



T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK PROGRAMI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERDE SÜREKLİ ÖFKE VE
ÖFKE İFADE TARZI VE BUNUN İLE İLGİLİ FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAYRİYE UĞUR ÖZÇELİK

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ZELİHA GÜLDEN BİLAL

ANKARA

2019

T.C.
UFUK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
EĞİTİM BİLİMLERİ ANABİLİM DALI
REHBERLİK VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK PROGRAMI

**KRONİK HASTALIĞI OLAN ERGENLERDE SÜREKLİ ÖFKE VE
ÖFKE İFADE TARZI VE BUNUN İLE İLGİLİ FAKTÖRLERİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HAYRİYE UĞUR ÖZÇELİK

TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ZELİHA GÜLDEN BİLAL

ANKARA

2019

KABUL VE ONAY

Hayriye Uğur ÖZÇELİK tarafından hazırlanan "Kronik Hastalığı Olan Ergenlerde Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ve Bunun İle İlgili Faktörlerin Belirlenmesi" Savunma Sınavı 14.06.2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr.-Fatih ÜNAL-Başkan

Dr. Öğr. Üyesi-Zeliha Gülden BİLAL-Danışman

Dr.Öğr.Üyesi-Ayşe İRKÖRÜCÜ KÜÇÜK-Üye

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Mehmet TOMANBAY

Enstitü Müdürü



BİLDİRİM

Hazırladığım tezin/raporun tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt eder, tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

† Tezimin/Raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir.

Tarih: 09/07/2019



Hayriye Uğur ÖZÇELİK

ÖNSÖZ

Bu araştırmanın planlanmasında ve yürütülmesinde değerli önerileri ile beni yönlendiren tez başlangıç dönemindeki danışmanın Prof. Dr. Emel Ültanır ve devam eden dönemde danışmanlığımı yürüten Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Gülden Bilal başta olmak üzere, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı Yüksek Lisan Programında eğitimleri ile katkı sağlayan tüm öğretim üyelerine teşekkür etmeyi borç bilirim.

Araştırma analiz çalışmalarında yardımcı olan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik Anabilim dalı eski öğretim üyesi Dr. Öğr.Üyesi Anıl Dolgun; Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Doç.Dr. Pınar Arpınar Avşar ve Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesinden Doç.Dr. Mehmet İktal Yetişir'e şükranlarımı sunarım.

Araştırma izinlerini sağlayan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi yöneticilerine ve verileri toplamamda yardımlarını esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Adölesan Bölümü öğretim üyesi Doç.Dr. Sinem Akgül'e ve bu çalışmaya katılmayı kabul eden sevgili hastalarımız ve ailelerine çok teşekkür ederim.

Araştırma ve tez yazım sürecinde sabır, anlayış ve destekleri için eşime ve çocuklarıma sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

ÖZÇELİK, Hayriye Uğur. Kronik Hastalığı Olan Ergenlerde Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ve Bunun ile İlgili Faktörlerin Belirlenmesi.

Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2019.

Kronik hastalıklar, ergenlerde birçok psikolojik ve duygusal problem neden olur. Akut hastalığa sahip ergenlerden farklı olarak, kronik hastalığa sahip bir ergenin çok sayıda ilaçlar, tedavi rejimleri, girişimler, diyetler gibi kronik ve sınırlayıcı koşullarda uzun süreler, hatta tüm hayatı boyunca yaşaması gerekir. Bu ergenlerde öfke önemli bir reaksiyondur. Bu çalışmanın amacı; kronik hastalığı olan ergenlerde sürekli öfke ve öfke ifade biçimlerini araştırmak ve akut hastalık nedeni ile hastaneye başvuran ergenler ile karşılaştırmak ve buna etki eden faktörleri araştırmaktır. Bu çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinde Nisan –Haziran 2014 tarihleri arasında izlenen yüz akut hastalığı olan ergen ve yüz kronik hastalığı olan ergen alınmıştır. Verileri toplamak için “Demografik Bilgi Formu” ve “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği” kullanılmıştır. Akut ve kronik hastalık gruplarında sürekli öfke, içe yönelik öfke ve dışa yönelik öfke puanları arasında istatistiksel anlamlı fark izlenmemiştir. Fakat, kronik hastalık grubunda öfke kontrol puanları, akut hastalık grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.011$). Akut ve kronik hasta gruplarında; kızlar ve erkekler arasında ve yaş grupları arasında öfke ve öfke ifade puanları arasında fark bulunmamıştır. Ailenin büyüklüğü, kardeş sayısı ve ailenin ekonomik durumu gibi faktörlerin öfke ve ifadeleri üzerine bazı etkileri saptanmıştır.

Kronik hastalığa sahip ergenler, akut hastalığa sahip ergenlere göre öfkelerini daha fazla kontrol edebilmektedirler.

Anahtar Sözcükler: Öfke, öfke ifadesi, ergen, kronik hastalık.

ABSTRACT

ÖZÇELİK, Hayriye Uğur. Trait anger and anger expression style in adolescents with chronic disease and determination of related factors.

Master Thesis. Ankara, 2019.

Chronic diseases cause many psychological and emotional problems in adolescents. Different from an adolescent with acute disease the adolescent with chronic disease must live in this chronic and restricted conditions with many drugs, treatment regimens, interventions, diets etc. for long periods even in his/her whole life. Anger is one of the important reaction in these adolescents. The aim of this study was to investigate trait anger and anger expression style of adolescents with chronic disease and compare with the adolescents admitted to the hospital for acute diseases and search for the related factors. A hundred adolescents with chronic diseases and a hundred adolescents with acute diseases, between the ages 12 to 18 years who were followed up in Hacettepe University Medical Faculty, İhsan Doğramacı Children's Hospital from April to June 2014 were included in this study. "Demographic Questionnaire" and "Trait Anger and Anger Expression Style Scale" were used to collect data. It was observed that there were not statistically important difference between acute and chronic disease groups for trait anger, and anger-in, anger-out sub-scales. But in chronic disease group, anger control scores were significantly higher than acute disease group ($p<0.011$). There were not differences between girls and boys, and age groups for anger and anger expression styles in acute and chronic disease groups. Family size, siblings number, and economical status of family have some effect on trait anger and anger expression styles.

Adolescents with chronic disease were able to control their anger than the adolescents with acute disease.

Key Words: Anger, anger expression, adolescent, chronic diseases.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa no
ÖNSÖZ	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ	v
KISALTMALAR	vii
I. GİRİŞ	1
1. Araştırmanın gerekçesi ve önemi.....	2
2. Problem	4
3. Amaç	5
4. Sayıtlar	5
5. Sınırlılıklar	5
6. Tanımlar	5
II. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....	7
III. YÖNTEM.....	20
1. Araştırmanın Modeli	20
2. Evren ve örneklem	20
3. Veri toplama araçları.....	20
4. Verilerin toplanması.....	21
5. Verilerin analizi ve istatistiksel yöntem.....	21
IV. BULGULAR.....	23
V. TARTIŞMA VE YORUM	45
VI. SONUÇ BÖLÜMÜ.....	53
KAYNAKÇA.....	56
EKLER	62
EK 1: Kişisel bilgi formu	62
EK 2: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği.....	63
EK 3: Normallik testi grafikleri	66
KİŞİSEL BİLGİLER.....	68

ÇİZELGELER DİZİNİ

Sayfa no

Tablo 1. AHG ve KHG'larındaki Ergenlerin Değişkenlere Göre Normallik Testi Sonuçları (Kolmogorov Smirnov testi).	24
Tablo 2. AHG ve KHG'larındaki Ergenlerin Değişkenlere Göre Mann Withney U testi Sonuçları.	25
Tablo 3. AHG ve KHG'larındaki Ergenlerin SÖÖİTÖ Testi Sonucu (SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK) alt ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	26
Tablo 4. Ayaktan ve Yatırılarak İzlenen Ergenlerin SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK puanlarının Karşılaştırılması.	27
Tablo 5. AHG'daki Ergenlerin Okul Düzeylerine Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması.	28
Tablo 6. KHG'daki Ergenlerin Okul Düzeylerine Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması.	29
Tablo 7. AHG'daki Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması.....	30
Tablo 8. KHG'daki Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması	31
Tablo 9. AHG'daki Ergenlerin Kardeş Sayısına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması.	32
Tablo 10. KHG'daki Ergenlerin Kardeş Sayısına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması	33
Tablo 11. AHG'daki Ergenlerin Evde Yaşayan Birey Sayısına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması.	34
Tablo 12. KHG'daki Ergenlerin Evde Yaşayan Birey Sayısına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması	35
Tablo 13. AHG'daki Ergenlerin Kaçınıcı Çocuk Olduklarına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması.	36
Tablo 14. KHG'daki Ergenlerin Kaçınıcı Çocuk Olduklarına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması,	37
Tablo 15. AHG'daki Ergenlerin Ailenin Gelir Durumuna Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması,	38
Tablo 16. KHG'daki Ergenlerin Ailenin Gelir Durumuna Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması,	39
Tablo 17. AHG'daki Ergenlerin İzlendikleri Bölümlere Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanları	40
Tablo 18. KHG'daki Ergenlerin İzlendikleri Bölümlere Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanları	41
Tablo 19. KHG'daki Ergenlerin Tedaviye Uyum Düzeylerine Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının karşılaştırması.	42

Tablo 20. AHG'daki Ergenlerde SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK ile Yaş, Kardeş Sayısı, Kaçınıcı Çocuk Olduğu, Evdeki Birey Sayısı ve Öfke Puanlarının Birbirleri ile İlişkisi (Korelasyon)	43
Tablo 21. KHG'daki Ergenlerde SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK ile Yaş, Kardeş Sayısı, Kaçınıcı Çocuk Olduğu, Evdeki Birey Sayısı, İzlem Süresi, Son Bir yıldaki Hastaneye Yatış Sayısı İlişkisi (Korelasyon)	44
Tablo 22. KHG'daki Ergenlerin Öfke Puanlarının Birbirleri ile İlişkisi	44



KISALTMALAR

SÖÖİTÖ: Sürekli Öfke Öfke İfade Tarzı Ölçeği

KHG: Kronik hastalık grubu

AHG: Akut hastalık grubu

HÜTF: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

SÖD: Sürekli öfke durumu

DYÖ: Dışa yönelik öfke

İYÖ: İçe yönelik öfke

ÖK: Öfke kontrolü

MRG: Magnetik rezonans görüntüleme.

I. GİRİŞ

Öfke insanların hepsinde değişik düzeylerde olmakla birlikte izlenen temel duygulanımlardan birisidir. Öfke, bireyin engellenme durumunda veya bireyin kendini tehdit altında hissettiğinde, korunma amacı ile veya isteklerini gerçekleştirmek için gösterdiği bir tepkidir. Aslında öfke ve bazen buna eşlik eden saldırganlık, uyum sağlayıcı veya koruyucu bir rol de oynamaktadır. Doğru şekilde ifade edilirse, bireyin sınırlarını belirlemesini, kendini savunmasını ve korunmasını, kişiler arası ilişkilerde bir denge oluşturmasını da sağlayabilir (Cüceloğlu, 1991; Köknel, 1997). Buna karşın bazen öfke düzeyi artarak şiddete varan bir duruma ulaşabilmektedir. Bu bireyin istemediği fiziksel, sosyal, duygusal, bazen yasal durumlar ile karşılaşmasına kendisine ve çevresine zarar vermesine neden olabilir. Bazı araştırmacılara göre öfkeden çok onun ifade edilmiş tarzı önem taşımaktadır (Şahin, 2005, s.1).

Ergenlik dönemi bir geçiş dönemi olarak bir çok değişikliği birden içerir. Ergen hem fiziksel olarak değişmekte, büyümektedir, hem de duygusal olarak bir değişim ile karşı karşıyadır. Vücutta değişen hormon düzeyleri ergende hem fiziksel, hem de duygusal değişikliklerde önemli rol oynar. Ergen bu değişikliklere uyum sağlamakta güçlük çekebilir. Bu dönemde öfke sıklıkla gözlenen bir duygudur. Öfkenin anksiyete, depresyon, saldırganlık ile de ilişkisi vardır (Bridewell, 1997, s.587; Yavuzer, 2013, s.117; Aydın, 2014, s.44; Chung, 2019, s.1). Bu öfke davranışını artıran birçok neden arasında; ergene ait nedenlerin yanı sıra başta aile olmak üzere çevresel etmenler de vardır.

Bireye ait nedenlerden birisi de sahip olunan kronik hastalıklardır. Kronik hastalıklar bireyi uzun süre, bazen bir yaşam boyu etkileyen, genellikle kısmi tedavileri olsa bile kökten tedavileri olmayan, bireyin fonksiyon kayıplarına neden olan ve bazen ölümcül olarak sonuçlanan hastalıklardır. Kronik hastalıklar ergenlerde korku, anksiyete, öfke, depresyon, içe kapanma, çaresizlik, ölüm korkusu, anti-sosyal davranışlar, konversiyon, hatta intihara kadar giden bir çok ruhsal soruna neden olmaktadır. Hastalığın ağırlık derecesi, anne-baba tutumu, ergenin içinde yaşadığı toplumun özellikleri bu yakınmaları daha da artırmaktadır. Ergenlik döneminin özelliklerinden birisi de bağımsızlık kazanma ve birey olarak kendi kararlarını verme isteğidir. Kronik hastalıklarda, hastalığın getirdiği kısıtlamalar, organ ve sistemlere ait fonksiyon kayıpları, devamlı ilaç kullanımı, hastaneye yatış gereksinimi, anne-babaların kısıtlayıcı ve koruyucu tutumları ergenlerin bağımsızlık durumlarını ciddi olarak engellemekte ve sonuç olarak bu öfkeyi tetikleyebilmektedir (İnal-Emiroğlu, 2008, s.105; Erermiş, 2008, s.730; Gökler, 2011, s.496; Ekşi, 2011,s.133; Saka, 2011, s.109).

Kronik hastalığı olan ergenlerde psikolojik sorunlar; aileye ve sağlık bakımı verenlere yönelik öfkeye ve kendilerine karşı öfkeye neden olabilmekte ve bazen verilen önerilere uymama, ilaçları kullanmama, ilaç ve alkol bağımlılıkları, hatta intihara varan gibi davranışlara neden

olabilmektedir. Bu tedavi uyumunun bozulması, varolan hastalığın kötü gidişi yanı sıra, sindirim sistemi rahatsızlıkları, kalpte ritim problemleri, hipertansiyon, saldırganlık gibi ek hastalıklara ve durumlara neden olabilmektedir (Siegel, 1984, s.293; Gallacher, 1999, s446; Michaud, 2004, s.943; İnal-Emiroğlu, 2008, s.105); Erermiş, 2008,s.730; Koptagel İlal, 2011, s.409).

Ergenlerde öfke ile baş etmek için seçilmiş hastalarda hastaya ve ailesine eğitimler verilebilir. Öfke ve öfke kontrolü, öfkenin içe veya dışa yöneldiğinin bilinmesi, sağlıklı öfke yönelimi ve öfke kontrolü için uygun bireysel yaklaşımların yapılması için faydalı olacaktır. Ergenin kronik hastalığına yönelik tedavilerin yanı sıra, öfke gibi eşlik eden sorunların psikolojik ve destekleyici yaklaşımlar ile çözümü tedavi uyumlarını da artıracaktır (İnal-Emiroğlu, 2008, s.105; Sukhodolsky, 2015, s.58; Sawni, 2017, s.1).

I.1. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ VE ÖNEMİ

Ergenlik dönemi birçok özellikleri ile zor bir dönemdir. Hızlı bedensel büyüme ve değişme; hormonal değişiklikler ve cinsel olgunluğa geçiş; bağımsızlık kazanma isteği; kişiliğin olgunlaşması bir çok duygusal değişikliğe de neden olur. Bu dönemde sık görülen duygusal değişikliklerden birisi de öfkedir (Ekşi, 2011 s. 133; Yavuzer, 2010, s.246).

Çocuklar ve ergenlerde birçok organ ve sisteme ait kronik hastalıkları görülebilmektedir. Bu hastalıkları yaşayan ergen sayısı oldukça yüksektir.

Ergenlik dönemi bireylerin bedenleri ile çok ilgilendikleri bir dönemdir. Bazen yüzlerindeki bir sivilce bile onlar için çok önemli bir sorun oluştururken; devamlı tedavi ve bakım gerektiren, yaşam biçimlerini önemli ölçüde etkileyen, vücudun organ ve sistemlerinde fonksiyon kayıplarına neden olan kronik hastalıklar ergenlerde önemli duygusal ve ruhsal sorunlara neden olmaktadır. Kronik hastalıklara ikincil ruhsal sorunların prevalansı %10-30'dur (Lask, 1994, s.996, Akt. İnal-Emiroğlu, 2008, s.105). Bunlar; korku, anksiyete, öfke, depresyon, çaresizlik, anti-sosyal davranışlar, içe kapanma, konversiyon, ölüm korkusu, hatta intiharlar gibi çok sayıda ruhsal sorunu içerir (Cadman, 1987, s.805). Kronik hastalığı olan bireylerde beden üzerinde yapılan girişimlere de sık gereksinim duyulur. Kan alma, diyaliz, ilaç tedavileri gibi beden üzerinde yapılan işlemler; hastalık veya tedaviler nedeni ile görüntünün değişmesi; aşırı zayıflık veya şişmanlık gibi değişiklikler de korku, üzüntü, öfke, içe dönme, depresyon gibi duygusal ve ruhsal sorunlara neden olmaktadır. Hastalığın fonksiyon kaybına, yaşamı tehdit edici özelliğine, görünür değişikliklere neden olmasına ve ergenin kişilik özelliklerine, çocuğun yaşına, sorunlar ile baş etme özelliklerine göre bu sorunların ağırlık derecesi değişebilmektedir (Gökler, 2011, s.496; İnal-Emiroğlu, 2008, s.105; Erermiş, 2008, s.730)

Bu sorunların ortaya çıkışı tek başına kronik hastalığa sahip ergene de bağlı değildir, ailenin iç dinamikleri, çocuğun arkadaşları, çocuğun içinde yaşadığı toplumun özellikleri gibi birçok faktör arasındaki etkileşim sonucu belirler.

Öfkenin bilinen en önemli nedenlerinden birisi engellenmedir. Kronik hastalıklarda bireyin yaşamında belirgin engellenmeler yaşanmaktadır. Hastalığın getirdiği kısıtlamalar, organ ve sistemlere ait fonksiyon kayıpları, devamlı ilaç kullanımı, hastaneye yatış gereksinimi, anne-babaların kısıtlayıcı ve koruyucu tutumları, ergenlerin bağımsızlık istekleri öfkeyi tetikleyebilmektedir. Bu öfke bazen sağlık personeline, bazen aileye, bazen ergenin kendisine yönelmektedir (İnal-Emiroğlu, 2008, s.105; Erermiş, 2008,s.730).

Tedaviye uyum günümüzde tıbbın en çok üzerinde konuşulan konularından birisidir. Öfke, depresyon, anksiyete gibi diğer ruhsal sorunlar ile beraber ergenin tedaviye uyumunu ciddi olarak bozabilmektedir. Verilen önerilere uymama, ilaç kullanmama hatta hastalığı için zararlı olacak davranışlarda bulunma kronik hastalığa sahip ergenlerde sık olarak görülen sorunlardır (Michaud, 89, s.943). Ergenlerin öfkeli ve isyankar yapısı tedaviye uyumu olumsuz etkileyen faktörlerden birisidir. Özellikle ergen hastalığının ölümcül olduğunu düşünüyorsa veya hastalığı nedeni ile sosyal medya yolu ile iletişimde bulunduğu gruplarda aynı hastalık nedeni ile erken kaybedilen veya ağır durumda bulunan yaşlılarına şahit oluyorsa, bu da tedavi uyumunu bozar ve ergeni “nasıl olsa öleceğim, bu tedavileri almamın hiçbir faydası yok” gibi umutsuz düşüncelere sokabilir. Ailelerin yansira ergenlerin de hastalıkları ve tedavileri ile ilgili bilgilendirilmeleri tedavi uyumlarını artıracaktır (Gökler, 2011, s.496).

Ergenlerdeki öfkenin bedensel yansımaları vardır. Öfkeye eşlik eden vücutta otonom sinir sisteminin bir parçası olan sempatik sistem aktivasyonu kalp ritim problemleri, hipertansiyon, ülser, yeme bozuklukları ve fonksiyonel barsak hastalıkları gibi sindirim sorunlarını da içeren bedensel hastalıkların da nedeni olabilmektedir. Bu bulgular kronik hastalığın getirdiği hastalık yükünü daha da artırmakta, içinden daha zor çıkılır tablolara neden olmaktadır (İnal-Emiroğlu, 2008, s.105; Erermiş,2008,s.730; Koptagel İlal, 2011, s.409).

Kronik hastalığa sahip ergenlerin sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade biçimlerinin bilinmesi yüksek sürekli öfke düzeyine sahip olanlarda, öfke kontrolü için eğitim verilmesini sağlayabilir. Öfke sorunu olan ergenlere verilen bilişsel, davranışçı tedavilerin ve destekleyici, rahatlatıcı yaklaşımların ergenlerin öfke kontrolleri üzerinde olumlu etkiler sağladığı gösterilmiştir (Duran, 2005, s.267; Sütcü, 2010, s.56; Sukhodolsky, 2015, s.58; Sawni, 2017, s.1). Bu yaklaşımlar ergenlerin kronik hastalıklarının kontrolüne de önemli katkı sağlayacaktır. Bunun için kronik hastalığı olan ergenlerin tedavisinde, tedaviyi yapan sağlık personelinin yansira, çocuk ve ergen psikoloğu, rehberlik ve psikolojik danışmanlar ve gerekirse çocuk ve ergen psikiyatristlerinin de yardımları alınmalıdır. Kronik hastalığı olan ergenlerde sık görülen öfke, anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunların erken saptanıp, tedavi edilmesi onların kronik hastalıklar ile baş etmelerine önemli katkılar sağlayacaktır. Aile bireyleri de kronik hastalığın, tanı sürecinden başlayarak tüm aşamalarında ciddi psikolojik ve sosyal sorunlar yaşarlar. Onların da desteğe ihtiyaçları vardır. Kronik hastalık tedavisi bir ekip işi olmalı; ergen, ailesi, tedavide yer alan hekimler ve psikolojik

destek yapan gruplarca ortak yapılmalıdır (İnal-Emiroğlu, 2008, s.105; Yazgan İnanç, 2011, s. 690).

