ve Toplum, Yıl: 12, Sayı: 1, ss: 46-50, Ankara, (2002)

28-KÖKDEMİR, H., Öfke ve Öfke Kontrolü, Pivotka, yıl: 3, sayı: 12, ss: 7-10, (2001)

29-LERNER, H.: Öfke Dansı, 5. Baskı, (Çeviri: Gül, S.), İstanbul, Varlık Yayınları (2004)

30-LİNDEN, W., LENZ, JW., CON, AH., Stres Management Therapy for Hypertension, Med, 161, ss: 1071-80, (2001)

31-LUHN, R.R.: Kızgınlıkla Başa Çıkma, (Çeviri: Orçan,Y.), İstanbul, (1999)

32-OLMUŞ, G.Ö.: Ergenlerin Aile İçi Psikolojik Örüntülere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık, İstanbul, (2001)

33-ÖZER, K.A., Öfke Kaygı ve Depresyon Eğilimlerinin Bilişsel Alt Yapısıyla İlgili Bir Çalışma, Türk Psikoloji Dergisi, cilt: 9, sayı: 31, ss: 12-25, Ankara, (1994)

34-ÖZER, K.A., Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ön Çalışması, Türk Psikoloji Dergisi, cilt: 9, sayı: 31, ss: 26-35, Haziran, (1994)

35-ÖZKAN, S., Dünyadaki Gelişmeler Işığında Ülkemizde KLP Bilim Dalı Kliniklerinin Yapılanması, III.Ulusal Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, ss: 8-45, 2-5 Kasım,İstanbul, (1994)

36-ÖZKAN, S., KLP: Tanımı, Kavramları, Hizmet Alanı İle Dünyadaki Gelişimi ve Bir Bilim Dalı ve Uzmanlık Alanı Olarak Kurumsallaşması, V. Ulusal Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongresi, ss: 19-26, 21-23 Ekim, İstanbul, (1998)

37-RICHARD, F., JOSEPH E., Psychological Variables in Hypertension: Relationship to Casual or Ambulatory Blood Pressure in Men, Psychosomatik Medicine 63, ss: 19-31, (2001)

38-ROBINSON, L., Hasta Bakımının Psikososyal Yönleri, KLP Hemşireliği Uygulamaları, III.Ulusal Konsültasyon-Liyeron Psikiyatrisi Kongresi ve Mezuniyet Sonrası Eğitim Kursu, ss: 73-81, 2-5 Kasım, İstanbul, (1994)

39-SALA, G.: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinin Öfke İfade Etme Biçimlerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, (1997)

40-ŞAHİN, H.N., Öfke: O Sizi Kontrol Edeceğine Siz Onu Kontrol Edin, Türk Psikoloji Bülteni, 7. sayı, ss: 79-85, Ankara, (1997)

41-.....Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruh Sağlığı, Birinci Baskı, Aydoğdu Ofset, Ankara, (1995)

42-TERAKYE, G.: Hasta Hemşire İlişkileri, Genişletilmiş 5. Baskı, Aydoğdu Ofset, ss: 54-65, 134-141, Ankara, (1998)

43-.....The relation of anger expression with blood pressure levels and hypertension in rural and urban Japanese communities, Journal of Hypertension, 20 (1), ss: 21-27, January, (2002)

44-THOMAS, K.S., NELESEN, R.A., DIMSDALE, J.E., Relationships Between Hostility, Anger Expression and Blood Pressure, Psychosomatik Medicine 66, ss: 298-304, (2004)

45-THOMAS, SANDRA P., Women's Anger:Relationship of Suppression to Blood Pressure, Nursing Research, 46(6), ss: 324-330, November/December, (1997)

46-TOPÇUOĞLU, V.: Renin Düzeyine Göre Gruplandırılan Esansiyel Hipertansiyon Hastalarının Öfke, Anksiyete, Depresyon, Aleksitimi ve Psikolojik Profillerinin Karşılaştırması, Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul, (1998)

47-.....Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması, Ankara, (2004)

48-TÜRKÇAPAR H., Ark., Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Hastalarda Öfke ve Depresyon İlişkisi, Türk Psikiyatri Dergisi, cilt: 15, sayı: 2, ss: 119-124, Ankara, (2004)

49-ÜNAL, M., Stres ve Psikosomatik Tıp, Türk Psikiyatri Dergisi, I: 3, ss: 190-197, (1990)

50-ÜNLÜ, S.,: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Psikoloji Kitabı, (1995)

51-ÜSTÜN, B., YAVUZARSLAN, F., Öfkenin Gücü, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, cilt: 2, sayı: 2, ss: 42-46, Ankara, (1995)

52-ÜSTÜN, B., DEMİR, S., Bireye Özgü Başetme Yolları, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt: 5, sayı: 1-2, ss: 48-58, Ankara, (1998)

53-ÜSTÜN, B., AKGÜN, E., PARTLAK, N.:Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi, Okullar Yayınevi, ss: 129-131, İzmir, (2005)

54-WEBB, M., BECKSTEAD, J., MEININGER, J., ROBINSON, S., Stress Management for African American Women With Elevated Blood Pressure, Biologicast Research for Nursing Vol: 7, No: 3, January , (2006)

55-.....www. tdk. gov. tr, Türk Dil Kurumu Sözlüğü.