I.2.PROBLEM

Araştırmada řu probleme yanıt aranmıştır.

Problem sorusu: Kronik hastalığa sahip ergenlerin s¼rekli ¼fke durumları ve ¼fkeyi ifade tarzları, akut bir hastalık nedeni ile hastaneye başvuran yaşıtlarından farklı mıdır ve s¼rekli ¼fke durumları ve ¼fkeyi ifade tarzları yaş, cinsiyet, ailenin gelir d¼zeyi, ailedeki birey ve kardeş sayısı, ailede kaçıncı çocuk olduğu, çocuğun ¼đrenim d¼zeyi, hastalığı, hastalık nedeni ile izlem s¼resi, tedaviye uyumu, kronik hastalığı olanların hastaneye yatış sıklığına g¼re farklılık g¼sterir mi?

Alt problemler

Araştırmada ayrıntılı olarak aşağıda belirtilen 9 alt probleme yanıt aranmıştır.

1. Kronik hastalığa sahip ergenler ile akut hastalıkla başvuran ergenler arasında s¼rekli ¼fke durumları açıısından anlamlı bir farklılık var mıdır?
2. Kronik hastalığa sahip ergenler ile akut hastalıkla başvuran ergenler arasında ¼fke kontrol d¼zeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Kronik hastalığa sahip ergenler ile akut hastalıkla başvuran ergenler arasında içe y¼nlendirilen ¼fke d¼zeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
4. Kronik hastalığa sahip ergenler ile akut hastalıkla başvuran ergenler arasında dışa y¼nlendirilen ¼fke d¼zeyleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
5. Kronik hastalığa sahip ergenler ile akut hastalıkla başvuran ergenlerin cinsiyetlerine (kız, erkek) g¼re s¼rekli ¼fke durumları ve ¼fke ifade tarzları (¼fke kontrolleri, içe ve dışa y¼nlendirilen ¼fke) arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?
6. Kronik hastalığa sahip ergenlerin s¼rekli ¼fke durumları, ¼fke kontrolleri, içe ve dışa y¼nlendirilen ¼fke durumları; hastanede yatıp, yatmadıklarına g¼re farklılık g¼stermekte midir?
7. Akut ve Kronik hastalığa sahip ergenlerin s¼rekli ¼fke durumları, ¼fke kontrolleri, içe ve dışa y¼nlendirilen ¼fke durumları değişik gelir d¼zeylerine (alt, orta, y¼ksek) farklılık g¼stermekte midir?
8. Akut ve Kronik hastalığı olan ve değişik kardeş sayısına sahip ergenlerin s¼rekli ¼fke durumları, ¼fke kontrolleri, içe ve dışa y¼nlendirilen ¼fke durumları kardeş sayısı ve kaçıncı çocuk olduklarına g¼re farklılık g¼stermekte midir?
9. Akut ve Kronik hastalığa sahip farklı ¼đrenim d¼zeyindeki ergenlerin s¼rekli ¼fke durumları, ¼fke kontrolleri, içe ve dışa y¼nlendirilen ¼fke durumları devam ettikleri ¼đrenim d¼zeylerine ve yaşlarına g¼re farklılık g¼stermekte midir?

I.3. AMAÇ

Bu çalışmada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi (HÜTF) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında izlenen 12-18 yaş arasındaki kronik hastalığa sahip 100 ergende ve aynı yaş grubundaki akut bir hastalık nedeni ile hastaneye başvuran 100 ergende sürekli öfke durumu ve öfke ifade tarzının “sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği” (SÖÖİTÖ) ile değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve kronik hastalığa sahip ergenlerde, akut hastalığa sahip ergenlere göre bir fark olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

I.4. SAYILTILAR

Araştırmanın sayıltıları aşağıdaki gibidir.

1. Araştırmada kontrol edilemeyen değişkenler karşılaştırılan kronik hastalığa sahip ergenleri ve akut hastalıkla başvuran ergenleri aynı oranda etkilemiştir.
2. Çalışmaya katılan KHG ergenler ve AHG ergenler anket ve ölçekleri içten ve doğru şekilde yanıtlamıştır.

I.5. SINIRLILIKLAR

1. Betimsel nitelikteki bu araştırmanın sonuçları, sadece benzer özelliklere sahip hasta gruplarına genellenebilir.
2. Kronik ve Akut hasta grubundaki ergenlere uygulanan sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği ölçeğin ölçtüğü özellikler ile sınırlıdır.

I.6.TANIMLAR

Araştırmada kullanılan temel kavramlara ait tanımlamalar aşağıda belirtilmiştir.

Ergenlik (puberte, adölesan dönemi): Çocukluktan, erişkinliğe geçiş dönemi olup, hormonal, bedensel ve psikolojik hızlı değişimlerin olduğu bir dönemdir. Ergenliğin başlangıç yaşı coğrafi bölgeye, ırk özelliklerine, genetik özelliklere, beslenme durumuna, hastalık ve sağlık durumuna göre değişmekle beraber; genel olarak ülkemizde kızlarda 10-12 yaşlarında, erkeklerde 12-14 yaşlarında başlamaktadır.

Öfke: “Engellenme, incinme ya da gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hışım, hiddet, gazap” (TDK, 2013).

Sürekli öfke: Öfkenin hangi sıklıkta yaşandığını yansıtan bir kavramdır. Bu çalışmada aynı zamanda “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği’nin bir alt ölçeğidir.

Öfke kontrolü: Kişinin öfkesini yansıtmadan, kontrol edebildiğinin göstergesidir. Kişilerin çevresi ile ilişkilerine olumlu olarak yansır. Bu kişiler ilişkilerinde genel olarak anlayışlı, hoşgörülü, sabırlıdırlar. Bu çalışmada aynı zamanda “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği’nin bir alt ölçeğidir.

Dışa y6nelik 6fke: 6fkenin 6evredeki bireylere s6zel ve davranışsal olarak yansıtıldığı durumdur. Bu 6alışmada aynı zamanda ‘‘S6rekli 6fke ve 6fke İfade Tarzı 6l6eği’’nin bir alt 6l6eğidir.

İ6e y6nelik 6fke: 6fkenin dışarıya yansıtılmadığı, ancak i6sel yaşandığı bir durumdur. Bu 6alışmada aynı zamanda ‘‘S6rekli 6fke ve 6fke İfade Tarzı 6l6eği’’nin bir alt 6l6eğidir.

Akut hastalık: Genellikle 3 haftadan kısa s6ren, kalıcı organ ve sistem bozukluklarına neden olmayan hastalıklar.

Kronik hastalık: Genellikle 3 haftadan uzun s6ren, tam olarak d6zelmeyen, tekrarlayıcı olabilen, kalıcı organ ve sistem bozukluklarına neden olan s6regen hastalıklar.



II. KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Bu bölümde ergenlik dönemi, öfke, ergenlerde öfke, kronik hastalığı olan ergenlerde görülebilecek psikolojik sorunlar ve kronik hastalığı olan ergenlerde öfke başlıkları ile ilgili kuramsal bilgiler ve bu konuda yapılmış çalışmalar ele alınacaktır.

2.1. KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1.1. Ergenlik dönemi

Ergenlik dönemi çocuklukla, erişkinlik dönemi arasındaki bir geçiş dönemidir. Bebeklikten sonra en hızlı beden gelişiminin olduğu dönemdir. Bedendeki değişikliklerin yanı sıra ergende yoğun bir ruhsal ve sosyal değişimler de meydana gelir. Kızlarda 10-12 yaş arası, erkeklerde 12-14 yaş arası başlar. Kızlar erkeklerden yaklaşık 1-2 yıl kadar önce ergenliğe girerler. Ergenlik döneminin bitişi ile ilgili kesin bir yaş yoktur. Bazı görüşlere göre 19, bazı görüşlere göre ise 21 yaşına dek uzar. Ergenlik dönemi 3 döneme ayrılarak incelenebilir. Erken ergenlik dönemi; 10-14 yaşlarını; orta ergenlik; 15-17 yaşlarını ve geç ergenlik; 16-21 yaşlarını kapsar. Bu dönemler içerisinde fiziksel değişim ile başlayan ergenlik, cinsel gelişim, bilişsel ve sosyal gelişim ile tamamlanır.

Bedensel değişimler

Kızlarda; hipotalamus-hipofiz-adrenal aks ve hipotalamus-hipofiz-gonodal aks çalışmaya başlar. Bu akslar sonucu salınan hormonların etkisi ile vücutta kısa sürede bir çok değişiklik meydana gelir. Hipotalamusdan GnRh (gonadotropin releasing hormon) salgılanması olur. Bu hormon hipofizden LH (luteinizan hormon) ve FSH (follikül stimülan hormon) salgılanmasına neden olur ve yumurtalıklarda büyüme ve olgunlaşma gerçekleşir. Yumurtalıklardan östradiol salgılanır. Meme gelişimi (telarş) bu hormonun etkisi ile başlar. Adrenalden salgılanan androjenler ile Koltuk altında ve pubik bölgede kıllanmalar (pubarş) başlar. Telarşdan bir kaç yıl sonra adet kanaması (menarş) görülür. Vücutta kıllanmada genel bir artış bunu izler. Vücut yağ dağılımında değişiklikler olur. Göğüsler ile beraber kalçalarda yağ toplanması oluşur, bel incilir. İskelet ve kas kitlesinde artış meydana gelir. Yüzde en fazla olmak üzere, hormonal etki ile vücutta sivilcelenme olur. Kızlarda hızlı bir boy uzaması olur ve birlikte kilo artması da görülür. Dış görünüşün yanı sıra iç organlarda ve iç ve dış cinsel organlarda büyüme olur (Derman, 2008, s.156; Saka, 2011, s.109).

Erkeklerde; hipotalamus-hipofiz-adrenal aks ve hipotalamus-hipofiz-gonodal aks aktif hale gelir. GnRh, gonadotropinlerin salgılanmasına neden olur. LH, Leydig hücrelerinin uyarılması ile testislerin büyüüp gelişmesine ve testesteron üretimine neden olur. Testesteron penisin büyümesini sağlar. Hormonların etkisi ile ciddi bir bedensel gelişme olur. Kas ve iskelet sistemi hızla büyür. Kilo ve boyda artış olur. Vücut şekli değişir. Omuzlar ve göğüs kafesi genişler. Kalçalar daha dar kalır. Koltuk altı ve pubik bölgede kıllanmayı, daha sonra yüz ve diğer vücut

kıllarında artma izler. Ses kalınlaşır. Yüzde ve vücutta sivilceler artar (Derman 2008, s.156); Saka, 2011, s.109).

Ergenlerin beyinlerinde de önemli değişiklikler oluşur. Bu dönemde beyinde hızla yeniden yapılanma meydana gelir. En önemli değişiklikler prefrontal bölgede görülür. Yeni nöronlar arası sinapsların oluşumu ve bazı sinapsların budanması söz konusudur. Steroidler başta olmak üzere hormonların beyin üzerine etkileri söz konusudur. Beyin hücreleri arasında iletimi sağlayan nörotransmitter düzeyleri de bu dönemde değişir. Beynin gri maddesinde bir gerilemenin yanında, beyaz maddede artma vardır (Çelik, 2008, s.42; Vijayakumar, 2018, s.417).

Bilişsel değişiklikler

İlkokulun sonlarına doğru giderek soyut ve simgesel düşünme yeteneği artar. Şimdiye kadar öğrendiklerini kullanarak analiz ve sentez yapabilirler. Sosyal sisteme uyum sağlarlar. Ancak odaklanma gücünü çekebilirler. İlgilerini çeken meslekler bu dönemde belirlenmeye başlar (Yavuzer, 2010, s.246).

Ruhsal değişiklikler

Ergen kendisine ait kişiliğini, ailesine rağmen kurmak ister. Sancılı bir dönemdir. Hem örnek aldığı anne ve/veya babasına benzemek, hem de onlardan ayrı bir birey olduğunu ispatlamak ister. Bunun için onlar ile çatışır, onlara karşı gelir. Kendi hakkındaki kararları kendi almak ister. Duyguları aktiftir. Karşı cinsle eğilim hormonları nedeni ile arttığından, onların ilgisini çekmeye çalışırken utangaçlık, kendine güvensizlik, kıskançlık gibi duygular eşlik edebilir. Bu dönemde korku, öfke, sinirlilik, kaygı sık rastlanan duygulardır. Dürtüsel ihtiyaçları karşılamada sınırlar ve duygusal değişiklikler ile fırtınalı bir dönemdir (Ekşi, 2011 s. 133; Yavuzer, 2010, s.246).

Sosyal değişiklikler

Arkadaşlıklar ve sosyal gruplara dahil olma öne çıkmıştır. Ancak sosyal gruplar tarafından kabul edilmeme korkularını da birlikte yaşarlar. Bazen bir gruba katılabilmek için taviz verebilirler. Karşı cinsle yakınlaşma isteği, ancak bunu gerçekleştirmede çekingenlik ve korkular görülebilir. Okul başarıları odaklanma gücünü nedeni ile azalabilir. Ülkemizde ergenlik dönemine düşen ciddi sınavlar, ergenlerin üzerinde ciddi sosyal baskılara neden olmaktadır (Yavuzer, 2010, s.246).

2.1.2 Öfke ve ifade biçimleri

Öfke bireylerin doğal duygularından birisidir. Engellenme, yoksun bırakılma, aşağılanma, incinme, sınırlarının aşılması, tehdit altında olma durumlarında ve/veya bireyin olayı/durumu böyle algıladığında ortaya çıkmaktadır. Aslında insanın yaşamını sürdürmesini ve kendisini savunmasını sağlayan temel duygulardandır. Köknel (1997) öfkeyi, “engellenme, korku gibi hoş

olmayan durumlarda ortaya çıkan bir tepki” olarak tanımlamaktadır. Navaro’ya (1999) göre öfke “kızgınlığın yoğunlaşmış bir biçimidir”. Aydın (200, s.44), öfkeyi “fizyolojik ve biyolojik tepkiler, sosyal ve bilişsel yapılar gibi birçok unsuru içinde barındıran, genelde istenmeyen bir duygu” olarak tanımlar. Nelson ve ark. (2006; Akt. Mahon 2010, s.178) öfkeyi içsel, öznel (duygular gibi), bilişsel (düşünceler, öz değerlendirme, kişisel konuşma, imajlar, nitelikler) bir deneyim olarak tanımlar.

Öfkenin ortaya çıkmasında; çevresel olaylar ve insanlara karşı, bireyin karakter özellikleri, temel düşünce kalıpları, inançları doğrultusunda oluşturduğu tepkiler söz konudur. Bu negatif duygulanımda artmış fizyolojik değişikliklerin olduğu bir başlangıç dönemi vardır. Bunu suçlayıcı düşünceler dönemi izler ve bazen saldırgan bir davranışa doğru bir eğilim olur. Öfke halinde özellikle böbrek üstü bezlerinden salınan adrenalin ve kortizol ile vücut fizyolojik olarak bir bakıma savaşa hazırlanır. Kaslar gerilir, yumruklar sıkılabilir, yüz kızarır, kan basıncı artar, nabız sayısı artar, terleme, nefeste daralma, vücut ısısında artma, titreme, uyuşma, baş ağrısı, hareketlerde hızlanma görülebilir. Yüzdeki mimikler değişir. Yüz kasları kasılır, bakışlar sertleşir, kaşlar çatılır, çene kasılır, dişler gıcırdatılır (Kerr, 2008, s.559).

Bazı kişilik özelliklerindeki bireylerde öfke daha sık görülmektedir. Öfkeye ilişkin kuramsal görüşler, kişinin çocukluğundan itibaren benimsediği akılcı olmayan düşüncelerinin, durumu yanlış değerlendirmelerinin öfke tepkisinde önemli rol oynadığını düşündürmektedir. Birey yaşadığı durumu normalden abartılı olarak engellenme, tehdit, aşağılama gibi algılayabilmektedir. Aynı zamanda aşırı öfke, problem çözmede yetersizliğin belirtisidir (Kerr, 2008, s.559).

Çocuğun devamlı bir engellenme ve aşağılama gördüğü bir ortamda yaşaması, öfke tepkisinin ortaya çıkmasında önemlidir. Başta aile olmak üzere kişinin yaşadığı çevre koşulları değerlendirilmelidir. Bazen yeni bir yer, yeni bir yaşam, yeni bir ortam anksiyete ile tetiklenen öfkeye neden olabilir. Başkaları tarafından bireylerin sınırını aşan, tehdit oluşturan davranış biçimleri; kendini ve alanını koruma içgüdüleri ile öfkeye neden olabilir (Masud, 2019, s.1).

Öfke tepkisinde model olarak öfke ve saldırganlık davranışının benimsenmesi de önemli olabilir. Özellikle çocuğun aile içinde böyle bir model ile karşılaşması, problem çözmede bu yöntemin kullanıldığının gözlenmesi, bu davranışın yerleşmesinde rol oynayabilir (Kerr, 2008, s.559).

Öfkenin kendisi değil, gösterilme biçimi önemlidir. Öfke bireyin kendisine veya çevresine zarar vermesine neden oluyorsa tehlikelidir. Öfke dışa yöneldiğinde; birey çevresindekilere sözel veya davranışsal olarak öfkesini yansıtır. Bağırma, küfür etme, alaycılık, aşağılama gibi sözel yansımalar izlenebilir. Davranışsal olarak çeşitli aşamalarda saldırganlık görülebilir. Karşısındakine zarar verme, hatta yaralama ve öldürmeye kadar gidebilir. Öfke içe yöneldiğinde ise; somurtma, küsme, içe kapanma ve bedensel hastalık belirtileri ile görülebilir. Öfke

bastırılmadan, ancak zarar vermeden ifade edilmelidir. Bu uygun öfke kontrolü ile bu sağlanır (Kerr, 2008, s.559).

Öfkeyi yansıtma bakımından kadınlar ve erkekler arasında farklar olabilir. Kadınlar ve erkekler genellikle aynı nedenler ile öfkelenmelerine karşın; erkekler öfkeyi daha doğrudan ifade ederken, kadınların öfkelerini daha dolaylı yollar ile ifade ettikleri bilinmektedir. Kız ve erkek çocuklar arasında da aynı fark vardır (Sharkin, 1993, s.386; Lerner, 1996; Balkaya, 2003, S.192; Kerr, 2008, s.560). Ancak batı toplumlarında kadınların rollerinin değişimi ile, yetişen yeni nesil gençlerde kadın ve erkek arasındaki bu fark da değişmektedir (Asgeirsdottir, 2015, s.183). Öfkeyi yansıtma yaşla da ilgilidir. Küçük çocuklar öfkelerini daha açık ve dışa dönük yansıtırken, daha büyük yaşlarda öfkelerini kontrol etmeyi öğrenirler (Kerr, 2008, s.560).

2.1.3 Ergenlerde öfke

Ergenlik yaşa grubunda diğer yaş gruplarına göre öfke davranışı daha sık görülmektedir. Bu davranış ergenlerin bazı kişisel özellikleri ile ilişkili bulunmuştur. Ergenin eğitim durumu, başta aile olmak üzere çevresel faktörler, ergenin psikolojik durumu ve sağlık durumu bunlardan belli başlılarıdır. Ergenlikteki hormonal ve beyindeki değişikliklerin öfke davranışı ile ilişkisi olabileceği düşünülmektedir. Öfke düzeyi ve alt grupları bazı çalışmalarda cinsiyet ile ilişki gösterirken (Danışık, 2005, s.161); bazılarında ilişkili bulunmamıştır (Yönden, 2008, s.1). Kıran ve ark. (2008, s.37) yaptığı bir çalışmada sosyal yetkinlik düzeyleri düşük olan öğrencilerin sürekli öfke ve içte tutulan öfke puanları, sosyal yetkinlik düzeyi orta ve yüksek olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bir çalışmada okul başarısı iyi olan ergenlerin sürekli öfke ve dışa yansıtılan öfke düzeyleri daha düşük bulunmuştur (Albayrak, 2009, s.58).

Ergenlerde öfke ileri düzey davranışlara, saldırganlığa, hatta intihara kadar giden davranışlara neden olabilmektedir (Daniel ve ark.,2009, s.661; Zhang ve ark, 2012, s.e31044; Akın, 2012, s.148). Çin’de Zhang ve arkadaşları tarafından 2012 yılında 14.537 lise öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada intihar düşüncesi, intihar planı ve intihar girişimi ile öfke ve diğer risk faktörleri öğrencilerin kendi doldurdıkları anketler ile değerlendirilmiştir. Öğrencilerin son bir yıl içerisinde %18.5’de intihar düşüncesinin olduğu, %8.7’sinin intihar planı yaptığı, %4.1’nin ise intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür. Bu çalışmada düşmanlık ve öfkeli davranışlara sahip olmanın intihar için en önemli risk faktörü olduğu görülmüştür.

Öfke (anger) ile saldırganlık (aggrettion) birbiri ilişkilidir, ancak aynı şey değildir. Öfke normal bir duygu olmasına karşın, saldırganlık öfkenin kontrol edilmeden, dışa yönelik sözel veya davranışsal aşırı ifade edilmiş şeklidir. Dışa yönelik öfke saldırgan olmadan da ifade edilebilir. Bebeklikteki bazı davranışların ileri yaşlardaki öfke ve saldırgan davranışlara ipucu olduğu söylenmektedir (Hay, 2018, e12576). Tüm çocukluk dönemine bakıldığında öfke ve

saldırıcılığın 5-10 yaşları arasında azaldığı, ergenlik dönemi boyunca yine arttığı (11-18 yaşlar), sonra yine bir azalma gösterdiği de söylenebilir (Petersen, 2015, s.791).

Kontrol altına alınmayan öfke saldırıcılığa neden olabilir. Avcı ve ark. (2016, s.476) tarafından Türkiye'deki ergenlerde saldırıcılığın ve etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmaları 2409 ergen üzerinde gerçekleştirilmiş, çalışmaya alınan ergenlerin %24'ünde saldırıcılık düzeyi yüksek olarak bulunmuştur. Buna etki eden faktörlerin değerlendirilmesinde; saldırıcılığın erkek ergenlerde 1,26 kat, akıl sağlığı bozuk olanlarda 1,92 kat, intihar düşüncesi olanlarda 1.58 kat, üniversite giriş sınavını kazanamayanlarda 1,29 kat, okul başarısı düşük olanlarda 1,62 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Öfke ve saldırıcılık için risk faktörlerinin değerlendirilmesinde, aile içi ve toplumla ilişkili dinamiklerin çok önemli olduğu şüphesizdir. Aile içindeki anne, baba, kardeşler arasında olan ilişkiler çok önemlidir. Ailenin ebeveynlik biçimi öfke ve saldırıcılıkla ilişkili bulunmuştur. Aşırı otoriter veya tamamen serbest yetiştirilen çocuklarda öfke ve agresyon, kuralları olan ve çocuğun psikososyal ihtiyaçlarına önem veren ailelerde yetişen çocuklardan daha fazla bulunmuştur (Masud, 2019, s.1). Diğer yandan, ailenin çocuğu psikolojik olarak aşırı koruyucu tutumu; onun öfke, üzüntü, duygusal çalkantı gibi durumlar ile başa çıkma yetilerinin gelişmemesine ve bu duyguların öfke ve saldırıcılık ile ifadesine neden olabilir (Cui, 2014, s.47).

Akran zorbalığı ergenlerde intihara kadar giden birçok psikolojik soruna neden olmaktadır. Akranları tarafından zorbalık uygulanması çocuklar üzerinde depresyon yanı sıra öfkeye de neden olmaktadır. Düşmanca davranış gören çocuk ve gençlerde de saldırıcılık davranışlar artmaktadır (Dodge, 2003, s.374; Dodge, 2015, s.9310). Son yıllarda siber saldırıcılık (cyberbullying) denilen bir başka kavram da yaşamımıza girmiştir. Zorbalığın tüm yöntemleri bu tip saldırıcılıkta da kullanılmaktadır (Kowalski, 2014, s.1073).

Ergenlerde öfke ve saldırıcılık ile ilgili çalışmalar sosyal medya, televizyon, müzik gibi çevresel etkenlerin de hiç de azımsanmayacak kadar etkili olduğunu göstermektedir (Ekşi, 2011). Vahşet içeren oyunları seyreden veya oynayan çocuk ve gençlerde bu tür davranışların arttığı gösterilmiştir (Bushman, s.2000; Bushman, 2016, s.605; Coyne, 2016, s.284). Bu durumda saldırıcılık ve vahşet sıradanlaşmaktadır.

Kültürel, sosyal çevre ve akran etkisi de sosyal faktörlerdendir. Sosyal ortamdaki ve moral değerlerden ayrılma da özellikle gençlerde öfke ve saldırıcılığın artıran bir nedendir (Gini, 2014, s.56).

Antisosyal davranış gösteren bireyler ile arkadaşlık yapan çocuklarda bu davranışlar artmaktadır. Çocuk ve gencin içinde yaşadığı ortamda öfke ve saldırıcılık yaygın ve normal kabul ediliyorsa;

o da bunu benimseyecektir. İsrail ve Filistin arasındaki devamlı saldırı ve savaş hali, Filistin bölgesinde yaşayan çocuk ve gençlerin bunu normal olarak kabul etmelerine ve akranlarına karşı saldırgan davranışlarına yol açmıştır (Huesmann, 2017, s.39). Aile içi şiddetin yaygın olduğu, orta ve düşük sosyoekonomik koşullara sahip ülkelerde yetişen çocuklar, bunu çoğunlukla normalleştirerek, kendi yaşamlarında da kullanmaktadır (Landsford, 2014, s.1208; Lansford, 2018, s17).

Günümüzde önemli sorunlardan birisi de göçlerdir. Göçler bölünmüş ailelere, vatanından-toprağından ayrı kalmaya, bazen ciddi statü kayıplarına, kültürel çatışmalara, kimlik karmaşasına ve daha birçok psikolojik ve sosyal soruna neden olmaktadır. Burada tetiklenen duygulardan birisi de öfkedir. Göç edilen ülkede ikinci sınıf vatandaş olmak, aşağılık duygusunu yenmek adına öfke ve saldırganlık ile kendini gösterir. Göç alınan ülkede ise dışarıdan gelenleri reddetme, onları küçümseme, onlar ile toprak, iş, aş paylaşmak istememek sonucu ırkçılık ve saldırganlığa kadar giden davranışlara neden olabilir (Gruge, 2015, s.72; Vossoughi, 2018,s.528).

Son yıllarda öfke ve saldırganlığın genetik ve nöro-anatomik temellerini araştıran çalışmalar da sürdürülmektedir. Prefrontal korteksin öfke ve saldırganlıkta en önemli yer olduğu, ayrıca ön hipotalamik nükleus, hipotalamus, hipokampus, amigdala, septal alan, ventral striatum gibi çoğu beyinde limbik sistem ait beyin kısımlarının da öneminden söz edilmektedir (Bartholov, 2018, s.60). Çevresel faktörlerin etkisi çok önemli olmakla beraber, birçok hastalıkta olduğu gibi gen-çevre etkileşimi de önemli olabilir. Örneğin dopamin reseptör genlerinden DRD4 7-Tekrar aleli olan oyun çağı çocuklarının dışa yönelik tepkisel davranışlarının, olmayanlara göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (King, 2016; s.E0160473). Catechol-O-methyltransferase Val158Met genotipi olan çocukların, olmayan akranlarına göre daha fazla olumsuz olay yaşadıkları ve saldırganlık gösterdikleri bulunmuştur (Hygen, 2015, s.1098). Son yıllarda beyin görüntülenmesinde kullanılan magnetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemleri de birçok duygusal etkilenme mekanizması konusunda bilgi verici olmuştur. Santral sinir sisteminde duygular ile ilgili bölümler olan amigdala, insula ve limbik sistemdeki değişiklikleri inceleyen çalışmalar vardır. Öfke ve agresyonun yüksek olduğu bireylerde amigdala hacminin daha küçük olduğu ve fonksiyonel MRG çalışmalarında da çevresi ve ailesi ile çatışma yaşayan ergenlerde limbik sistemde bir uyarılma olduğu saptanmıştır (Pardini, 2014; s.73; Saxbe, 2016, s.595). Bu alandaki çalışmalar devam etmektedir.

2.1.4 Kronik hastalığı olan ergenlerde öfke

Hastalıklara yönelik tıbbi gelişmeler her zaman hastalıklar için tam iyileşme sağlamasa da, geçmişte kaybedilen hastaların daha uzun süre hayatta kalmalarına, yaşam kalitelerinin artmasına olanak sağlamıştır. Bu da günümüzde kronik hastalıkların giderek daha çok görülmesine neden olmuştur (Wise, 2008, s.244).

Çocuk ve ergenlerin yaş gruplarına göre kronik hastalığa yönelik tepkileri değişmektedir. Kronik hastalığa sahip ergenlerde duygusal ve ruhsal sorunların daha fazla olduğu bilinmektedir. Erermiş'in, (2008, s.731) belirttiği gibi ergenlerde kronik hastalık nedeni ile yaşanan temel çatışmalar; kontrol kaybı, bağımsızlığın engellendiği düşüncesi, akranlarından ayrılma, okuldan ayrı kalma ve akademik başarının düşmesi, bedenindeki değişikliklerdir. Kronik hastalıklar çok çeşitlidir. Bir kısmı doğumsal olup, bir kısmı ise kazanılmış hastalıklardır. Günümüzde yeni tedavi olanakları ile önceleri küçük yaşlarda kaybedilen hastalar daha uzun süreler yaşayabilmektedir. Hastalığın özelliğine göre bu hastalığa uyumu getirebildiği gibi, giderek hastanın fonksiyon kayıplarının yaşanması durumunda ciddi sıkıntılara neden olmaktadır.

Hastalığın kendi özellikleri önemlidir. Sık hastaneye yatış, tedavi ve girişim ihtiyacı olması hastalığın getirdiği psikolojik yükü artırır. Hastaneye yatış, kaygı, üzüntü ve öfkeye neden olur. Genç, alıştığı güvenli ortamdaki ve arkadaşlarından ayrı kalmıştır. Aynı odayı birden fazla kişi ile paylaşması gerekebilir ve ergenler için çok önemli olan bireysel alanının kalmaması öfke yaratır. Kendi dışında tedavisi ile ilgili kararlar alınmasına, özgürlüğünün zarar gördüğünü düşünerek, öfke duyabilir. Fiziksel görünümünü etkileyecek girişimler, ilaç etkileri ergen yaş grubunda çok daha fazla önemsenir. Ağrılar, ilaç yan etkileri, uyulması gereken diyetler, uykusuzluk yaşam kalitesinin düşmesine neden olur. Kanselerde olduğu gibi hastalık tekrarlamalar gösterebilir. Bu kaygı, umutsuzluk, çaresizliğe neden olabilir. Bazı kronik hastalıklar ise ölüm ile sonuçlanır. Ergenler genellikle bu gidişin farkındadır. Bu teslimiyet ile gidebildiği gibi, çoğu zaman öfkeye neden olur (İnal-Emiroğlu, 2008, s.105; Erermiş, 2008, 730; Erdoğan, 2008, s.244; Baykara ve ark., 2011, s.388).

Kronik hastalığa sahip ergenin aile yapısı duygusal tepkilerin belirlenmesinde önemlidir. Kronik hastalıkları hem ergen, hem anne-baba, hem de kardeşler için ağır duygusal yüklere neden olur. Ailedeki tüm bireyler hastalığın öğrenilmesinden sonra değişik aşamalarda yasın evrelerini yaşarlar. Öncelikle hastalığı inkar etmeyi seçerler. Tanının yanlış olabileceği düşünülebilir, hastalığa gerektiği önem verilmeyebilir. Daha sonraki evre ise kızgınlık ve öfkedir. Bu evrede hastalığın neden başlarına geldiği sorgulanır. Çocuk ve aile cezalandırıldıklarını düşünürler. Bir neden bulmak gerekir. Teşhisi koyan ve tedavi eden sağlık ekibi sıklıkla suçlanır. Ebeveynler birbirlerini suçlayabilir. Hastalık genetik kökenli ise bu suçlamalar aile köklerine yönelebilir. Üçüncü evre ise kabullenmedir. Bu evrede hastalık kabul edilir ve yapılması gerekenler en iyi şekilde yapılmaya çalışılır. Bu evreler her zaman aynı sırada gitmeyebilir. Kabul evresine geçilmeyebilir veya hastalığın kötüleşmesi veya nüksü ile başa dönülebilir (Gökler, 2011, s.496).

Ergen dışında aile içinde hastalık nedeni ile yaşanan gerginlikler, ergen üzerindeki psikolojik baskıyı artırabilir. Benim yüzümden annem-babam arasındaki ilişkiler bozuldu, benim yüzümden zaten iyi olmayan aile bütçemiz daha da kötüleşti, benim yüzümden kardeşlerim maddi, manevi daha kötü durumdadır diye düşünebilir. Suçluluk duygusu artabilir. Aile içinde kardeşler en çok

etkilenen, ancak belki yeteri kadar önem verilmeyen gruptur. Tüm aşamaların üzüntüsünü yaşarlar, ailenin tüm ilgisi hasta çocuk üzerinde olduğundan ikinci sıraya düşmüşlerdir, yaşlarının ötesinde sorumluluk almak zorunda kalabilirler, erken olgunlaşırlar; bazen de ailenin dikkatini çekmek için başka yolları seçerler. Aile içi dinamiklerin değişmesi öfkenin ortaya çıkış koşullarını etkileyebilir (Ağaoğlu, 2011, s.445; Gökler, 2011, s.496).

Kronik hastalığı olan ergenin iletişimde bulunduğu çevrede psikolojik etkilenmesinde önemli rol oynar. En önemlisi okul ve arkadaşlarıdır. Okul hem ergenin en önemli sosyal çevresi olması nedeniyle, hem de akademik yönden önemlidir. Arkadaşlarından ayrı kalmak, hastalığı nedeniyle damgalanmak, okulda statü kaybetmek, hastalığın ve tedavinin etkileri nedeniyle dış görünüşünde olan önemli değişiklikler olması onu psikolojik olarak yaralar. Aynı zamanda öğretmenlerinin ve arkadaşlarının olumlu desteği hastalığı ile başa çıkmasında önemli bir pozitif etki sağlar.

Ergenin kronik hastalığı ile başa çıkmasında tedaviye sağlayan hekim ve diğer sağlık personelinin de çok önemli bir yeri vardır. Güler yüzlü, onaylayan, anlayan, yardımcı olmaya çalıştığını her an yansıtan, empati ve sevgi dolu davranışlar ergeni psikolojik olarak destekler, tedaviye uyumunu artırır. Bu amaçla okulda ve hastanede psikolojik destek sağlayan rehber ve psikolojik danışmanlar, psikologlar ve psikiyatristlerden de yardım alınabilir. Schaefer ve Kavookjian, (2017 s.2190) kronik hastalığı olan ergen ve gençlerde tedaviye uyumsuzluğu aşmada sağlık personelinin verdiği “motivasyonel görüşme” yönteminin tedaviye çok katkı sağladığı görüşüne ulaşmışlardır. Bu yöntemde; empati, tartışmadan kaçmak, kişisel yönleri desteklemek, direnç yaratmamak gibi temeller vardır.

Woodgate (1998, s.210) kronik hasta gençler ile çalışan sağlık personeline, onların bakış açısından aşağıdaki önerilerde bulunmaktadır;

1. Bana birey gibi davran
2. Anlamaya çalış
3. Bana farklı davranma
4. Bana cesaret ver
5. Beni zorlama
6. Bana seçenekler sun
7. Davranışlarında biraz mizah olsun
8. Ne yaptığının farkında ol

Bir diğer konu ise psikolojik etkilenmenin çocuk ve ergenin sağlığı ve kronik hastalığı üzerine ikincil etkisidir. Psikolojinin biyoloji üzerindeki etkisi bilinmektedir. Ruhsal çatışmalar bilinçdışı otonom sinir sistemi üzerinden dışa vurulurlar. Başlangıçta fonksiyonel bozukluk olarak başlayan bu etkilenmeler, uzun dönemde kalıcı hastalıklara neden olurlar. Özellikle aile içinde bozuk

iletişim biçimleri sonucu gelişen psikolojik etkilenmeler, çocuk ve ergenlerin biyolojisi üzerinde etkisini gösterir. Sindirim sistemi hastalıklarında bu etkiler üzerine birçok çalışma vardır. Kolitlerde, obezite ve anoreksilerde gencin anne veya baba ile ilişki bozukluğu olduğu birçok çalışma ile gösterilmiştir (Koptagel-İlal, 2011, s.409).

Öfke sempatik aktivasyonu artıran bir duygulanımdır. Öfke sırasında otonom sinir sisteminin sempatik/ parasempatik dengesi sempatik sistem yönüne kayar. Böbrek üstü bezlerden kortizon ve adrenalin artışı olur. Sempatik sistem insanın temel davranış modellemesinde tehdit ve stres karşısında kaç veya savaş modelini yerine getirmesini sağlayan, çok hızlı devreye giren bir sistemdir. Bu aniden artan hormonlar kalp hızı ve tansiyonda artışa neden olur.

Suris ve ark. (2011, s.328) tarafından gerçekleştirilen, 7249 ergenin psikosomatik bulgular açısından değerlendirildiği çalışmada, kronik sağlık sorunu olmayanlarda psikosomatik yakınmalar %15 sıklıkta görülürken, kronik sağlık sorunu olan ergenlerde psikosomatik yakınmaların daha fazla olduğu ve %30 sıklıkta görüldüğü bildirilmiştir. Tüm bunlar kronik hastalığı olan ergenin yakınmalarının artması ve yaşam kalitesinin bozulması ile sonlanacaktır.

Ülkemizde de giderek artan hastalığa yönelik aile dernekleri ve destek gruplarının da olumlu destekleri alınabilir. Söz konusu hastalığa sahip aynı durumda çok sayıda birey olduğunun görülmesi, onların deneyimleri güç verir. Hasta bireyler genellikle sosyal iletişim ağları içerisinde etkin etkileşim içinde olurlar. Ancak bu iletişim içerindeyken aynı hastalıktan kaybedilen yaşlılarından haberdar olmak zaman, zaman umutsuzluklara neden olabilir. Bu dernekler hastalar ve yakınlarına eğitim vermek, bu konudaki sağlık personeline eğitim vermek gibi sorumlulukları da taşırlar.

2.2 İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

Ergenlerde öfke ve ifade tarzının değerlendirildiği çalışmalar

Albayrak ve Kutlu'nun (2009, s.57) 16-18 yaşları arasındaki, 276 ergenin SÖÖİTÖ ile öfke ve ifade tarzlarını değerlendirdikleri çalışmalarında cinsiyet, davranış biçimi (girişken, çekingen, değişken), arkadaş ilişkileri (iyi, orta, kötü), okul başarısı (iyi, orta, kötü), akademik puan (geçer, orta, iyi, pekiyi), alkol ve sigara kullanma durumu, aile tipi (çekirdek, geniş, boşanmış), fikir sorma, aile yapısı (baskıcı, aşırı koruyucu, mükemmeliyetçi, hepsi), anneyi tanımlama (sinirli, neşeli, sakın, değişken), babayı tanımlama (sinirli, neşeli, sakın, değişken), sağlık sorunları olup, olmaması ve hayatını ne kadar etkilediği, beden kitle indeksi gibi bir çok değişken alınmış ve öfke/ öfke ifade tarzları ile ilişkileri değerlendirilmiştir. Çalışmada ergenlerin, öfke düzeyi arttıkça İYÖ ve DYÖ'nin arttığı; ÖK'lerinin ise azaldığı görülmüştür. Beden kitle indeksine göre zayıf olarak değerlendirilen öğrencilerin, SÖ ve İYÖ düzeyleri düşük; obez olarak değerlendirenlerde ise SÖD ve İYÖ düzeyleri yüksek bulunmuştur. Sağlık sorunlarından

etkilenme düzeyi ile İYÖ'nin daha arttığı görülmüştür. Ayrıca bu çalışmada, saldırgan davranışlara sahip olduğunu söyleyen ergenlerin SÖD, İYÖ ve DYÖ puanları diğerlerinden yüksek, ÖK düzeyleri ise diğerlerinden düşük bulunmuştur. Girişken öğrencilerin ise İYÖ düzeyleri, diğerlerinden daha düşük bulunmuştur. Okul başarılarını çok iyi olarak tanımlayan öğrencilerin SÖD, DYÖ puanları diğerlerine göre daha düşük, kötü/çok kötü olarak tanımlayanların ise ÖK düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Arkadaşları ile ilişkilerini çok iyi olarak tanımlayan öğrencilerin İYÖ puanları diğerlerinden düşüktür. Aile içi kararlarda etkileri olmayan ergenlerin İYÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Aile yapılarını baskıcı olarak tanımlayan ergenlerin SÖD, DYÖ puanları daha yüksek, anlayışlı olarak tanımlayanların ise İYÖ puanları daha düşüktür. Babalarını sınırlı olarak tanımlayan ergenlerin SÖD ve İYÖ puanları daha yüksektir. Aile içinde alkol kullanan kişilerin olduğu ergenlerin SÖD düzeyleri diğerlerinden daha yüksektir. Babalarını sakin olarak tanımlayan ergenlerin ise ÖK puanları daha yüksektir. Alkol kullanan ergenlerin DYÖ puanları diğerlerinden yüksektir.

Albayrak ve Kutlu'nun bu çalışması birçok özellikleri ile bu konudaki yazın bilgileri ile uyumlu sonuçlara varılan, ergenlerde öfke ve ifade tarzları ile ilgili birçok faktörün ele alındığı bir çalışmadır. Aile özellikleri, arkadaş ilişkileri, alışkanlıklar, okul başarısı yanı sıra; obezite ve kronik hastalığa sahip olmanın öfke ifade biçimleri üzerine etkisi de bu çalışma ile gösterilmiştir.