56-YAZICI, K., YAZICI, E.A, Kardiyoasküler Hastalıklarda Psikososyal Risk Etkenleri, Anadolu Psikiyatr Dergisi, sayı: 4, ss: 106-112, (2003)

57-YETKİN, A., TAN, M., Hipertansiyona Yol Açan Risk Faktörleri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, cilt: 1, sayı: 1, ss: 2-8, (1998)

58-YILDIRIM, S.: Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeylerinin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir, (2005)

8. EKLER

EK -1

TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

Aşağıdaki soruları uygun şekilde cevaplayınız.

Kullandığınız ilacın Adını Yazar mısınız:.....

1-Cinsiyetiniz :

- a) Erkek b)Kadın

2-Yaşınız:.....

3-Medeni durumunuz (süresi)

- a) Evli...(süresi).....
b) Bekar.....
c) Boşanmış.....(süresi).....
d) Eşini kaybetmiş...(süresi).....

4-Çocuk sayınız :

- a) yok
b) 1
c) 2
d) 3
e) 4 ve üzeri

5-Eğitim durumunuz:

- a) okuryazar değil
b) okuryazar
c) ilkokul
d) ortaokul
e) lise
f) yüksekokul
g) Üniversite

6.Göreviniz:

- a) memur (açıklayınız).....
b) işçi (açıklayınız)
c)küçük esnaf (açıklayınız).....
d)tüccar (açıklayınız).....
e) emekli (açıklayınız).....
f) işsiz
g) ev hanımı
h) diğer (açıklayınız).....

7-Size göre gelir düzeyiniz:

- a) Yüksek düzey
- b)Ortanın üstü
- c)Orta düzey
- d) Düşük düzey
- e) Çok düşük düzey

8-Kaç yıldır hipertansiyon ilacı kullanıyorsunuz:

- a) 1 yıldan az
- b) 1-2 yıl
- c) 3-5 yıl
- d) 6-10 yıl
- e) 10 yıldan fazla

9-Hastalığın teşhis edildiği dönemde çok üzücü,stres yaratan bir durumla karşılaşmış mıydınız?

- a) Hayır
- b) Evet.....Cevabınız evet ise ne tür bir stresi:
 - a) Bir yakınınızın hastalığı,kaybı
 - b) Aile iç evlilik ile ilgili bir sorun
 - c) İş yaşamıyla ilgili
 - d) Diğer (açıklayınız).....

10-Düzenli ilaç kullanmanıza rağmen,duygusal durumunuza bağlı olarak (sinirlenince,üzülünce) kan basıncınızda değişiklikler (iniş-çıkış) oluyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

11-Siz kendinizi nasıl tanımlarsınız (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz):

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

12-Öfkelendiğinizde fiziksel rahatsızlığınız olur mu?

- a) Hayır
- b) Başım ağrır
- c) Göğsüm sıkışır
- d) Ellerim titrer
- e) Kendimi halsiz ve yorgun hissedirim
- f) Midem ağrır
- g) Ateş basar

h) Bedenimin kasıldığını hissederim

13- Çabuk kızıp/öfkelendiğiniz ve öfkenizi kontrol etmekte güçlük çektiğinizi düşünüyor musunuz:

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bazen

14- Çok öfkelendiğinizde öncelikle ne yaparsınız:

- a) Öfkemi kontrol etmeye çalışırım
- b) Bağırırım,kavga ederim,elimdekileri fırlatırım
- c) Ortamdan uzaklaşıp,yalnız kalıp düşünürüm,
- d) Kimse ile konuşmam,surat asarım
- e) Ağlayıp,sigara içerim,sakinleştirici alırım
- f) Duş alırım,elimi yüzümü yıkar,uyurum
- g) Öfkelendiğim kişi ile konuşup,sorunu çözmeye çalışırım
- h) Öfkenin sebebini bulmaya çalışırım
- i) Yakın arkadaşım ile paylaşıyorum
- j) Danışmanlık/destek alırım
- k) Diğer (açıklayınız).....

15-Ailenizin (evli ise eşinizin,bekar ise anne-babanızın) size karşı tutumunu nasıl tanımlarsınız:

- a) otoriter
- b) adaletli
- c) aşırı koruyucu
- d) hoşgörülü
- e) ilgisiz

Yeme alışkanlıklarınız aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

16-Öğünlerdeki tuz tüketiminiz nasıldır:

- a) Tuzsuz yerim
- b) Az tuzlu yerim
- c) Tuzlu yerim
- d) Çok tuzlu yerim

17-Kahvaltı alışkanlığınız nasıldır:

- a) Mutlaka kahvaltı yaparım
- b) Bazen yaparım
- c) Kahvaltı yapmam
- d)Diğer (açıklayınız).....