Özmen ve ark. (2016, s.65) ergenlerde sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarını değerlendirdikleri çalışmalarında, Manisa ili merkez okullarında ilköğretim ikinci kademedeki bulunan 6,7,8. sınıf öğrencilerinden toplam 1581 ergene demografik bilgi formu yanı sıra SÖÖİTÖ ve "Durumluluk sürekli Anksiyete Ölçeği" uygulanmıştır. Bu çalışmada erkek ergenlerin SÖD, DYÖ düzeyleri kızlardan daha yüksek bulunmuş, İYÖ ve ÖK açısından cinsiyet açısından fark saptanmamıştır. Yaşlarına göre bakıldığında, 13 yaş ve üzerindeki ergenlerde, 13 yaş altındakilere göre anlamlı olarak DYÖ düzeyleri daha yüksek, ÖK düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Baba eğitimi ile öfke puanları arasında ilişki yokken, anne eğitimi arttıkça çocuklarda ÖK puanlarının arttığı görülmüştür. Kardeş sayısının etkisi gösterilmemiştir. Parçalanmış ailelerdeki çocukların SÖD, DYÖ, İYÖ düzeyleri diğerlerine göre anlamlı yüksek, ÖK kontrol puanları ise anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Gelir algısı ile öfke ve ifade tarzları arasında bir ilişki gösterilmemiştir.

Kronik hastalığı olan ergenlerde öfke ve öfke ifade tarzının değerlendirildiği çalışmalar

Kronik hastalığı olan ergenlerde öfke düzeyinin ve öfke ifadesinin araştırıldığı çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Burada hastalığın ne olduğu ve ağırlığı yanı sıra, ergenin kişilik özellikleri, anne baba tutumu, ergen tarafından hastalığın bilinme derecesi, eğitim durumu, okul başarısı gibi birçok faktör rol oynayabilmektedir. Bunlardan bazılarından burada söz edilecektir.

Bodur ve ark. tarafından (2010, s.645) Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde izlenen kronik hastalığa sahip 10-19 yaşları arasındaki 68 ergen hastanın değerlendirildiği bir çalışmada

ergenlerin SÖD yüksek bulunmuştur. Bu çalışmada öfkeyi etkileyen faktörler değerlendirildiğinde; anne-baba tutumu, hastalığın tedavisi hakkındaki bilgi düzeyi ve okul başarı durumu ile öfke düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır .

Taşcı Eser ve ark. tarafından (2013, s. 116) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde kronik hastalığı nedeni ile hastanede yatan 64 ergene SÖÖİTÖ'nin uygulandığı benzer bir çalışmada ergenlerde SÖD ve ÖK puanları yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada, hastalığın tipinin sürekli öfke puanlarına etkisi değerlendirildiğinde, immünolojik sorunları olan ergenlerin sürekli öfke puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Görme engelli ergenlerde öfke düzeylerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada da sağlıklı ergenlere göre SÖD puan ortalamaları yüksek bulunmuştur (Karaca, 2011, s.291).

Hastalıkların türü de kendine özgü özellikleri ile ergenlerin psikolojileri üzerine farklı şekillerde etki etmektedir.

Kanser hastalığı, bu açıdan üzerinde en çok çalışma yapılan gruptur. Kanser hastası çocuklar ve ergenler ile yapılan bir çalışmada kanser hastası çocukların SÖD, İYÖ ve DYÖ puanları sağlıklı kontroller göre yüksek bulunmuştur (Steele, 2009, s.51).

Hui- Chien ve ark. (2018, s.1) tarafından Taywan'da kanser hastalığı olan adolesanların bundan nasıl etkilendiklerine dair yapılan çalışmada, 11-18 yaşları arasında kanser tanısı almış 16 ergen çalışmaya alınmıştır. Ortalama yaşları 13.8 olan bu ergen grubunun %50'si lösemi; %18.8 osteosarkom; %12.5'i lenfoma ve ve %6.2'si histiositozis tanılı olduğu; tanı sürelerinin 1 ay ve 3 yıl arasında değiştiği ve 3 vakada tekrarlama olduğu bildirilmiştir. Araştırmanın amaçlarından birisi olan hastaların yakınmalarına bakıldığında; ağrı, halsizlik, baş dönmesi, denge bozuklukları, tedavilere bağlı yan etkiler (ağrı, bulantı, halsizlik, yiyeceklerde kısıtlanma, vücutlarında ameliyat izleri, kilo alma, veya kilo kaybı, ciltte koyulaşma, saç ve vücut kıllarında kayıp); hastanede uzun süre kalma, eğitim hayatından uzak kalma, arkadaşlarından uzak kalma, aktivitelerinin kısıtlanması gibi sorunlar izlenmiştir. Hastaların duygusal reaksiyonların bakıldığında ise; korku, üzüntü, öfke, yalnızlık duygusunun ön planda olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, kronik hastalığı olan ergenlerde kanserin tekrarlama korkusu, tedavilerin belirsizliği, ölüm korkusu, fonksiyon kaybı, akademik başarı kaybı, dış görünüm bozulması, arkadaşlarından ayrı kalma üzüntüsü gibi duygu ve düşüncelerin olduğu belirlenmiştir. Öfke ise, ağrıya karşı dayanmak zorunda olmak ve ailenin hastalığı nedeni ile yaşamlarına getirdiği kısıtlamalar olarak belirtilmiş. Bu deneyimden, öğrendiklerine bakıldığında ise; birçok şeyin değerini anladıkları, ailedeki bağlılığın önemi, pozitif düşünmenin faydası, sağlıklı yaşam biçiminin bunların arasında olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma kanser deneyimi geçiren ergenlerin fiziksel, psikolojik, sosyal, yaşam değişimine dair bir çok sıkıntıları olmasına karşın, pozitif deneyimlerde kazandığını göstermiştir.

Diabet çocuklarda sık görülen bir hastalıktır. Diabetin adölesanlarda psikososyal problemlere neden olduğu bilinmektedir (Bernstein, 2013, s.10). Diabetli hastalarda en çok anksiyete, depresyon ve öfke izlenmektedir. Ayrıca yeme bozuklukları, hipoglisemi korkusu da diabetli hastalarda görülebilen diğer psikolojik sorunlardandır (Jaser, 2010, s.1). Kakleas ve ark. (2009, s.339) tip 1 diabetin ergenlerde psikiyatrik bozukluklara neden olduğunu ve bu oranın %10-20 olduğunu belirtmişlerdir. Buna karşın Sivertsen ve ark. (2014, s.83) Norveç'te 2012 yılında 16-19 yaşları arasındaki 9883 Tip 1 diabeti olan ergen üzerinde yaptıkları çalışmalarında, genel ergen yaş grubuna göre psikososyal problem artışına yönelik bulgu saptamamışlardır. Diabet kampına katılan ergen ve çocukların ruhsal durumlarının değerlendirildiği bir başka çalışmada katılımcıların %48.2'sinde öfke sorunu saptanmıştır (Arıkan, 2007, s.294).

Drobic Radobuljac ve ark. (2009, s.424) çalışmasında Slovenya'da tip 1 diabeti olan 14-19 yaşları arasındaki 126 ergen ve kontrol grubu olarak alınan 499 ergende kendine zarar veren davranışlar ve intihar sıklığı araştırılmıştır. Tip 1 diabetli ergen erkeklerde kontrol grubundan daha az, ancak tip 1 diabetli kızlarda kontrol grubundan daha fazla intihar sıklığı bulunmuştur. Efe ve Erdem'in (2018, s.174) çalışmasında tip 1 diabetli çocuklarda kendine zarar veren davranışlar ve saldırganlığın kontrol grubundan yüksek olduğu saptanmıştır.

Toplumda sık görülen ve psikosomatik yönü bilinen hastalıklardan birisi de irritabl barsak sendromudur. Romanya'da yaşayan irritabl barsak sendromu tanısı olan genç ve erişkinlerde sürekli öfkenin kontrol grubundakilere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Stanculete, 2014, s.98).

Çalışmamız da kronik hastalık grubunda 33 tane kistik fibrozis tanılı hasta bulunmaktadır. Kistik fibrozis erken yaşta kayıplara neden olan, başta solunum sistemi olmak üzere, sindirim sistemi, ter bezleri, üreme bezlerini etkileyen genetik bir hastalıktır. Ülkemizde ise kayıtlı 2.000 civarında hasta olduğu ancak çok sayıda da tanı almamış hasta olduğu tahmin edilmektedir. Hastalığın ilerleyici nitelikte olması, hastaların kendileri ve aileleri için ciddi psikososyal yüke neden olmaktadır (Besier, 2011, s.435).

Ergenlik dönemindeki kistik fibrozisli bireyler, birçok biyolojik, psikolojik ve sosyal sorun gösterirler. Biyolojik olarak; ergenliğe yaşlılardan geç girerler, boyları kısadır, kemikleri zayıftır, büyümeleri için yeterli kaloriyi sağlayamadıkları için olmaları gerekenden zayıf olabilirler. Psikolojik açıdan; psikosomatik bulguları olabilir, bebeksi davranabilirler, ben merkezci olabilirler, cinsel açıdan yeteri kadar gelişmemelerini sorun edebilirler, depresyon ve öfke gösterebilirler, yeme bozuklukları gösterebilirler, tedaviye uyumları bozulabilir, riskli davranışlar gösterebilirler, öfkeleri yüksek olabilir. Sosyal açıdan; ailelerinden ayrılmakta zorlanabilirler, yaşlıları tarafından damgalanma ve dışlanma yaşayabilirler, mikrop bulaşma riski nedeni ile diğer aynı tanılı bireylerden uzak durmak zorunda kalırlar, akran ve karşı cins ilişkileri bozulabilir, iş

bulma ve gelecek kaygıları vardır (Segal, 2008, s.15). Bütün bunların kistik fibrozisli bireyler için hastalıkla ilişkili ne ağır yük oluşturduğu açıktır.

Besier ve Goldbeck'in (2011, s.435) Almanya'da 162 kistik fibrozis tanılı, 12-17 yaşları arasındaki ergen üzerinde yaptıkları çalışmalarında, ergenlerin %8-12'sinde anksiyete ve depresyon saptanmışken; ebeveynlerinde bu oran %38 olarak daha yüksek bulunmuştur.

Ülkemizden Gülser-Dinç ve ark. (2018, 60, s.32) kistik fibrozisli 7-16 yaşlar arasındaki çocuk ve ergenlerde psikiyatrik sorunları ve hastaların yaşam kalitelerini değerlendirdikleri çalışmalarında, hastalarda herhangi bir psikiyatrik tanı alma oranı %80 olarak saptanmıştır. Hastalarda en sık depresyon ve karşı gelme davranış bozukluğu saptanmış ve yaşam kalitelerinin bozuk olduğu görülmüştür.

Bütün bu çalışmalar gözönüne alındığında; ergenlik dönemi kendine özgü fizyolojik, bilişsel, sosyal ve psikolojik değişimlerin görüldüğü özel bir dönemdir. Öfke, insanın yaşamını sürdürmesine yardımcı olan temel duygulanımlardan birisidir ve engellenme, incinme, aşağılanma, sınırlarının aşılması, yoksun bırakılma gibi durumlarda veya birey tarafından bu şekilde algılandığında ortaya çıkar. Ergenlik dönemi öfkeli davranışların sık görüldüğü fırtınalı bir dönemdir. Fizyolojik, sosyal, ailesel bir çok faktör ergende öfkenin ortaya çıkmasında ve ifade edilme biçiminde etkilidir. Kronik hastalıklar; sık hastaneye yatış, tedavi, girişim gerektiren uzun süreli rahatsızlıklardır. Çocuk ve ergenin yaşı, hastalığın ağırlığı, sosyal çevre, çocuğun ve ailenin baş etme yöntemlerine bağlı olarak kronik hastalıklara verilen psikolojik tepkiler değişmektedir. Kronik hastalığa sahip ergenlerde depresyon, kaygı, öfke de dahil olmak üzere birçok psikolojik sorun görülmektedir. Kanser, diyabet, kistik fibrozis gibi hastalıklar başta olmak üzere bu konuda çok sayıda çalışmalar vardır. Öfke de dahil olmak üzere psikolojik sorunlar tedaviye uyumu da bozar. Kronik hastalığa sahip ergenlerde psikolojik sorunların saptanması, buna yönelik tedaviler ve yaklaşımlar, hastalık ile başedilmesine ve yeni ek psikosomatik sorunların önlenmesine katkı sağlayacaktır.

III. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örneklem, veri toplama araçları ile verilerin toplanması ve verilerin analizi konularında bilgi verilmiştir.

3.1.ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırma, kronik hastalığa sahip ergenlerin sürekli öfke durumları ve öfke ifade tarzları (öfke kontrolü, içe ve dışa yönlendirilen öfke durumları) ile akut hastalığa sahip ergenlerin sürekli öfke durumları ve öfke ifade tarzlarını (öfke kontrolü, içe ve dışa yönlendirilen öfke durumları) incelemeye yönelik karşılaştırma türünde (Statik Grup Karşılaştırma Deseni) ve ilişkisel tarama modelinde betimsel bir çalışmadır (Karasar, 2013). Kronik hastalığa sahip ergenin öfke ve öfke ifade tarzlarını etkileyebilecek cinsiyet, hastalığın etkilediği organ ve sistem, tedaviye uyum, hastalığın tanısından beri geçen süre, son bir yıl içerisinde hastaneye yatış sıklığı, ailenin gelir durumu, ailede kardeş sayısı, öğrenim veya çalışma durumu gibi değişkenler bu çalışmada ele alınan bağımsız değişkenlerdir. Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesindeki bilim dallarında kronik hastalıkları nedeni ile ergenlerden çalışmaya katılmayı kabul edip, kişisel bilgi formu ve SÖÖİTÖ ölçeğini dolduran 12-18 yaşları arasındaki ilk 100 ergen (KHE) ve aynı şekilde HÜTF, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı bünyesindeki bilim dallarına akut hastalıkları nedeni ile başvuran, ayaktan ve yatarak izlenen ergenlerden çalışmaya katılmayı kabul edip, kişisel bilgi formu ve SÖÖİTÖ ölçeğini dolduran 12-18 yaşları arasındaki ilk 100 ergen (AHE) karşılaştırma gruplarını oluşturmuştur.

3.2. EVREN VE ÇALIŞMA GRUBU

Araştırmanın evrenini; 2014 yılında çalışma süresince (Nisan-Haziran 2014), Ankara İl merkezinde bulunan ve HÜTF, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesine akut veya kronik hastalığı nedeni ile başvuran, ayaktan veya yatarak izlenen, 12-18 yaşları arasındaki hastalar oluşturmuştur.

Araştırmanın çalışma grubunu ise; bu evren içinde kronik hastalıkları nedeni ile izlenen, çalışmaya katılmayı kabul edip, kişisel bilgi formu ve ölçeği dolduran 12-18 yaşları arasındaki ilk 100 ergen ve akut hastalıkları nedeni ile başvuran, ayaktan ve yatarak izlenen, çalışmaya katılmayı kabul edip, kişisel bilgi formu ve ölçeği dolduran 12-18 yaşları arasındaki ilk 100 ergen oluşturmuştur.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Bu çalışmada HÜTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında izlenen 12-18 yaş arasındaki kronik hastalığa sahip 100 ergende ve aynı yaş grubundaki akut bir hastalık nedeni ile

hastaneye başvuran 100 ergende, sürekli öfke durumu ve öfke ifade tarzı “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği” (SÖÖİTÖ) ile ölçülmüştür. Spielberger (1983) tarafından geliştirilen bu ölçek, Özer (1994) tarafından Türkçe’ye uyarlanıp geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek 34 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler ile Sürekli Öfke (10 madde) ve Öfke İfade Tarzı (24 madde) değerlendirilmektedir. Öfke İfade Tarzı Ölçeği üç alt gruptan oluşmaktadır. Kontrol altına alınmış öfke (8 madde; 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30, 34 numaralı maddelerden alınan puanların toplanması ile); Dışa vurulan öfke (8 madde; 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 33 numaralı maddelerden alınan puanların toplanması ile); İçe yönelik öfke (8 madde; 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27, 31 numaralı maddelerden alınan puanların toplanması ile) elde edilecektir. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınan puanın yüksek olması, öfke düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Dışa vurulan öfke alt ölçeğinden alınan puanın yüksek olması öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu; içe yönelik öfke alt ölçeğinden alınan puanın yüksek olması öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir. Kontrol altına alınmış öfke alt ölçeğinden alınmış puanın yüksek olması öfkenin kontrol edilebildiğini göstermektedir (Özer, 1994).

Ölçeğin güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin geçerlilik- güvenilirlik çalışmalarında tüm grup verileri üzerinden yapılan Cronbach alfa değerleri ayrı, ayrı hesaplanmıştır. Bunlar “sürekli öfke” alt grubu için 0.79; “kontrol altına alınmış öfke” alt grubu için 0.84; “dışa vurulmuş öfke” alt grubu için 0.78; ve “içe yönelik öfke” alt grubu için 0.62 olarak bulunmuştur (Özer, 1994).

Kişisel bilgi formu, SÖÖİTÖ ve akut ve kronik hasta gruplarındaki hastaların tanıları ekte verilmiştir (Bkz Ek 1,2).

3.4.VERİLERİN TOPLANMASI

Verilerin toplanmasından önce Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı ve Bilim Dalı başkanlarından izinler alınmıştır. Etik kurul izni için HÜTF Etik Kuruluna başvurularak alınmıştır (24 Mart 2014 tarih, GO14/141-08 karar numarası). Kronik hastalık nedeni ile izlenen ve akut hastalığı nedeni ile hastaneye başvuran ergenlerden çalışmaya katılmayı kabul edenlere gerekli açıklamalarda bulunulduktan sonra çalışmaya katılmak için gerekli onamlar alınıp, daha sonra kişisel bilgiler için anket formları doldurulmuş ve SÖÖİTÖ yüz yüze açık görüşme yöntemi ile uygulanmıştır.

3.5. VERİLERİN ANALİZİ VE İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Verilerin değerlendirilmesi için istatistiksel yöntemlerin uygulanmasında IBM, SPSS-20 paket programı kullanılmıştır. Verilerin kronik ve akut hastalık gruplarının her biri için alınan puanlar ortalama, ortanca, minimum-maksimum ve standart sapmalarına bakılmıştır. Grupların karşılaştırılmasından önce, grupların içindeki değişkenlerin (Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, evdeki birey sayısı, hastaneye yatış, SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK

puanları) normal dağılım gösterip, göstermedikleri Kolmogorov Smirnov testi ile belirlenmiştir (Bkz Ek 3). KGH ve AHG'larındaki ergenlerin SÖÖİTÖ ve alt ölçeklerinden alınan puanların, değişkenlere göre karşılaştırılmasında gruplar homojen dağılmadıkları için parametrik olmayan istatistiksel yöntemlerden ilişkisiz ölçümler için Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. KHG ve AHG'larındaki ergenlerin tedaviye uyumları, yaşları ve cinsiyetleri, KHG'daki ergenlerin hastalığın etkilediği organ ve sistem, hastalığın tanısından beri geçen süre, son bir yıl içerisinde hastaneye yatıp yatmadıkları, ailenin gelir durumu, ailede kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, ailedeki birey sayısı, devam ettiği öğrenim düzeyi/ yaşı gibi değişkenler ile SÖÖİTÖ ölçeği ile ölçülen sürekli öfke ve öfke kontrolü, içe yönelik öfke, dışa yönelik öfke alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki korelasyonun değerlendirilmesinde, ilişkisiz ölçümler için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.



IV. BULGULAR

Çalışmaya Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinde akut hastalıklar nedeni ile izlenen 100 ve kronik hastalıklar nedeni ile izlenen 100 ergen alınmıştır.

Verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular, araştırmanın problem ve alt problemleri sırasına göre sunulmuştur.

4.1. AKUT HASTALIK GRUBUNDAKİ (AHG) ve KRONİK HASTALIK GRUBUNDAKİ ERGENLERİN (KHG) DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR VE GRUPLARIN KOLMOGOROV SİMİRNOV NORMALLİK TESTİ SONUÇLARI.

Grupların karşılaştırılmasından önce, grupların içindeki değişkenlerin (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, evdeki birey sayısı, hastaneye yatış, SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK puanları) normal dağılım gösterip, göstermedikleri Kolmogorov Smirnov testi ile belirlenmiştir. Tablo 1. de görüldüğü gibi verilerin normal dağılmadığını görülmektedir.

EK 3’de SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK için belirtilen normallik değerleri (Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Simirnov) yanısıra; basıklık ve çarpıklık (Skewness-Kurtosis) değerleri, histogram grafiği, eğilimden arındırılmış (Detrended normal) Q-Q grafikleri incelendiğinde de verilerin normal dağılmadığına ilişkin oluşan kanaat pekişmektedir

Veriler normal dağılmadığı için karşılaştırmalarda parametrik olmayan ilişkisiz ölçümler için iki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi; ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi ve korelasyonlar için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir.

Tablo 1. AHG ve KHG'larındaki Ergenlerin Değişkenlere Göre Normallik Testi Sonuçları (Kolmogorov Smirnov Testi).

Demografik özellikler		Ortalama (ort)	Standart Sapma (SS)	Varyasyon katsayısı (SS/ort)	Maksimum Mutlak Fark (D)	P
Yaş	AHG	14,735	1,803	0,122	0,139	0,000*
	KHG	14,650	1,7167	0,117	0,118	0,002*
Cinsiyet	AHG	1,340	0,476	0,355	0,422	0,000*
	KHG	1,550	0,500	0,322	0,366	0,000*
Eğitim Durumu	AHG	8,800	1,777	0,202	0,159	0,000*
	KHG	8,280	1,745	0,210	0,144	0,000*
Kardeş Sayısı	AHG	2,480	1,275	0,514	0,327	0,000*
	KHG	2,830	1,240	0,438	0,235	0,000*
Kaçınıcı Çocuk	AHG	1,910	1,408	0,737	0,285	0,000*
	KHG	2,000	1,231	0,616	0,242	0,000*
Ailenin Gelir Durumu	AHG	1,650	0,557	0,338	0,345	0,000*
	KHG	1,510	0,611	0,405	0,348	0,000*
Evdeki Birey Sayısı	AHG	4,220	0,883	0,209	0,328	0,000*
	KHG	4,630	1,107	0,239	0,189	0,000*
Yatarak Tedavi	AHG	-	-	-	-	-
	KHG	1,110	0,314	0,280	0,361	0,000*
SÖD	AHG	23,860	6,642	0,278	0,119	0,001*
	KHG	23,230	6,628	0,285	0,108	0,006*
İYÖ	AHG	16,560	4,573	0,276	0,103	0,010*
	KHG	16,440	4,745	0,289	0,086	0,063
DYÖ	AHG	18,270	5,401	0,296	0,143	0,000*
	KHG	17,040	5,648	0,331	0,125	0,001*
ÖK	AHG	18,710	5,284	0,282	0,104	0,010*
	KHG	20,640	5,430	0,263	0,081	0,102

P<0.05

Tablo 2’de Akut Hastalık Grubundaki (AHG) ve Kronik Hastalık Grubundaki (KHG) ergenlerin demografik özellikleri ve grupların birbirleri ile karşılaştırması yer almaktadır

Tablo 2. AHG ve KHG'larındaki Ergenlerin Değişkenlere Göre Mann Withney U testi Sonuçları

Demografik Özellikler	Grup	Alt Boyut	Frekans	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann Withney U	Z	P
Yaş	AHG	12-14	47	101,96	10195,50	4854,50	-0,359	0,720
		15-16	30					
		17-18	23					
	KHG	12-14	47	99,50	9904,50			
		15-16	32					
		17-18	21					
Cinsiyet	AHG	Kız	66	90,00	9000,00	3950,00	-2,981	0,003*
		Erkek	34					
	KHG	Kız	45	111,00	11000,00			
		Erkek	55					
Eğitim Durumu	AHG	Ortaokul	47	104,77	10163,00	3902,00	-1,969	0,049
		Lise	53					
	KHG	Ortaokul	47	89,15	8558,00			
		Lise	53					
Kardeş Sayısı	AHG	1-2	68	89,39	8939,00	3889,00	-2,921	0,003*
		3-4	27					
		5 ve üzeri	5					
	KHG	1-2	43	111,61	11161,00			
		3-4	50					
		5 ve üzeri	7					
Kaçınıcı Çocuk	AHG	1	46	97,76	9776,00	4726,00	-0,717	0,474
		2	35					
		3	12					
		4 ve üzeri	7					
	KHG	1	45	103,24	10324,00			
		2	27					
		3	18					
		4 ve üzeri	10					
Ailenin Gelir Durumu	AHG	<2000 TL	39	107,57	10757,00	4293,00	-1,949	0,051
		2000-5000 TL	57					
		>5000 TL	4					
	KHG	<2000 TL	55	93,43	9343,00			
		2000-5000 TL	39					
		>5000 TL	6					
Evdeki Birey Sayısı	AHG	<5	73	88,95	8894,50	3844,50	-2,995	0,003*
		≥5	27					
	KHG	<5	45	112,06	11205,50			
		≥5	55					
Tedavi Durumu	AHG	Ayakta	100	95,00	9500,00	4450,00	-3,403	0,001*
		Yatarak	0					
	KHG	Ayakta	89	106,00	10600,00			
		Yatarak	11					

P<0.05

4.2. AHG ve KHG'DAKİ ERGENLERİN (KHG) SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZI ÖLÇEĞİ (SÖÖİTÖ) PUANLARI VE BUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.

AHG ve KHG'daki hastalara uygulan "Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği" (SÖÖİTÖ) puanları Tablo 3'de özetlenmiştir. AHG'daki ergenlerin Öfke Kontrol (ÖK) puanları, KHG'daki ergenlere göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde düşüktür (p:0.011). Sürekli Öfke Düzeyleri (SÖD), İçe Yönelik Öfke (İYÖ) puanları ve Dışa Yönelik Öfke (DYÖ) puanları arasında ise fark bulunmamıştır.

Tablo 3. AHG ve KHG'larındaki Ergenlerin SÖÖİTÖ Testi Sonucu (SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK) Alt Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi).

Alt Ölçekler	Grup	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Mann Withney U	Z	P
SÖD	AHG	102,97	10297,00	4753,00	-0,604	0,546
	KHG	98,03	9803,00			
İYÖ	AHG	101,20	10120,00	4930,00	-0,171	0,864
	KHG	99,80	9980,00			
DYÖ	AHG	107,71	10771,00	4279,00	-1,765	0,078
	KHG	93,29	9229,00			
ÖK	AHG	90,17	9016,50	3966,50	-2,530	0,011*
	KHG	110,84	11083,50			

SÖD: Sürekli Öfke Düzeyi, İYÖ: İçe Yönelik Öfke, DYÖ: Dışa Yönelik Öfke, ÖK: Öfke Kontrolü

P<0.05

4.2.1.HASTANEDE YATARAK VEYA AYAKTAN İZLENMENİN SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK PUANLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

AHG ve KHG'da ayakta izlenen 189 ve yatırılarak izlenen 11 hastanın SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK puanlarının karşılaştırılması Tablo 3'de özetlenmiştir. Ayaktan ve yatırılarak izlenen hastaların SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK puanları arasında fark saptanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Ayaktan ve Yatırılarak İzlenen Ergenlerin SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi).

İzlem Yeri	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
Ayaktan İzlenen Hastalar (n=189)	Ortalama	23,40	16,38	17,56	19,54
	Ortanca	23,00	16	16	19
	Değer aralığı	(11-39)	(8-32)	(8-32)	(8-32)
	Ss	6,62	4,67	5,57	5,43
Hastanede İzlenen Hastalar (n=11)	Ortalama	25,90	18,45	19,36	21,91
	Ortanca	27	18	18	22
	Değer aralığı	(18-34)	(11-26)	(12-28)	(12-30)
	Ss	6,59	3,90	4,95	5,13
Gruplar Arası Fark	Sıra ortalaması	99,30	98,96	99,26	99,02
	Sıralar toplamı	18768,50	18702,50	18760,50	18715,00
	Mann Whitney U	813,50	747,50	805,50	760,00
	Z	-1,213	-1,568	-1,256	-1,501
	P	0,152	0,121	0,089	0,345

$P < 0.05$

4.2.2.AHG VE KHG ERGENLERİN OKUL DÜZEYİNE GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.

AHG'daki ortaokul ve liseye devam eden ergenlerin SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 5).

Tablo 5. AHG'daki Ergenlerin Okul Düzeylerine Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Mann Whitney U Testi).

Okul Düzeyi	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
Ortaokul n=47	Ortalama	23,02	16,36	17,53	19,17
	Ortanca	21	16	16	19
	Değer Aralığı	(13-36)	(9-29)	(8-30)	(10-31)
	Ss	5,92	4,66	5,20	4,98
	Sıra Ortalaması	46,70	48,01	45,63	51,53
	Sıralar Toplamı	2195,00	2256,50	2144,50	2422,00
	Lise n=53	Ortalama	24,48	16,66	19,00
Ortanca		23,5	16,00	19,00	18,50
Değer Aralığı		(13-39)	(9-32)	(10-30)	(8-30)
Ss		7,38	4,10	5,67	5,57
Sıra Ortalaması		51,16	49,93	52,17	46,62
Sıralar Toplamı		2558,00	2496,50	2608,50	2331,00
Gruplar Arası Fark	Mann Whitney U	1067,00	1228,50	1016,50	1056,00
	Z	-0,781	-0,337	-1,147	-0,861
	P	0,217	0,467	0,079	0,714

$P < 0.05$

KHG'daki ortaokul ve liseye devam eden ergenlerin SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. KHG'daki Ergenlerin Okul Düzeylerine Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Mann Whitney U Testi).

Okul Düzeyi	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
Ortaokul n=47	Ortalama	21,95	15,76	16,31	20,91
	Ortanca	20	15	14	20
	Değer Aralığı	(11-37)	(8-24)	(8-32)	(8-32)
	Standart Sapma	6,79	4,51	5,92	5,78
	Sıra Ortalaması	44,44	45,65	45,21	49,24
	Sıralar Toplamı	2400,00	2465,00	2441,50	2659,00
	Lise n=53	Ortalama	24,28	17,03	17,67
Ortanca		25,00	17,00	17,00	20,00
Değer Aralığı		(12-39)	(8-30)	(10-32)	(8-31)
Standart Sapma		6,40	4,90	5,36	5,13
Sıra Ortalaması		53,71	52,17	52,73	47,55
Sıralar Toplamı		2256,00	2191,00	2214,50	1997,00
Gruplar Arası Fark	Mann Whitney U	915,00	980,00	956,50	1094,00
	Z	-1,620	-1,140	-1,314	-0,296
	P	0,105	0,254	0,189	0,767

$P < 0.05$

4.2.3.AHG VE KHG'DAKİ ERGENLERİN CİNSİYETLERİNE GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ VE ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AHG'daki ergenlerin cinsiyetlerine göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının karşılaştırmasında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olmadığı görülmüştür (Tablo 7).

Tablo 7. AHG'daki Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Mann Whitney U Testi).

Cinsiyet	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
Kız n=66	Ortalama	24,64	16,98	19,06	18,15
	Ortanca	24,00	17,00	19,00	18,50
	Değer Aralığı	(13-39)	(9-32)	(8-30)	(8-31)
	Standart Sapma	7,18	5,04	5,71	5,57
	Sıra Ortalaması	53,36	53,14	54,44	47,81
	Sıralar Toplamı	3522,00	3507,00	3593,00	3155,50
	Erkek n=34	Ortalama	22,35	15,73	16,74
Ortanca		20,50	15,00	16,00	18,50
Değer Aralığı		(15-36)	(11-24)	(10-26)	(13-28)
Standart Sapma		5,21	3,40	4,42	4,56
Sıra Ortalaması		44,94	45,38	42,85	55,72
Sıralar Toplamı		1528,00	1543,00	1457,00	1894,50
Gruplar Arası Fark	Mann Whitney U	933,0	948,00	862,00	944,50
	Z	-1,377	-1,270	-1,896	-1,295
	p	0,168	0,204	0,058	0,195

$P < 0.05$

KHG'daki ergenlerin cinsiyetlerine göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının karşılaştırmasında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olmadığı görülmüştür (Tablo 8).

Tablo 8. KHG'daki Ergenlerin Cinsiyetlerine Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Mann Whitney U Testi).

Cinsiyet	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
Kız n=66	Ortalama	24,22	16,91	17,93	20,20
	Ortanca	25,00	17,00	17,00	20,00
	Değer Aralığı	(12-39)	(10-30)	(9-32)	(8-32)
	Ss	6,88	4,87	6,16	5,92
	Sıra Ortalaması	54,70	52,18	54,20	48,59
	Sıralar Toplamı	2461,50	2448,00	2439,00	2186,50
	Erkek n=34	Ortalama	23,19	16,44	17,04
Ortanca		21,00	16,00	16,00	21,00
Değer Aralığı		(11-36)	(8-26)	(8-29)	(12-21)
Ss		6,40	4,64	5,13	5,01
Sıra Ortalaması		47,06	49,13	47,47	52,06
Sıralar Toplamı		2588,50	2702,00	2611,0	2863,50
Gruplar Arası Fark	Mann Whitney U	1048,50	1162,00	1071,00	1151,50
	Z	-1,311	-0,524	-1,156	-0,597
	p	0,190	0,600	0,248	0,550

$P < 0.05$

4.2.4.AHG ve KHG’LARINDAKİ ERGENLERİN KARDEŞ SAYISINA GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ VE ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.

AHG’daki ergenlerin kardeş sayısına göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının karşılaştırmasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. AHG’daki Ergenlerin Kardeş Sayısına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Kruskal Wallis Testi).

Cinsiyet	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
1 n=6	Ortalama	21,66	18,33	16,50	20,33
	Ortanca	22,00	18,50	16,00	18,50
	Değer Aralığı	(15-29)	(13-24)	(14-20)	(13-28)
	Ss	4,88	3,98	2,25	5,92
2 n=62	Ortalama	23,74	15,74	18,61	18,06
	Ortanca	22,50	15,00	18,50	18,00
	Değer Aralığı	(13-38)	(9-25)	(10-30)	(9-28)
	Ss	6,77	3,99	5,46	4,88
3 n=22	Ortalama	25,36	17,81	19,00	19,22
	Ortanca	25,00	19,00	18,00	19,00
	Değer Aralığı	(13-39)	(9-32)	(8-30)	(8-31)
	Standart Sapma	7,35	5,52	6,00	5,98
4 n=5	Ortalama	19,00	14,00	12,40	20,60
	Ortanca	19,00	13,00	10,00	15,00
	Değer Aralığı	(17-22)	(13-16)	(10-14)	(15-26)
	Ss	1,87	1,41	1,51	4,15
5 ve üzeri n=4	Ortalama	26,20	21,60	18,80	20,60
	Ortanca	25,00	21,00	19,00	23,00
	Değer Aralığı	(22-32)	(15-29)	(13-23)	(11-30)
	Ss	4,20	5,27	4,02	7,56
Gruplar Arası Fark	<i>p</i>	0,226	0,066	0,066	0,710
<i>P</i> <0.05					

KHG'daki ergenlerin kardeş sayısına göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının karşılaştırmasında anlamlı fark görülmemiştir (Tablo 10).

Tablo 10. KHG'daki Ergenlerin Kardeş Sayısına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Kruskal Wallis Testi).

Kardeş Sayı	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
1 n=9	Ortalama	24,77	17,44	18,22	18,22
	Ortanca	27,00	20,00	18,00	18,00
	Değer Aralığı	(15-34)	(12-22)	(14-23)	(12-22)
	Ss	6,81	4,18	2,48	2,86
	Sıra Ortalaması	56,94	56,11	58,44	36,61
2 n=34	Ortalama	25,26	16,55	18,23	20,00
	Ortanca	25,50	17,00	16,50	20,50
	Değer Aralığı	(15-37)	(9-26)	(8-32)	(8-32)
	Ss	6,18	4,49	6,08	5,96
	Sıra Ortalaması	56,60	49,26	53,79	46,71
3 n=36	Ortalama	22,80	16,30	17,36	20,61
	Ortanca	23,00	15,50	17,00	19,50
	Değer Aralığı	(12-39)	(8-30)	(9-32)	(11-31)
	Ss	6,67	4,98	6,13	5,88
	Sıra Ortalaması	45,15	46,83	47,83	47,63
4 n=14	Ortalama	20,92	17,14	14,64	23,35
	Ortanca	19,00	17,00	13,00	22,50
	Değer Aralığı	(14-34)	(8-26)	(11-24)	(16-30)
	Ss	6,28	4,75	3,97	4,55
	Sıra Ortalaması	36,39	52,71	35,86	62,54
5 ve üzeri n=3	Ortalama	17,57	13,85	12,85	21,57
	Ortanca	15,00	12,00	12,00	22,00
	Değer Aralığı	(11-26)	(8-24)	(8-21)	(18-24)
	Ss	6,02	5,69	3,97	1,81
	Sıra Ortalaması	28,00	17,33	25,67	49,50
	<i>p</i>	0,074	0,295	0,120	0,249

P<0.05

4.2.5.AHG VE KHG'DAKİ ERGENLERİN EVDE YAŞAYAN BİREY SAYISINA GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AHG'daki ergenlerin evde yaşayan birey sayısına göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının karşılaştırılmasında İYÖ puanları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ve evde beşten fazla bireyin yaşadığı ailelerdeki çocukların İYÖ puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 11).

Tablo 11. AHG'daki Ergenlerin Evde Yaşayan Birey Sayısına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Mann Whitney U Testi).

Evdekiler	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
5'den az n=73	Ortalama	23,78	15,79	18,08	18,41
	Ortanca	23,00	15,00	16,00	18,00
	Değer Aralığı	(13-39)	(9-25)	(10-30)	(9-28)
	Ss	6,60	4,01	5,36	4,92
	Sıra Ortalaması	50,09	46,22	49,21	49,08
	Sıralar Toplamı	3656,50	3374,00	3592,00	3582,00
	5'den çok n=27	Ortalama	24,07	18,62	18,77
Ortanca		22,00	19,00	19,00	19,00
Değer Aralığı		(13-38)	(9-32)	(8-30)	(8-31)
Ss		6,86	5,38	5,57	6,17
Sıra Ortalaması		51,61	62,07	54,00	54,35
Sıralar Toplamı		1393,00	1676,00	1458,00	1467,50
Gruplar Arası Fark	Mann Whitney U	955,50	673,00	891,00	881,50
	Z	-0,233	-2,433	-0,735	-0,810
	p	0,816	0,015*	0,462	0,418

P<0.05

KHG'daki ergenlerin evde yaşayan birey sayısına göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının karşılaştırmasında SÖD puanları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu ve evde beşten az bireyin yaşadığı ailelerdeki çocukların SÖD puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 12. KHG'daki Ergenlerin Evde Yaşayan Birey Sayısına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Mann Whitney U Testi).

Evdekiler	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
5'den az n=3	Ortalama	24,55	16,66	17,86	20,35
	Ortanca	23,00	16,00	17,00	21,00
	Değer Aralığı	(12-37)	(9-26)	(8-32)	(8-31)
	Ss	6,45	4,51	5,70	5,41
	Sıra Ortalaması	56,14	52,27	54,03	50,96
	Sıralar Toplamı	2582,50	2404,50	2485,50	2344,00
	5'den çok n=27	Ortalama	22,07	16,25	16,36
Ortanca		20,00	17,00	14,00	20,00
Değer Aralığı		(11-39)	(8-30)	(8-32)	(11-32)
Ss		6,67	4,95	5,55	5,48
Sıra Ortalaması		45,69	48,99	47,49	50,11
Sıralar Toplamı		2467,50	2645,50	2564,50	2706,00
Gruplar Arası Fark		Mann Whitney U	982,50	1160,50	1079,50
	Z	-1,797	-0,565	-1,126	-0,146
	P	0,038*	0,593	0,146	0,863

$P < 0.05$

4.2.6.AHG VE KHG'DAKİ ERGENLERİN KAÇINCI ÇOCUK OLDUKLARINA GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ VE ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.

AHG'daki ergenlerin kaçınıcı çocuk olduklarına göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının karşılaştırmasında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olmadığı görülmüştür (Tablo 13).

Tablo 13. AHG'daki Ergenlerin Kaçınıcı Çocuk Olduklarına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Kruskal Wallis Testi).

Kaçınıcı Çocuk	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
1 n=46	Ortalama	24,77	17,44	18,22	18,22
	Ortanca	27,00	20,00	18,00	18,00
	Değer Aralığı	(15-34)	(12-22)	(14-23)	(12-22)
	Ss	6,81	4,18	2,48	2,86
2 n=35	Ortalama	25,26	16,55	18,23	20,00
	Ortanca	25,50	17,00	16,50	20,50
	Değer Aralığı	(15-37)	(9-26)	(8-32)	(8-32)
	Ss	6,18	4,49	6,08	5,96
3 n=12	Ortalama	22,80	16,30	17,36	20,61
	Ortanca	23,00	15,50	17,00	19,50
	Değer Aralığı	(12-39)	(8-30)	(9-32)	(11-31)
	Ss	6,67	4,98	6,13	5,88
4 ve üzeri n=3	Ortalama	20,92	17,14	14,64	23,35
	Ortanca	19,00	17,00	13,00	22,50
	Değer Aralığı	(14-34)	(8-26)	(11-24)	(16-30)
	Ss	6,28	4,75	3,97	4,55
	<i>p</i>	0,890	0,268	0,643	0,295

P<0.05

KHG'daki ergenlerin kaçınıcı çocuk olduklarına göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının karşılaştırmasında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farkın olmadığı görülmüştür (Tablo 14).

Tablo 14. KHG'daki Ergenlerin Kaçınıcı Çocuk Olduklarına Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Kruskal Wallis Testi).

Kaçınıcı Çocuk	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
1 n=45	Ortalama	23,06	15,73	17,17	20,00
	Ortanca	23,00	16,00	17,00	20,00
	Değer Aralığı	(14-36)	(8-30)	(9-29)	(11-32)
	Ss	6,14	4,55	4,75	4,60
	Sıra Ortalaması	48,13	44,42	50,07	45,62
2 n=27	Ortalama	24,96	17,18	17,70	20,70
	Ortanca	24,00	17,00	16,00	22,00
	Değer Aralığı	(12-37)	(9-26)	(8-32)	(8-31)
	Ss	6,75	4,89	6,47	5,95
	Sıra Ortalaması	55,41	52,76	50,11	50,22
3 n=18	Ortalama	23,16	18,00	17,44	21,66
	Ortanca	22,00	18,50	15,50	19,50
	Değer Aralığı	(14-39)	(10-25)	(9-32)	(11-31)
	Ss	6,87	4,60	6,72	7,32
	Sıra Ortalaması	46,92	58,28	47,72	52,44
4 ve üzeri n=6	Ortalama	19,00	14,80	13,90	21,50
	Ortanca	15,50	13,50	12,00	22,00
	Değer Aralığı	(11-34)	(8-24)	(8-22)	(16-28)
	Ss	7,28	4,96	4,58	3,24
	Sıra Ortalaması	24,92	30,58	31,83	50,50
	<i>p</i>	0,109	0,097	0,493	0,806

P<0.05

4.2.7. AHG VE KHG'DAKİ ERGENLERİN AİLENİN GELİR DURUMUNA GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ VE ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.