18-Öğle yemeği alışkanlığınız nasıldır:

- a) Düzenlidir
- b) Atıştırma şeklindedir

- c) Öğle yemeği yemem
- d)Diğer (açıklayınız).....

19-Akşam yemeği alışkanlığınız nasıldır:

- a) Düzenlidir
- b) Atıştırma şeklindedir
- c) Akşam yemeği yemem
- d)Diğer (açıklayınız).....

20-Günlük sıvı alımınız nasıldır:

- a) 1 lt'den az
- b) 1-2 lt arasında
- c) 2-3 lt arasında
- d) 3 lt ve daha fazla

Egzersiz alışkanlığınız hangisine uymaktadır?

21-Egzersiz alışkanlığınız nasıldır:

- a) Her gün mutlaka 30 dak- 1 saat arası yürürüm
- b) Arasına yürürüm
- c) Düzenli spor yaparım (açıklayınız).....
- d) Diğer (açıklayınız).....

Eğlence alışkanlığınız hangisine uymaktadır?

22-Eğlence alışkanlığınız nasıldır:

- a) Komşu akraba ziyareti
- b) Piknik
- c) Parkta çarşıda gezme
- d) Çaybahçesine gitme
- e) Yemeğe gitme
- f) Sinema
- g) Evde sinema izleme
- h) Diğer (açıklayınız).....

Uyku alışkanlığınız hangisine uymaktadır?

23-Günlük uyku düzeniniz nasıldır:

- a)Uykuya kolay dalamam
- b) Uymak istediğim halde çok erken uyanırım
- c)Gece sık sık uyanırım
- d)Sık rüya,hatta kabus görürüm
- e) 5 saat civarında uyurum
- f) 6-8 saat uyurum
- g) 8-10 saat uyurum
- h) 10 saatten fazla uyurum
- ı)diğer (açıklayınız).....

EK-2

SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ

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

Sürekli öfke ölçeğinin maddeleri;

1	2	3	4	
hemen hiçbir zaman	bazen	çoğu zaman	her zaman	
1-çabuk parlarım.....	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 bir şeyden sonra takdir edilmemek canımı sık...	1	2	3	4
6-öfkelenince kontrolümü kaybederim.....	1	2	3	4
7-öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.....	1	2	3	4
8-başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir....	1	2	3	4
9-engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.....	1	2	3	4
10-yaptığım iş kötü olarak değerlendirildiğinde çılgına döner	1	2	3	4

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

Öfke tarz ölçeğinin maddeleri;

	1	2	3	4
	hemen hiçbir zaman	bazen	çoğu zaman	her zaman
11-öfkemi kontrol ederim.....	1	2	3	4
12-kızgınlığımı gösteririm.....	1	2	3	4
13-öfkemi içime atarım.....	1	2	3	4
14-başkalarına karşı sabırlıyım.....	1	2	3	4
15-somurtur ya da surat asarım.....	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA

16-insanlardan uzak dururum.....	1	2	3	4
17-başkalarına iğneli sözler söylerim.....	1	2	3	4
18-soğukkanlılığımı korurum.....	1	2	3	4
19-kapıları çarpmak gibi bir şeyler yaparım.....	1	2	3	4
20-için için köpürürüm ama göstermem.....	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYE KIZDIĞIMDA

21-davranışlarımı kontrol ederim.....	1	2	3	4
22-başkalarıyla tartışırım.....	1	2	3	4
23-içimde,kimseye söylemediğim kinler beslerim.....	1	2	3	4

	1	2	3	4
	hemen hiçbir zaman	bazen	çoğu zaman	her zaman
24-beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.....	1	2	3	4
25-öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.....	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYE KIZDIĞIMDA

26-gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.....	1	2	3	4
27-belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.....	1	2	3	4
28-çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.....	1	2	3	4
29-kötü şeyler söylerim.....	1	2	3	4
30-hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.....	1	2	3	4

ÖFKELENDİĞİMDE VEYE KIZDIĞIMDA

31-içimden;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

9. ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Eskişehir’de doğan Elvan ULUTÜRK, İlk ve Ortaokulu Eskişehir’de tamamladı. 1996 yılında Bilecik Sağlık Meslek Lisesi’nden mezun oldu. 2003 yılında Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokul’undan mezun oldu.

1997-1999 yılları arasında İzmir’de, Sağlık Bakanlığı Dr.Behçet Uz Çocuk Hastanesi’nde Acil Servis Hemşiresi olarak görev yaptı.

1999-2005 yılları arasında Eskişehir’de Devlet Hastanesi Ortopedi Servis Hemşiresi olarak görev yaptı. 2005 yılından itibaren aynı hastanede Eğitim Hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

Eylül 2003’te Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı’nda master programına başladı.

2004-2005 ve 2005-2006 öğretim yılları güz döneminde Eskişehir Sağlık Yüksekokulu’nda Psikiyatri Hemşireliği ve Hemşirelikte Kişilerarası iletişim derslerinde öğretim elemanı olarak ek görev yaptı.