AHG'daki ergenlerin ailenin gelir durumuna göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının karşılaştırmasında İYÖ puanları arasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu görülmüştür (Tablo 15.) Bu farkın nereden geldiğinin ayrıntılı araştırmasında aylık kazancı 5.000 TL ve üzerindeki aileler ile, 2.000-5.000 TL arasındaki aileler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu izlenmiştir (p:0.025). İYÖ, 2000-5000 TL kazancı olan ailelerde daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca 2.000 TL'den az olan aileler ile 2.000-5000 TL arasında gelir düzeyi olan aileler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (p:0.043) gözlenmiştir. Bu karşılaştırmada da İYÖ 2000-5000 TL kazancı olan ailelerde daha yüksek olduğu izlenmiştir (Tablo 15).

Tablo 15. AHG'daki Ergenlerin Ailenin Gelir Durumuna Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Kruskal Wallis Testi).

Gelir Durumu	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
<2000TL n=39	Ortalama	23,23	15,64	17,64	19,28
	Ortanca	22,00	15,00	16,00	19,00
	Değer Aralığı	(13-39)	(9-29)	(8-30)	(10-31)
	Ss	6,20	4,49	5,64	5,17
	Sıra Ortalaması	48,38	44,42	47,04	53,91
2000-5000TL n=57	Ortalama	24,59	17,45	18,45	18,29
	Ortanca	23,00	18,00	17,00	18,00
	Değer Aralığı	(13-38)	(9-32)	(10-30)	(8-30)
	Ss	6,89	4,54	5,32	5,42
	Sıra Ortalaması	53,54	56,59	51,36	48,18
>5000TL n=4	Ortalama	19,50	12,75	21,75	19,00
	Ortanca	16,50	13,00	21,50	17,50
	Değer Aralığı	(16-29)	(11-14)	(19-25)	(15-26)
	Ss	6,35	1,50	2,75	4,96
	Sıra Ortalaması	27,88	23,00	48,18	50,38
	<i>p</i>	0,195	0,020*	0,245	0,635

P<0.05

KHG'daki ergenlerin ailenin gelir durumuna göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının karşılaştırmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (Tablo 16).

Tablo 16. KHG'daki Ergenlerin Ailenin Gelir Durumuna Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Kruskal Wallis Testi).

Gelir Durumu	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
<2000TL n=39	Ortalama	23,27	16,47	17,30	20,50
	Ortanca	21,00	17,00	16,00	21,00
	Değer Aralığı	(11-39)	(8-30)	(8-32)	(8-30)
	Ss	7,09	4,59	6,03	5,06
	Sıra Ortalaması	50,14	50,63	51,23	50,46
2000-5000TL n=57	Ortalama	23,28	16,00	17,17	20,38
	Ortanca	23,00	16,00	16,00	19,00
	Değer Aralığı	(14-36)	(8-26)	(8-29)	(8-32)
	Ss	6,15	4,89	5,29	5,95
	Sıra Ortalaması	51,03	47,88	52,05	48,37
>5000TL n=4	Ortalama	21,83	19,00	13,66	23,50
	Ortanca	23,50	20,50	14,00	22,00
	Değer Aralığı	(12-29)	(12-26)	(10-18)	(18-31)
	Ss	6,61	5,13	3,20	5,12
	Sıra Ortalaması	50,42	66,33	33,75	64,67
	<i>p</i>	0,989	0,347	0,340	0,438

P<0.05

4.2.8. AHG VE KHG'DAKİ ERGENLERİN İZLENDİKLERİ BÖLÜMLERE GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ VE ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.

AHG'daki ergenlerin izlendikleri bölümlere göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanları Tablo 17'de özetlenmiştir. İzleyen bölümlere devam eden ergenler arasında sayı olarak önemli farklar olduğu için sağlıklı bir sonuca ulaşılamayacağından istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 17. AHG'daki Ergenlerin İzlendikleri Bölümlere Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanları

İzlendiği Bölüm		SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
Göğüs Hastalıkları n=8	Ortalama	21,87	16,87	16,87	19,50
	Ortanca	21,50	17,00	16,00	18,50
	Değer Aralığı	(17-29)	(12-22)	(10-25)	(13-30)
	Ss	4,51	4,70	4,54	5,20
Alerji n=1	Ortalama	29,00	23,00	21,00	24,00
	Ortanca	29,00	23,00	21,00	24,00
	Değer Aralığı	29,00	23,00	21,00	24,00
	Ss	-	-	-	-
Adölesan n=85	Ortalama	24,03	16,54	18,40	18,27
	Ortanca	23,00	16,00	17,00	18,00
	Değer Aralığı	(13-39)	(9-32)	(10-30)	(8-28)
	Standart Sapma	6,85	4,59	5,38	5,16
Kardiyoloji n=3	Ortalama	23,33	15,00	19,33	25,30
	Ortanca	25,00	17,00	23,00	27,00
	Değer Aralığı	(13-32)	(9-19)	(8-27)	(18-31)
	Ss	9,60	5,29	10,01	6,65
Romatoloji n=2	Ortalama	24,50	16,00	18,00	20,00
	Ortanca	24,50	16,00	18,00	20,00
	Değer Aralığı	(22-27)	(12-20)	(13-23)	(15-25)
	Ss	3,53	5,65	7,07	7,07
Çocuk cerrahisi n=1	Ortalama	20,00	15,00	13,00	22,00
	Ortanca	20,00	15,00	13,00	22,00
	Değer Aralığı	20,00	15,00	13,00	22,00
	Ss	-	-	-	-
Toplam n=100	Ortalama	23,86	16,56	18,27	18,71
	Ortanca	23,00	16,00	17,00	18,50
	Değer Aralığı	(13-39)	(9-32)	(8-30)	(8-31)
	Ss	6,64	4,57	5,40	5,28

KHG'daki ergenlerin izlendikleri bölümlere göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanları Tablo 18'de özetlenmiştir. İzleyen bölümlere devam eden ergenler arasında sayı olarak önemli farklar olduğu için sağlıklı bir sonuca ulaşılamayacağından istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 18. KHG'daki Ergenlerin İzlendikleri Bölümlere Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanları,

İzlendiği Bölüm		SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
Göğüs Hastalıkları n=33	Ortalama	23,39	16,51	17,09	20,72
	Ortanca	24,00	17,00	16,00	20,00
	Değer Aralığı	(12-36)	(9-26)	(8-29)	(11-31)
	Ss	5,84	4,26	5,93	5,56
Alerji n=11	Ortalama	26,54	18,18	18,45	19,54
	Ortanca	27,00	19,00	16,00	20,00
	Değer Aralığı	(16-37)	(9-24)	(12-32)	(8-32)
	Ss	7,32	5,03	5,78	7,46
Nefroloji n=17	Ortalama	21,82	16,17	15,88	21,64
	Ortanca	21,00	17,00	15,00	22,00
	Değer Aralığı	(14-34)	(8-24)	(9-28)	(12-31)
	St,Deviasyon	6,38	4,66	4,85	5,02
Adölesan n=2	Ortalama	25,50	19,00	20,00	18,50
	Ortanca	25,50	19,00	20,00	18,50
	Değer Aralığı	(25-26)	(16-22)	(14-26)	(16-21)
	Ss	0,707	4,24	8,48	3,53
Kardiyoloji n=6	Ortalama	27,00	15,66	20,83	18,66
	Ortanca	26,50	14,50	21,50	18,50
	Değer Aralığı	(19-35)	(13-22)	(16-26)	(13-25)
	Ss	7,40	3,26	3,86	4,67
Hematoloji n=6	Ortalama	21,16	16,33	15,16	21,33
	Ortanca	21,00	14,50	14,00	21,00
	Değer Aralığı	(15-28)	(11-26)	(11-22)	(17-28)
	Ss	5,19	5,75	4,11	3,98
Endokrinoloji n=3	Ortalama	26,33	17,33	21,00	16,30
	Ortanca	25,00	15,00	19,00	17,00
	Değer Aralığı	(15-39)	(12-25)	(12-32)	(11-21)
	Ss	12,05	6,80	10,14	5,03
Genel Poliklinik n=2	Ortalama	27,50	20,50	19,00	21,00
	Ortanca	27,50	20,50	19,00	21,00
	Değer Aralığı	(26-29)	(17-24)	(17-21)	(20-22)
	Standart Sapma	2,12	4,94	2,82	1,41
Romatoloji n=4	Ortalama	23,75	13,75	17,50	21,50
	Ortanca	24,00	14,00	17,00	23,00
	Değer Aralığı	(14-33)	(10-17)	(12-25)	(11-29)
	Ss	8,77	3,77	6,75	7,93
Nöroloji n=4	Ortalama	21,25	16,00	16,25	21,25
	Ortanca	18,00	17,00	15,00	20,00
	Değer Aralığı	(15-34)	(8-22)	(11-24)	(15-30)
	Ss	8,61	5,88	6,02	6,29
Gastroenteroloji n=7	Ortalama	22,00	17,42	17,14	20,00
	Ortanca	23,00	14,00	16,00	19,00
	Değer Aralığı	(14-31)	(12-30)	(11-26)	(13-29)
	Ss	6,00	6,47	5,66	5,09
Metabolizma n=2	Ortalama	14,50	11,00	11,50	25,00
	Ortanca	14,50	11,00	11,50	25,00
	Değer Aralığı	(14-15)	(10-12)	(11-12)	(22-28)
	Ss	0,70	1,41	0,70	4,24
İmmünoloji n=1	Ortalama	11,00	8,00	8,00	22,00
	Ortanca	11,00	8,00	8,00	22,00
	Değer Aralığı	11,00	8,00	8,00	22,00
	Ss	-	-	-	-
Genetik n=1	Ortalama	20,00	19,00	11,00	18,00
	Ortanca	20,00	19,00	11,00	18,00

	<u>Değer Aralığı</u>	20,00	19,00	11,00	18,00
	Ss	-	-	-	-
Ortopedi n=1	<u>Ortalama</u>	16,00	11,00	12,00	28,00
	<u>Ortanca</u>	16,00	11,00	12,00	28,00
	<u>Değer Aralığı</u>	16,00	11,00	12,00	28,00
	Ss	-	-	-	-
Toplam n=100	<u>Ortalama</u>	23,19	16,44	17,04	20,64
	<u>Ortanca</u>	23,00	16,50	16,00	20,00
	<u>Değer Aralığı</u>	(11-39)	(8-30)	(8-32)	(8-32)
	Ss	6,66	4,74	5,64	5,43

4.2.9. KHG'DAKİ ERGENLERİN TEDAVİYE UYUM DURUMLARINA GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ VE ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ.

KHG'daki ergenlerin tedaviye uyum düzeylerine göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK puanlarının karşılaştırmasında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı görülmüştür (Tablo 19).

Tablo 19. KHG'daki Ergenlerin Tedaviye Uyum Düzeylerine Göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK Puanlarının Karşılaştırması (Kruskal Wallis Testi).

Gelir Durumu	Parametre	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
Az n=13	Ortalama	26,07	17,30	19,23	13,00
	Ortanca	24,00	17,00	20,00	20,00
	Değer Aralığı	(17-39)	(11-25)	(9-32)	(8-30)
	Standart Sapma	6,34	4,47	7,44	6,50
Orta n=28	Ortalama	24,17	16,00	18,10	19,60
	Ortanca	25,00	15,50	16,50	20,00
	Değer Aralığı	(14-36)	(9-26)	(8-29)	(11-29)
	Standart Sapma	6,40	4,61	6,40	5,47
Yüksek n=59	Ortalama	22,08	16,45	16,05	21,38
	Ortanca	21,00	17,00	16,00	21,00
	Değer Aralığı	(11-35)	(8-30)	(8-26)	(8-32)
	Standart Sapma	6,68	4,91	4,61	5,12
Gruplar Arası Fark	<i>p</i>	0,109	0,696	0,241	0,373

$P < 0.05$

4.3.AHG VE KHG ERGENLERİN SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK İLE YAŞ, KARDEŞ SAYISI, KAÇINCI ÇOCUK OLDUĞU, EVDEKİ BİREY SAYISI VE ÖFKE PUANLARININ BİRBİRLERİ İLE İLİŞKİSİ BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER ARASINDA SPEARMAN KORELASYON TESTİ İLE DEĞERLENDİRİLMİŞTİR. EVDEKİ BİREY SAYISI İLE İYÖ ARASINDA İSTATİSTİKSEL OLARAK ANLAMLILIK, POZİTİF YÖNDE, ZAYIF DÜZEYDE BİR KORELASYON SAPTANMIŞTIR. AYRICA SÖD İLE, İYÖ VE DYÖ ARASINDA POZİTİF YÖNDE SİRASILI İLE ORTA VE KUVVETLİ BİR KORELASYON VE SÖD İLE ÖK ARASINDA NEGATİF YÖNDE ORTA DÜZEYDE BİR KORELASYON; İYÖ İLE SÖD VE DYÖ ARASINDA POZİTİF YÖNDE ORTA DÜZEYDE BİR KORELASYON SAPTANIRKEN; İYÖ İLE ÖK ARASINDA ANLAMLILIK BİR KORELASYON SAPTANMAMIŞTIR. DYÖ İLE SÖD VE İYÖ ARASINDA SİRASILIYLA POZİTİF YÖNDE KUVVETLİ VE ORTA DÜZEYDE ANLAMLILIK BİR KORELASYON SAPTANIRKEN, SÖD İLE ÖK ARASINDA NEGATİF YÖNDE ORTA DÜZEYDE BİR KORELASYON SAPTANMIŞTIR. ÖK İLE SÖD VE DYÖ ARASINDA NEGATİF YÖNDE ORTA DÜZEYDE BİR KORELASYON SAPTANMIŞTIR (Tablo 20).

AHG'daki ergenlerde SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK ile yaş, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, evdeki birey sayısı ve öfke puanlarının birbirleri ile ilişkisi bağımsız değişkenler arasında Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Evdeki birey sayısı ile İYÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, zayıf düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. Ayrıca SÖD ile, İYÖ ve DYÖ arasında pozitif yönde sırası ile orta ve kuvvetli bir korelasyon ve SÖD ile ÖK arasında negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon; İYÖ ile SÖD ve DYÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon saptanırken; İYÖ ile ÖK arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. DYÖ ile SÖD ve İYÖ arasında sırasıyla pozitif yönde kuvvetli ve orta düzeyde anlamlı bir korelasyon saptanırken, SÖD ile ÖK arasında negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. ÖK ile SÖD ve DYÖ arasında negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. AHG' Ergenlerde SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK ile Yaş, Kardeş Sayısı, Kaçınıcı Çocuk Olduğu, Evdeki Birey Sayısı ve Öfke Puanlarının Birbirleri ile İlişkisi (Spearman Korelasyon Testi).

	Yaş	Kardeş Sayısı	Kaçınıcı Çocuk	Evdeki Birey Sayısı	SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK	
SÖD	<i>r</i>	0,096	0,077	0,023	0,062	1,000	0,515	0,723	-0,559
	<i>P</i>	0,344	0,447	0,820	0,537	-	0,000*	0,000*	0,000*
İYÖ	<i>r</i>	0,050	0,101	0,00	0,249	0,515	1,000	0,353	-0,125
	<i>P</i>	0,618	0,319	0,997	0,013*	0,000*	-	0,000*	0,215
DYÖ	<i>r</i>	0,171	-0,039	-0,046	0,083	0,723	0,353	1,000	-0,489
	<i>P</i>	0,090	0,701	0,653	0,414	0,000*	0,000*	-	0,000*
ÖK	<i>r</i>	-0,093	0,100	0,071	0,084	-0,559	-0,125	-0,489	1,000
	<i>P</i>	0,357	0,322	0,484	0,407	0,000*	0,215	0,000*	-

r: Korelasyon kat sayısı ; $P < 0,05$

KHG'daki ergenlerde SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK ile yaş, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, evdeki birey sayısı ve öfke puanlarının birbirleri ile ilişkisi (korelasyon) bağımsız değişkenler arasında Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir (Tablo 21). SÖD ile kardeş sayısı ve evdeki birey sayısı arasında sırası ile orta ve zayıf düzeyde negatif yönde bir korelasyon, DYÖ ile kardeş sayısı ve evdeki birey sayısı arasında zayıf düzeyde negatif yönde bir korelasyon, ÖK ile kardeş sayısı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir korelasyon saptanmıştır.

Tablo 21. Kronik Hastalık Grubundaki Ergenlerde SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK ile Yaş, Kardeş Sayısı, Kaçınıcı Çocuk Olduğu, Evdeki Birey Sayısı ve Öfke Puanlarının Birbirleri ile İlişkisi (Sperman Korelasyon Testi)

		Yaş	Kardeş Sayısı	Kaçınıcı Çocuk	Evdeki Birey Sayısı	İzlem Süresi	Son Bir Yılda Yatış Sayısı
SÖD	<i>r</i>	0,151	-0,336	-0,102	-0,275	0,122	0,052
	<i>P</i>	0,134	0,001*	0,314	0,006*	0,231	0,609
İYÖ	<i>r</i>	0,113	-0,092	0,101	-0,070	0,020	-0,084
	<i>P</i>	0,264	0,362	0,317	0,486	0,843	0,404
DYÖ	<i>r</i>	0,173	-0,289	-0,131	-0,223	-0,009	0,030
	<i>P</i>	0,085	0,003*	0,193	0,026*	0,928	0,767
ÖK	<i>r</i>	-0,113	0,211	0,123	0,115	-0,030	-0,101
	<i>P</i>	0,264	0,035*	0,221	0,256	0,769	0,318

r: Korelasyon kat sayısı ; $P < 0,05$

KHG'daki ergenlerde; SÖD ile, İYÖ ve DYÖ arasında pozitif yönde sırasıyla orta ve kuvvetli düzeylerde bir korelasyon ve SÖD ile ÖK arasında negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon; İYÖ ile SÖD ve DYÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde bir korelasyon saptanırken, İYÖ ile ÖK arasında bir korelasyon saptanmamıştır. DYÖ ile SÖD ve İYÖ arasında pozitif yönde sırasıyla kuvvetli ve orta düzeylerde bir korelasyon saptanırken, SÖD ile ÖK arasında negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. ÖK ile SÖD ve DYÖ arasında negatif yönde orta düzeyde bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. KHG'daki Ergenlerin Öfke Puanlarının Birbirleri ile İlişkisi (Sperman Korelasyon Testi)

		SÖD	İYÖ	DYÖ	ÖK
SÖD	<i>K,K</i>	1,000	0,535	0,715	-0,515
	<i>P</i>	-	0,000*	0,000*	0,000*
İYÖ	<i>r</i>	0,535	1,000	0,364	-0,177
	<i>P</i>	0,000*	-	0,000*	0,079
DYÖ	<i>r</i>	0,717	0,364	1,00	-0,580
	<i>P</i>	0,000*	0,000*	-	0,000*
ÖK	<i>r</i>	-0,515	-0,177	-0,580	1,000
	<i>P</i>	0,000*	0,079	0,000*	-

r: Korelasyon kat sayısı ; $P < 0,05$

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE YORUM

5.2 AHG'DAKİ VE KHG'DAKİ ERGENLERİN SÖÖİTÖ PUANLARI VE BUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ.

AHG'daki ergenler ile KHG'daki ergenlerin SÖD (p:0,503), İYÖ (p:0,864) ve DYÖ (p:0,078) puanları benzerdir ve istatistiksel olarak gruplar arasında fark saptanmamıştır. Buna karşın ÖK puanları KHG'daki ergenlerde 20,64 olup, AHG'daki ergenlerin puanından (18,71) yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p:0,011).

Ülkemizden kronik hastalığı olan ergenlerde öfke ve öfke ifade biçimlerinin değerlendirildiği Spielberg tarafından geliştirilip, Özer tarafından Türkçe'ye kazandırılan, bu çalışmada da kullanılan SÖÖİTÖ'nin kullanıldığı 2 çalışmadan burada söz edilecektir.

Bodur ve ark. tarafından (2010, s.645) gerçekleştirilen çalışmada 2008 yılında Konya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde izlenen 68 ergen hastaya SÖÖİTÖ uygulanmıştır. Sadece kronik hastaların alındığı bu çalışmada SÖD: 23,1; İYÖ:15,9; DYÖ: 17,0; ÖKD:19,6 olarak bizim çalışmamızdaki KHG'dakilere benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Taşçı Eser ve ark. (2012, s.116) çalışmasında ise Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesinde yatan 10-19 yaşları arasındaki 64 kronik hastalığı olan ergen çalışmaya alınmış ve SÖÖİTÖ uygulanmıştır. Tüm grubun değerlendirilmesinde çalışmada alınan puanlar SÖD: 20,28, İYÖ: 14.45; DYÖ: 15.01; ÖKD: 21,68 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada da ergenlerin SÖD ve ÖK düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmiştir. Yazarlar, kronik hastalığı olan ergenlerin sürekli öfke düzeylerinin yüksek olduğunu, ancak bunları kontrol etmelerinin de geliştiği yorumunu yapmışlardır. Bizim çalışmamızın sonucu olarak kronik hastalığı olan ergenlerin yaşadıkları sürecin bir sonucu olarak öfkelerini kontrol etmeyi öğrendiklerini söyleyebiliriz.

Yukarıda sözü edilen iki çalışmada kontrol grubu yer almamaktadır. Ergenlerin normalde de öfke ile ilgili sorunlarının olduğu bilinmektedir. Ülkemizde aynı ölçeği kullanarak sağlıklı ergenlerde yapılmış çalışmalar gözden geçirildiğinde iki çalışmadan burada söz edilecektir.

Albayrak ve ark. tarafından (2009, s.57) yapılan 16-18 yaşları arasındaki 276 ergeni içeren çalışmalarında, SÖD: 23,24; İYÖ: 15.42, DYÖ: 17,70; ÖKD: 19,39 olarak bulunmuştur.

Özmen ve ark. (2016, s.65) tarafından Manisa'daki farklı sosyo-ekonomik düzeye sahip, 6, 7, 8.sınıf öğrencilerinden oluşan 1581 çocuğu içeren aynı ölçeğin kullanıldığı çalışmada SÖD: 20.30; İYÖ:14,89, DYÖ: 15.17, ÖKD: 20,13 bulunmuştur.

Bu iki çalışmada da genel test değerleri bizim çalışmamızdaki diğer kronik hastalığı olan ergenlerde elde edilen test sonuçlarından çok farklı değildir.

5.2.1 KHG'DAKİ AYAKTAN İZLENEN VE YATIRILARAK İZLENEN ERGENLERİN SÖÖİTÖ PUANLARI VE BUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ.

Ergenlerin hastanede yatmaları onların öfke sorunlarını artıracak bir başka nedendir. Hastane ortamı getirdiği kısıtlılığın yanı sıra; can acıtıcı işlemler, tedaviler, ev ortamından ayrılma, arkadaşlardan uzak kalma, aynı odayı gerekirse tanımadığı kişiler ile paylaşma, hastalığın genellikle kötüleşmesi, ağrı gibi başka birçok stres verici, aynı zamanda öfkeyi tetikleyen faktörü beraberinde getirmektedir. Taşçı Eser ve arkadaşlarının çalışmasında çalışmaya alınan, hepsi hastanede yatmakta olan kronik hastalığa sahip 10-19 yaşları arasındaki ergenlere yönelik, "hastanede yattığınızda en çok sizi ne öfkeliyor" sorusuna, en yüksek oranda (%40.6) "aile ve arkadaşlardan uzak kalmak" yanıtı verilmiştir. Çalışmamızda bu anlamda açık uçlu bir soru sorulmamıştır.

Çalışmamızda AHG'daki hiçbir ergen hastanede yatmıyordu. KHG'daki 11 ergen ise halen hastanede yatmaktaydı. Tablo 4'de görüldüğü gibi KHG'daki hastaneye yatan 11 ergen ile ayakta izlenen 89 ergenin öfke düzeylerinin karşılaştırılmasında SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK puanları hastanede yatan ergenlerde daha yüksek olmakla birlikte, aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p değerleri sırasıyla 0,152; 0,121; 0,089; 0,345). Gruplar arasındaki sayısal farklılığın bunda rol oynadığı düşünülebilir.

5.2.2 AHG'DAKİ VE KHG'DAKİ ERGENLERİN DEVAM ETTİKLERİ OKUL DÜZEYİNE GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ VE ÖK PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASI.

Tablo 5'de AHG'daki ergenlerin ortaokul ve lisede olmalarına göre; Tablo 6'de ise KHG'daki ergenlerin ortaokul ve lisede olmalarına göre öfke düzeyleri karşılaştırılmış ve genellikle lise grubunda düzey daha yüksek olmasına karşın, arada istatistiksel anlamlı fark olmadığı görülmüştür.

Bu ayırım aynı zamanda yaş gruplarına göre de ayırımı içermektedir. Ortaokul grubu genellikle 12-14 yaş grubu ergenlerden; lise öğrencileri ise 15-18 yaş arası ergenlerden oluşmaktadır. Ergenliği kendi içinde erken (12-14) ve geç ergenlik (15-18 yaş) olarak ayırabiliriz. Toplumdaki sağlıklı ergenlerde öfkenin değerlendirildiği çalışmalarda, yaş ilerledikçe öfke düzeylerinin arttığı izlenmiştir. Reyes ve ark (2003, s.2) çalışmasında çalışmaya katılan 394 ergen, 11-13 ve 14-16

yaş gruplarında karşılaştırıldıklarında; genç ergenlerin daha büyük yaştaki ergenlere göre ortalama öfke düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

Ülkemizden yapılan çalışmalardan; Özmen ve ark. (2016, s.65) 6,7,8 sınıf öğrencilerini içeren çalışmada ; öğrenciler 13 yaş üzeri ve altı olarak ayrıldıklarında, gruplar arasında SÖD, İYÖ arasında fark yokken; 13 yaş üzerindeki çocuklarda DYÖ düzeyleri istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuş (p:0.045) ve bu grupta ÖK düzeylerinin ise 13 yaş ve daha küçük çocuklara göre istatistiksel anlamlı olarak daha düşük olduğu izlenmiştir (p:0.015).

Taşcı-Eser ve ark. (2012, s.116) kronik hastalığı olan 10-19 yaş arasındaki ergenlerde yaptıkları çalışmalarında da 16-18 yaş grupları arasındaki ergenlerin SÖD ve DYÖ düzeyleri, diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur. ÖK düzeyleri ise daha düşük bulunmuştur. Ergenliğe bir süreç olarak bakıldığında bu iki çalışmada ergenlik yaşı ilerledikçe sürekli öfke ve dışa yönelik öfke artarken; öfke kontrolünün azaldığı söylenebilir.

Bodur ve ark. (2010, s.645) 10-19 yaşları arasındaki 68 ergeni içeren çalışmada ise erken, orta ve geç ergenlik dönemi yaş grupları arasında öfke düzeyleri arasında, bizim çalışmamızda olduğu gibi anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5.2.3 AHG ve KHG'daki ergenlerin cinsiyetlerine göre SÖD, İYÖ, DYÖ ve ÖK puanlarının değerlendirilmesi.

Tablo 7 ve Tablo 8'de AHG ve KHG'daki ergenlerin cinsiyetlerine göre, öfke puanları karşılaştırıldığında her iki grupta da kızların daha yüksek SÖD, İYÖ, DYÖ, ÖK puanlarına sahip olmalarına karşın, aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Spielberger (1983), geç ergenlerde erkeklerin SÖD ve DYÖ puanlarının kızlara göre daha yüksek olduğunu; ÖK puanlarının ise daha düşük olduğunu bulmuştur. Musante (1999, s.225) benzer şekilde erkek ergenlerde SÖD, DYÖ ve İYÖ puanlarının kız ergenlerden daha yüksek olduğunu; kız ergenlerde ise ÖK düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bu genel olarak bilinen erkek ergenlerde devamlı öfkenin ve ifade edilmiş biçimlerinin daha belirgin olduğu, kızlarda ise öfke kontrolünün daha iyi geliştiği görüşü ile uyumludur. Öfkenin dışa yönelip, saldırganlık boyutunda gösterilmesinde de bir erkeklik hormonu olan, testesteron düzeyleri ile ilişkisi üzerinde durulmuştur. Ergenlikte başlayıp, gençlikte en yüksek düzeyine ulaşan testosteronun etkisi ile, 12-25 yaşları arasındaki erkeklerin en fazla şiddet uygulayan veya şiddetin mağduru olan grup olduklarından (“Genç erkek sendromu”) söz edilmektedir (Björkqvist, 2018, s.39).

Daha önceki literatür depresyon yönünden kadınların iki kat daha fazla risk altında olduğu; buna karşın öfke açısından erkeklerin daha fazla öfke, çatışma, kırgınlığa yatkınlığı olduğu ve öfkelerini dışa yönelik olarak daha fazla ifade ettikleri yönüyle, son yıllarda yapılan

araştırmalarda ise, çalışmamızdan elde edilenlere benzer daha farklı sonuçlar elde edilmiştir. Asgeirsdottir ve ark. (2015, s.183) beş kuzey Avrupa ülkesindeki ortalama yaşları 17,1 olan, 8038 ergeni içeren depressif ve öfkeli davranışlarda cinsiyetin rolünü araştırdıkları çalışmalarında; ergen kızların 5 ülkede de erkeklerden daha fazla depresif bulgular gösterdiği ve beş ülkenin dördünde de öfke bulgularının kızlarda erkeklerden daha nde olduğu grlmştir.

Card ve ark. (2008; s.1185) tarafından ocuk ve ergenlerdeki öfke ve saldırganlıkta cinsiyet farklılığının araştırıldığı, 148 ayrı çalışmanın değerlendirildiği bir meta-analiz çalışmasında, erkeklerde doğrudan saldırganlık ön planda iken, kızlarda sosyal zekanın kullanıldığı, daha planlı bir şekilde karşıdaki kişinin zor duruma düşürüldüğü, dolaylı bir saldırganlık yolunun kullanıldığı belirtilmiştir.

Ülkemizden yapılan çalışmalara baktığımızda; Albayrak ve Kutlu'nun (2009, s.57) alışmasında; erkek ergenlerde SD ve DY istatikselsel olarak anlamlı oranda yüksektir. zmen ve ark. (2016, s.65) alışmasında da erkek öğrencilerde SD, DY puanları kızlara göre anlamlı olarak yüksektir. Bu iki çalışma sonuçları birbiri ile ve bu konudaki genel literatür ile uyumludur. Bodur ve ark. (2010, s. 645) kronik hastalığa sahip ergenlerde yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamızda olduğu gibi, cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

5.2.4 AHG VE KHG'DAKİ ERGENLERİN KARDEŞ SAYISINA GÖRE SD, İY, DY VE K PUANLARININ DEğerLENDİRİLMESİ

Tablo 9 ve 10'da belirtildiği gibi, AHG ve KHG'daki ergenlerin kardeş sayısına göre öfke puanlarının değerlendirilmesinde kardeş sayısına göre, öfke ve öfke ifade düzeyleri arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir.

zmen ve ark. (2016, s. 65) alışmasında, kardeş sayısı ile SD, DY ve İY arasında ilişki olmadığı, buna karşın K düzeylerinin tek çocuklu ailelerde, diğerlerine göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu izlenmiştir.

5.2.5 AHG VE KHG'DAKİ ERGENLERİN EVDE YAŞAYAN BİREY SAYISINA GÖRE SD, İY, DY VE K PUANLARININ DEğerLENDİRİLMESİ

AHG'daki ergenlerin evde yaşayan birey sayısı 5'in üzerinde olanlarda İY puanlarının arttığı izlenmiştir (Tablo 11). KHG'daki ergenlerde ise evde yaşayan birey sayısı 5'in üzerinde olan ergenlerde, SD düzeyleri, 5'in altında olanlardan istatikselsel olarak daha düşük bulunmuştur (p:0,038) (Tablo 12).

Evde yaşayan birey sayısının öfke ve öfke ifade tarzına etkisinin değerlendirilmesinde, ailede birey sayısı arttıka kendini ifade etmek yerine, İY nin arttığı düşünülebilir.

Silvanus ve Subramanian'ın (2012, s.13), Hindistan'da kenar mahallelerinde akıl sağlığına yönelik olarak yaptıkları araştırmada bu toplulukla akıl hastalığı 61/1000 sıklıkta bulunmuş. Ciddi akıl sağlığı problemi olan depresyon, psikoz ve mental retardasyon ele alındığında oran 22.5/1000 olarak bulunmuştur. Tüm akıl sağlığı bozuklukları; düşük eğitim düzeyi, işsizlik, büyük ailelerde yaşamak, ekonomik problemler, evsizlik, diğer insanlar ile çatışma halinde bulunma ile ilişkili bulunmuştur.

5.2.6 AHG VE KHG'DAKİ ERGENLERİN KAÇINCI ÇOCUK OLDUKLARINA GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ VE ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AHG ve KHG'daki ergenlerin kaçınıcı çocuk oldukları öfke ve ifade tarzlarını etkilememiştir (Tablo 13, 14).

Albayrak ve arkadaşlarının çalışmasında da ergenlerde ailenin kaçınıcı çocuğu olduğunun öfke ve ifade tarzlarını etkilemediği görülmüştür.

5.2.7. AHG VE KHG'DAKİ ERGENLERİN AİLELERİN GELİR DURUMUNA GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ VE ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AHG'daki ergenlerde ailenin gelir durumu aylık 5000 TL'nin üzerinde olan ergenlerde İYÖ düzeylerinin daha düşük olduğu görüşmüştür (Tablo 15). KHG'daki ergenlerde ise ailenin gelir durumu ile öfke ve ifade tarzı düzeylerinde fark izlenmemiştir (Tablo 16).

Özmen ve ark. (2016, S.65) çalışmasında ergenlerde ailenin gelir algısının, öfke düzeyleri ve ifade tarzı üzerine önemli etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Özmen, E ve ark. (2008, S.39) yoksulluğun ergenlerin ruh sağlığı üzerindeki etkilerini değerlendirdikleri çalışmasında ise, kendilerini yoksul olarak kabul edenlerin DYÖ puanları daha düşük bulunmuştur.

Boe ve ark. (2017 s. 1) çocuklukta düşük ekonomik olanaklara sahip olmanın, ergenlik döneminde akıl sağlığı ile ilişkisini değerlendirdikleri araştırmalarında, Norveç'te yaşayan 16-19 yaşları arasında 9154 ergen çalışmaya alınmıştır. Akıl sağlığı için ölçekler uygulanmış ve çocuklukta zorluk içinde yaşamının ergenlerde akıl sağlığını olumsuz etkilediği sonucuna varılmıştır. Gelirin az olmasının ebeveynlerde stresi ve depresyonu artırdığı, bunun ebeveyn-çocuk ilişkisini bozduğu çocuğun ruhsal gelişimin olumsuz olarak yansıdığı düşünülebilir.

Aiswarya ve ark, (2018) tarafından Hindistan'da batı Maharashtra bölgesindeki yapılan stres ve etki eden faktörlerinin incelendiği çalışmada, bu bölgede stresin %13-45 arasında bulunduğu; erkeklerde istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. En büyük stres kaynağı; %84.3 ekonomik zorluklar, ailede tedaviler için gerekli ekonomik kaynağın bulunamaması (%63.5), sınavlar olarak belirtilmiştir. Erkeklerde, aşk ilişkileri, iş bulamama, sınavlarda başarılı olamama ön planda iken; kızlar da cinsel istismardan korku ön planladır.

5.2.8 AHG VE KHG'DAKİ ERGENLERİN HASTANEDE İZLENDİKLERİ BÖLÜME GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ VE ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AHG'daki ergenlerin hastalıklarına göre izlendikleri bölümler Tablo 16'da özetlenmiştir. AHG'daki 100 ergenin 85'i Adölesan bölümünde ayaktan görülmüştür. Göğüs hastalıkları, Alerji, Kardiyoloji, Romatoloji, Çocuk Cerrahisi hastaların izlendikleri diğer bölümlerdir (Tablo 17).

KHG'daki ergenlerin hastalıklarına göre izlendikleri bölümler arasında en fazla Göğüs hastalıkları, daha sonra Alerji, Nefroloji, Adölesan, Kardiyoloji, Hematoloji, Endokrinoloji, Romatoloji, Genel poliklinik, Nötoloji, Gastroenteroloji, Metabolizma, İmmünoloji, Genetik ve Ortopedi bölümleri yer almaktadır (Tablo 18). Hastaların hastalıkları tek, tek ele alınırsa bu grupların sayısı daha da artacaktır. Dağılımlar bölümler arasında sayı olarak çok farklı olduğu için, AHG'da ve KHG'daki ergenlerin izlendikleri bölüme göre istatistiksel bir karşılaştırılma yapılamamıştır

Bodur ve ark. (2010, s.645) tarafından gerçekleştirilen kronik hastalığı olan ergenlerin öfke ve ifade tarzlarının değerlendirildiği çalışma, 3 grup hastalığı taşıyan ergenleri içermektedir. Diyabet, lösemi ve kronik böbrek yetmezliği olan hastaların öfke ve öfke ifade puanları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmamasına karşın, kronik böbrek yetmezliği olan hastaların SÖ,DYÖ, İYÖ puanları diğerlerinden yüksek bulunmuştur.

Taşcı-Eser ve ark. (2012, s.116) çalışmasında ise çalışmaya alınan kronik hastalığa sahip ergenler sahip oldukları hastalıklara göre gastroenterolojik tanı, nefrolojik tanı, endokrinolojik tanı, immünolojik tanı, kardiyolojik tanı, solunum yetmezliği tanısı ve hematolojik tanı gruplarına ayrılmıştır. Öfke ve öfke ifade tarzı açısından hastalık gruplarına göre ergenler karşılaştırıldıklarında SÖD puanları en yüksek olan grup immünolojik tanısı olan ergen grubudur. Bu grubun aynı zamanda ÖK puanları da düşük bulunmuştur.

5.2.9 KHG'DAKİ ERGENLERİN TEDAVİYE UYUM DÜZEYİNE GÖRE SÖD, İYÖ, DYÖ VE ÖK PUANLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

KHG'daki ergenlerde hastaların tedaviye uyumları konusunda kendileri ve ebeveynleri ile görüşülerek ortak bir değer saptanarak; tedaviye uyumları az, orta ve yüksek olarak 3 gruba ayrılmıştır (Tablo 19). Bu gruplardaki ergenler arasında tedaviye uyumu az olan grupta SÖD, İYÖ, DYÖ puanları daha yüksek; buna karşın ÖK puanlarının ise daha düşük olduğu görülmüştür. Tedaviye uyum seviyesi arttıkça ise SÖD, İYE, DYÖ azalırken; ÖK puanlarının arttığı izlenmiştir. Ancak grupların tedaviye uyumlarına göre karşılaştırılmalarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir. Ergenlerin tedaviye uyumları ile, öfkeleri arasında bir ilişki olduğu düşünülebilir. Öfkeli ergenlerin bir reaksiyon biçimi olarak tedaviye uyumsuzlukları

linik pratikte rastlanılan bir durumdur. Bu durumunda öfke kontrolünün azlığı ile direk ilişkisi vardır.

Tedaviye uyum kronik hastalıklarda tedavi başarısını belirleyen en önemli faktördür. Hastalığa özgün ilaçların düzenli alınması, hastalığa özgü diyet uygulanması, hastalığın gerektirdiği yaşam biçimi değişiklikleri gibi birçok faktörü içerir. Tedaviye uyumun değerlendirilmesi; kanda veya idrarda ilaç düzeylerinin belirlenmesi, kalan ilaçların sayılması veya sağlık personeli tarafından yakın izlem ile bazı sorular ile tedaviye uyum konusunda durumu anlama ve aynı zamanda yeniden düzenlemeleri içerir. Ergenlerin nasihat alma konusundaki tepkileri, bu sorgulamaların gerçekten yargılamadan ve karşı öfke yaratmadan gerçekleşmesini gerektirir. Ergenlere sağlık hizmeti veren kişilerin ergen psikolojisi konusunda eğitilmiş olmaları uyumu artıracaktır. Ergenliğin, erişkin döneme de geçiş olduğu da düşünülürse, bu dönemde ergenin tedavisinin sorumluluğunu üzerine alması da çok önemlidir.

5.3 AHG VE KHG'DAKİ ERGENLERİN SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE ÖLÇEĞİ VERİLERİ İLE BUNA ETKİ EDEN FAKTÖRLER ARASINDAKİ İLİŞKİNİN (KORELASYON) DEĞERLENDİRİLMESİ

AHG'daki ergenlerde SÖD, DYÖ, İYÖ, ÖK puanları ile yaş, kaçınıcı çocuk oldukları, evdeki birey sayısı ve öfke puanları arasında korelasyon değerlendirilmesi sonucunda; evdeki birey sayısı ile İYÖ arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmıştır. Ailede birey sayısı arttıkça, içe yönelik öfkenin arttığı söylenebilir. SÖD, İYÖ, DYÖ, ve ÖK ile bunun dışındaki yaş, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu ile ilgili bir ilişki bulunmamıştır. SÖD ile; İYÖ ve DYÖ arasındaki pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulunurken; SÖD ile ÖK arasında orta düzeyde negatif yönde bir ilişki bulunmuştur (Tablo 20).

KHG'daki ergenlerde ise SÖD ve DYÖ ile kardeş sayısı arasında negatif yönde zayıf düzeyde, anlamlı bir ilişki vardır. Kardeş sayısı arttıkça SÖD ve DYÖ azalmaktadır. Ancak kardeş sayısı arttıkça ÖK artmaktadır. Bu ilişkiler zayıf yönde de olsa, çok kardeşli ailelerde çocukların öfkelerini göstermelerinin azaldığı ve öfke kontrolünü öğrenmek zorunda olmaları ile açıklanabilir. Evdeki birey sayısı ile de SÖD ve DYÖ arasında zayıf, negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişkide kalabalık ailelerin benzer iç dinamiği ile açıklanabilir. Buna karşın ergenlerin yaşları, izlem süreleri, son bir yıldaki hastaneye yatış gereksinimleri ile öfke ve ifade tarzları arasında bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 21).

KHG'daki ergenlerde de öfke ve ifade biçimleri puanları arasında SÖD ile İYÖ ve DYÖ arasında pozitif yönde orta düzeyde, anlamlı ve SÖD ile ÖK arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. DYÖ ile İYÖ arasındaki orta düzeyde pozitif yönde, anlamlı bir ilişki varken, ÖK kontrolü ile orta düzeyde negatif bir yönde ilişki vardır. Bunlar da AHG'a benzer sonuçlardır (Tablo 22).

Starner ve ark. (2004, s.335) çalışmasında da, bizim çalışmamızda olduğu gibi SÖ, İYÖ, DYÖ arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Ancak bizim verilerimizden farklı olarak SÖD ile ÖK arasında da pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu çalışmada DYÖ ve İYÖ ile ÖK arasında negatif anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bizim çalışmamızda ise bu DYÖ ve ÖK arasında AHG ve KHG da gösterilmiştir.

Albayrak ve ark. (2009, s.57) çalışmasında da, çalışmamızda olduğu gibi 16-18 yaşlar arasındaki ergenlerde SÖD, DYÖ, İYÖ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken, SÖD ile ÖK arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.



BÖLÜM VI

SONUÇ BÖLÜMÜ

Araştırmanın bu bölümünde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu doğrultuda öneriler ve değerlendirmeler belirtilmiştir.

6.1. SONUÇ

1. Kronik hastalıkları nedeni ile hastanede izlenen ergenlerin, akut hastalık nedeni ile hastaneye başvuran ergenler ile “SÖÖİTÖ” puanları karşılaştırıldığında kronik hastalığı olan ergenlerin öfke kontrol puanları anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Sürekli öfke, içe yönelik öfke ve dışa yönelik öfke puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.
2. Akut ve kronik hastalık gruplarındaki ergenlerin ortaokula devam eden (11-14 yaş) ve liseye devam edenler arasında (15-18 yaş) “SÖÖİTÖ” puanları arasında fark bulunmamıştır.
3. Akut ve kronik hastalık gruplarındaki ergenlerin cinsiyetlerine göre “SÖÖİTÖ” puanları arasında fark bulunmamıştır.
4. Akut ve kronik hastalık grubundaki ergenlerde kardeş sayısına göre “SÖÖİTÖ” puanları arasında fark saptanmamıştır.
5. Akut ve kronik hasta gruplarındaki ergenlerde kaçınıcı çocuk olduklarına göre “SÖÖİTÖ” puanları arasında fark saptanmamıştır.
6. Akut hastalığı olan ergenlerde evdeki birey sayısı beşten çok olanlarda, beşten az olanlara göre içe yönelik öfke puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
7. Kronik hastalığı olan ergenlerde evdeki birey sayısı beşten az olanlarda, beşten çok olanlara göre sürekli öfke puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır.
8. Akut hastalık grubundaki ergenlerde içe yönelik öfke açısından, aylık 2000-5000 TL gelir düzeyi olanların; 5000 TL ve üzerinde gelir düzeyi olanlara göre daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür.
9. Kronik hastalığı olan ergenlerin gelir düzeylerine göre “SÖÖİTÖ” puanları arasında fark bulunmamıştır.
10. Akut ve kronik hastalık grubundaki ergenlerin izlendikleri “Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Alt Branşına” sayıları arasında önemli farklar olduğu için “SÖÖİTÖ” puanları karşılaştırılamamıştır.
11. Kronik hastalık grubundaki ergenlerin tedaviye uyum düzeyleri ile “SÖÖİTÖ” puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır.
12. Akut hastalık grubundaki ergenlerin “SÖÖİTÖ” puanları ile; yaşları, kardeş sayıları, evdeki birey sayısı açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

13. Kronik hastalık grubundaki ergenlerin “SÖÖİTÖ” puanları ile; yaşları, kaçınıcı çocuk oldukları, izlem süreleri ve son bir yıldaki yatış sayıları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buna karşın sürekli öfke düzeyi ve dışa yönelik öfke ile kardeş sayısı arasında negatif yönde zayıf; sürekli öfke düzeyi ve dışa yönelik öfke ile evdeki birey sayısı arasında negatif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur. Buna karşın öfke kontrolü ile kardeş sayısı arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.
14. Akut ve Kronik hastalık grubundaki ergenlerde sürekli öfke düzeyi ile; içe yönelik öfke arasında pozitif yönde orta düzeyde; dışa yönelik öfke arasında pozitif yönde yüksek düzeyde ve öfke kontrolü ile ise negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır. İçe yönelik öfke ile dışa yönelik öfke arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki vardır. Öfke kontrolü ile ise, içe yönelik öfke arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış, dışa yönelik öfke arasında negatif yönde orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır.

6.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

ARAŞTIRMACILARA YÖNELİK ÖNERİLER

1. Kronik hastalıklar ülkemizde çocuk ve ergen döneminde de önemli sayılara sahiptir. Bu çocuk ve ergenlerin psikolojik değerlendirilmelerinin yapılması onlara hem hastalıkları ile başa çıkmak, tedavilerine uyum sağlamaları, hem de bu psikolojik sorunların getirdiği ek yükleri önlemek açısından katkı sağlayacaktır. Bu çalışmada kronik hastalığa sahip ergenlerde ve kontrol grubu olarak alınan ilk kez akut hastalık nedeni ile hastaneye başvuran ergenlere sadece sürekli öfke ve öfke ifade tarzları araştırılmıştır. Kronik hastalığı olan ergenlerde, daha kapsamlı olarak psikolojik durumun değerlendirildiği; özellikle depresyon ve anksiyete ölçeklerinin de içinde bulunduğu araştırmalar yazına katkı sağlayabilir.
2. Çalışma 3. Basamak bir üniversite hastanesine başvuran akut ve kronik hastalığa sahip, her gruptan 100'er ergeni içermektedir. Daha anlamlı sonuçlara ulaşmak için, daha çok sayıda hastanın yer aldığı, daha geniş çalışmalar planlanabilir.
3. Bu çalışmada hastalıklar çok çeşitlidir ve hastaların izlendiği bölümler arasında hasta sayıları çok farklı olduğu için istatistiksel karşılaştırma yapılamamıştır. Benzer çalışma belirli sayıdaki hastalık gruplarında ve gruplardaki hasta sayıları eşit tutularak, kronik hastalığa göre farklılık açısından da değerlendirilebilir.
4. Kronik hastalığa sahip ergenlerde “öfke ve öfke ifade tarzları” ile hastalığa özgü “yaşam kalitesi ölçekleri“ arasındaki ilişkiler değerlendirilebilir.
5. Kronik hastalıklar hasta çocuk ve ergenin yanı sıra; aile için de psikolojik yönden büyük yüküdür. Bu nedenle hastanın anne-babası ve kardeşlerine yönelik psikolojik durumun tespitine ve tedavi etkinliğine yönelik araştırmalar yapılabilir.

6. Kronik hastalığa sahip ergenlerde öfkeye neden olabilecek diğer faktörler olan; aile yapısı, zorbalığa uğrayıp, uğramama, sosyal çevre, sosyal destek gibi etkenler de araştırılabilir.
7. Kronik hastalığın tanı anı ve düzenli yıllık izlem dönemlerinde, öfke ve öfke ifade tarzları ile ilgili uzunlamasına uzun soluklu araştırmalar ve karşılaştırmalar yapılabilir.

REHBER VE PSİKOLOJİK DANIŞMANLARA YÖNELİK ÖNERİLER

1. Psikolojik danışmanların, kronik hastalığı olan ergenlerin ek psikolojik sorunların varlığına yönelik düzenli görüşmeler yapmaları fayda sağlayabilir.
2. Psikolojik sorunları olan kronik hastalığa sahip bireylerin bu konuda deneyimli bir ekip tarafından tedavi edilmeleri, hastalıkları ile başetmelerine ve tedaviye uyumlarına yararlı olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızın temel sorusu olan kronik hastalığa sahip ergenlerin, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının akut hastalığı olan ergenlerden farklı olup, olmadığına değerlendirilmesinde; kronik hastalığa sahip ergenlerin öfke kontrol düzeylerinin, akut hastalıkla başvuran ergenlerinkinden daha fazla geliştiğini göstermiştir. Bu uzun süren tedavi ve girişim süreçleri sonunda onların geliştirdikleri uzlaşmacı bir yöntem olabilir. Ancak bu grupta da baskılanmış ve yeteri kadar ifade edilmeyen öfke yerine sağlıklı ifade edilen öfke hedeflenmelidir.

Kronik hastalık ne olursa, olsun hasta bireyler bütüncül yaklaşımla ele alınmalı; fiziksel sağlıkları kadar, ruhsal sağlıklarına da önem verilmelidir. Bu nedenle kronik hastalığa sahip her ergen öfke dahil psikolojik problemler için değerlendirilmelidir. Psikolojik sorunların çözümü hastaların tedaviye uyumlarına ve hastalıkla başetmelerine katkı sağlayacak; bu hastalarda sık izlenen ek psikosomatik yakınmaları azaltacaktır. Kronik hastalığı olan ergenin tedavisi bir ekip işi olmalı; hasta, ailesi, kronik hastalığı tedavi eden hekim ve diğer sağlık personelinin yanısıra psikolojik destek gruplarını da içermelidir.

KAYNAKÇA

Kitaplar

- Ağaoğlu, L., Nogay, G . (2011). “Kanserin Psikososyal Yönü”. İçinde. A.Ekşi (ed), Ben Hasta Değilim. S. 109. İstanbul, Nobel Yayınları. İkinci baskı.
- Baykara, A., Güvenir, T., Miral, S. (2011). “Hastalık ve Hastaneye Yatışın Çocuk Üzerine Etkisi”. İçinde.A.Ekşi (ed), Ben Hasta Değilim. S.388. İstanbul, Nobel Yayınları. İkinci baskı.
- Burger, J.M. (2006). Kişilik: Psikoloji Biliminin İnsan Doğasına Dair Söyledikleri. (İ.D Erguvan Sarıoğlu, Çev.). İstanbul, Kaknüs Yayınları.
- Cüceloğlu, D. (1991). İnsan ve Davranışı. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Derman,O. (2008). “Ergenlerde fizik inceleme. İçinde”. F.Çuhadaroğlu, A.Coşkun, E.İşeri, S.Miral, N.Motavallı, B.Pehlivan Türk, T. Türkbay, R.Uslu, F. Ünal (eds). S.156. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Eremiş, H.S. (2008). “Hastalık Karşısında Çocuk ve Ergen”. İçinde. F.Çuhadaroğlu, A.Coşkun, E.İşeri, S.Miral, N.Motavallı, B.Pehlivan Türk, T. Türkbay, R.Uslu, F. Ünal (eds). S.730. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Gökler, B. (2011). “Ölümcül Hastalıklar Karşısında Çocuk, Aile ve Hekim”. İçinde. A.Ekşi (ed), Ben Hasta Değilim. S. 496. İstanbul, Nobel Yayınları. İkinci baskı.
- Ekşi, A. (2011). “Gençlik Dönemine Özgün Sorunlar”. İçinde. A.Ekşi (ed), Ben Hasta Değilim. S. 133. İstanbul, Nobel Yayınları. İkinci baskı.
- Ekşi, A. (2011). “Şiddet, Zorbalık ve Kabadayılık”. İçinde. A.Ekşi (ed), Ben Hasta Değilim. S. 370. İstanbul, Nobel Yayınları. İkinci baskı.
- Karasar, N. (2013). Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Nobel Kitapevi. İ
- Koptagel İlal, G. (2011). “Gastrointestinal Hastalıklarda Psikosomatik Mekanizma ve Psikososyal Etkenler”. A.Ekşi (ed), Ben Hasta Değilim. S. 409. İstanbul, Nobel Yayınları. İkinci baskı.
- Köknel, Ö. (1997). Kaygıdan mutluluğa kişilik. İstanbul, Altın kitaplar Basımevi.
- Lask, B. (1994). “Modern Approaches North America”, In. M Rutter, Taylor, L Hersov (eds). Paediatric Liaison Work. Child and Adolescent Psychiatry, S. 996-1005. Modern Inc, Blackwell Science Cambridge
- Lerner, H. (1996) Öfke Dansı. (Çev.Gül.S.). İstanbul, Varlık Yayınları.
- Nelson, W.M., Finch, A.J, Ghee, A.C. (2006). “Anger management with children and adolescents In P.C Kendall (ed), Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures S..114-159. Newyork: The Guilford Press.
- Navaro, L. (1999). Bir cadı masalı. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Nelson, J. R .(1995). Danışma Psikolojisi Kuramları. (Çev. Ed. Füsün Akkoyun). Ankara.
- Saka, H.N. (2011). “Gencin bedensel gelişimi ve ergenlik sorunları”. İçinde. A.Ekşi (ed), Ben Hasta Değilim. S.109. İstanbul, Nobel Yayınları. İkinci baskı.

Spielberger, C.D., Jacobs, G., Dussel, S., Crane, S. (1983). "Assesment of anger: the state-trait-anger scale". In: Butcherand N., Spielberger, C.D, (eds), Advances in Personality Assesment. S.159-188. Hillsdale, NJ.

Yazgan İnanç, B. (2011). "Fiziksel Sakatlığı Olan ve Kronik Hastalığı Olan Çocuk ve Ailelerine Yaklaşım". A.Ekşi (ed), Ben Hasta Değilim. S.690. İstanbul, Nobel Yayınları. İkinci baskı.

Yavuzer, H. (2010). Ana-Baba ve Çocuk. S.244. İstanbul, Remzi Kitapevi. 21. Baskı

Sürelî yayınlar

Aishwarya, C.S., SAmanta, I., Dudeja, P. (2019). "Psychosocial determinants of stress among adolescents in an urban slum in a city of Western Maharashtra: a cross-sectional study". Int J Adolesc Med Health, e-0139.

Akın, E., Berkem, M. (2012). "İntihar girişiminde bulunan ergenlerde öfke ve dürtüsellik". Marmara Medical J, 25,148-152.

Albayrak, B., Kutlu, Y. (2009). "Ergenlerde öfke ifade tarzı ile ilişkili faktörler". Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2, 58-68.

Arıkan, Ş., Antar, S. (2007). "Diyabet kampına katılan ergen ve çocukluk çağındaki tip 1 Diyabetik hastaların ruhsal bulgu ve belirtilerinin değerlendirilmesi". Dicle Tıp Dergisi, 34, 294-298.

Asgeirsdottir, B.B., Sigfusdottir, I.D. (2015). "Gender differences in co-occurrence of depressive and anger symptoms among adolescents in five Nordic countries". Scand J Public Health, 43, 183-189.

Aydın, A., Akgün, S. (2014). "Ergenlikte reaktif-proaktif saldırganlık, öfke ve narsizm ilişkisi". Türk Psikoloji Dergisi, 29,44-56.

Balkaya, F., Şahin, N.H. (2003). "Çok boyutlu öfke ölçeği". Türk Psikiyatri Dergisi, 14, 192-202.

Bartholow, B.D. (2018). "The aggressive brain: insights from neuroscience". Curr Opin Psychology, 19, 60-64.

Besier, T., Goldbeck, L. (2011). "Anxiety and depression in adolescents with CF and their caregivers". J Cystic Fibrosis, 10, 435-442.

Bernstein, C.M., Stockwell, M.S., Gallagher, M.P., Rosenthal, S.L., Soren, K. (2013). "Mental health issues in adolescents and young adults with type 1 diabetes: prevalence and impact on glycemic control". Clin Pediatr, 52, 10-15.

Björkqvist, K. (2018). "Gender differences in aggression". Curr Opin Psychology, 19, 39-42.

Bodur, S., İnal, S., Sonay Kurt, A. (2010). "Kronik hastalığı bulunan adölesanlarda sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ile ilişkili faktörler". TAF Prev Med Bull, 9, 645-650.

Bridewell, W.B., Chang, E.C. (1997). "Distinguishing between anxiety, depression, and hostility: relations to anger-in, anger-out, and control". J Per Individ Dif, 22:587-590.

Bushman, B.J., Gollwitzer M., Cruz, C. (2015). "There is broad consensus: media researchers agree that violent media increase aggression in children, and pediatricians and parents concur". Physiol Popular Media Culture, 4, 200-204.

- Bushman, B.J. (2016). "Violent media exposure and hostile appraisals: a meta-analytic review". *Aggress. Behav*, 42, 605-613.
- Cadman, D., Boyle, M., Szatmari, P., Offord, D.R. (1987). "Chronic illness, disability, and mental and social well-being; findings of Ontario child Health Study". *Pediatrics* s: 805-813.
- Card, N.A., Stucky, B.D., Sawalani, G.M, Little, T.D. (2008). "Direct and indirect aggression during childhood and adolescence: a metaanalytic review of gender differences, intercorrelations, and relations to maladjustment". *Child Dev*, 79, 1185-1229.
- Chien, C.H., Chang, Y.Y., Huang, X.Y. (2018). "The lived experiences of adolescents with cancer: a phenomenological study". *Clin Nursing Reserach*, 1, 1-18
- Chung, J.E., Song, G., Kim, K., Yee, J., Kim, J.H., Lee, K.E., Gwak, H.S. (2019). "Association between anxiety and aggression in adolescents: a cross sectional study". *BMC*, 19, 1-9.
- Coyne, S.M. (2016). "Effects of viewing relational aggression on television on aggressive behavior in adolescents: a three-year longitudinal study". *Dev Psychol*, 52, 284-295.
- Cui, L., Morris, A.S., Criss, M.M., Houlberg, B.J., Silk, J.S. (2014). "Parental psychological control and adolescent emotional regulation". *Parent Sci" Pract*, 14, 47-67.
- Çelik, G., Tahiroğlu, A., Avcı, A. (2008). "Ergenlik döneminde beynin yapısal ve nörokimyasal değişimi". *Klinik Psikiyatri*, 11, 42- 47.
- Danışık, N.D., Erdur Baker, Ö. (2005). "Ergenlerde sürekli öfke-öfke ifade tarzları ve problem çözme". *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3 P) Dergisi*, 13, 161-167.
- Daniel, S.S. (2009). "Trait anger, anger expression, and suicide attempts among adolescents and young adults: A prospective study". *J Clin Child Adolescent Psychol*, 38, 661-671.
- Dodge, K.A., Lansford, J.E., Burks, V.S., Bates, J.E., Pettit, G.S., Fontaine, R., Price, J.M. (2003). "Peer rejection and social information-processing factors in the development of aggressive bahavior problems in children". *Child Dev*, 74, 374-393.
- Drobnic Radobuljac, M., Ursic Bratina, N., Battelino, T., Tomori, M. (2009). "Lifetime prevalance of suicidal and self-injurious behaviours in arepresentative cohort of Slovenian adolescents with type 1 diabetes". *Pediatric Diabetes*, 10, 424-431.
- Duran, Ö., Eldekoğlu, J. (2005). "Öfke kontrol programının 15-18 yaş arası ergenler üzerindeki etkinliğinin araştırılması". *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 25, 267-280.
- Efe, Y.S., Erdem, E. (2017). "A comparison of aggression and self-injury among type 1 diabetic and healthy adolescents: a sample from Turkey". *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, 174-179.
- Erdoğan, A., Karaman, M.G. (2008)." Kronik ve ölümcül hastalığı olan çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların tanınması ve yönetilmesi". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9,244-252.
- Gallacher, J.E., Yarnell, J.W.G., Sweetnam, P.M., Elwood, P.C., Stansfeld, S.A. (1999). "Anger and incident heart disease in the Caerphilly study". *Psychosomatic Medicine*, 61, 446-453.
- Guruge, S., Butt, H. (2015). "A scoping review of mental health issues and concerns among imigrants and refugee youth in Canada: looking back, moving forward". *Can J Public Health*, 106, e72-78.

- Hay, D.F., Johansen, M.K., Daly, P., Hashmi, S., Robinson, C., Collishow, S., Van Goozen, S. (2018). "Seven –years-olds aggressive choices in a computer game can be predicted in infancy". *Dev Sci*, 211, e12576.
- Huessmann, L.R., Dubow, E.F., Boxer, P., Landou, S.F., Gvirsman, S.D., Shikaki, K. (2017). "Children's exposure to violent political conflict stimulates aggression at peers by increasing emotional distress, aggressive script rehearsal, and normative beliefs favoring aggression". *Dev Psychopathol*, 29, 39-50.
- Hygen, B.W, Belsky, J., Stenseng, F., Lydersen, S., Guzey, I.C., Wichstrom, L. (2015). "Child exposure to serious life events, COMT, and aggression: testing differential susceptibility theory". *Dev Psychol*, 51, 1098-1104.
- İnal-Emiralioglu, F.N., Pekcanlar-Akay, A. (2008). "Kronik hastalıklar, hastaneye yatış ve çocuk". *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 22, 99-105.
- Iaser, S.S. (2010). "Psychological problems in adolescents with diabetes". *Adoles Med State Art Rev*, 21, 1-11.
- Kakleas, K., Kandyla, B., Karayianni, C., Karavanaki, K. (2009). "Psychosocial problems in adolescents with type 1 diabetes mellitus". *Diabetes Metabol*, 35, 339-350.
- Karaca, S., Şahin, A.O. (2011). "Görme engelli ergenlerin öfke düzeyi ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi". *New/Yeni Symposium Journal*, 49, 291-304.
- Kerr, M.A, Schneider, B.H. (2008) "Anger expression in children and adolescents: a review of the empirical literature". *Clin Psychology Rev*, 28, 559-577.
- Kıran, E.B., Çelikkaleli, Ö. (2008). "Üniversite öğrencilerinin sosyal yetkinlik düzeyleri ile sürekli öfke ve öfke ifade biçimlerinin incelenmesi". *Türk PDR Dergisi*, 29, 37-46.
- King, A.P., Muzik, M., Hamilton, L., Taylar, A.B, Rosenblum, K.L., Liberzon, I. (2016). "Dopamine receptor gene DRD4 7-repeat allele X maternal sensitivity interaction on child externalizing behavior problems: independent replication off effects at 18 months". *PLoS One*, 11, e0160473.
- Kowalski, R.M., Giumetti, G.W., Schroeder, A.N., Lattanner, M.R. (2014). "Bullying in the digital age: a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth". *Psychol Bull*, 140, 1073-1137.
- Lansford, J.E., Deater-Deckard, K., Bornstein, M.H., Putnick, D.L., Bradley, R.H. (2014). "Attitudes justifying domestic violence predict endorsement of corporal punishment and physical and psychological aggression towards children: a study in 25 low-and middle income countries". *J Pediatr*, 164, 1208-1213.
- Lansford, J.E. (2018). "Development of aggression". *Curr Opin Physiol*, 19, 17-21.
- Mahon, N.E, Yarcheski, A., Yarcheski, T.J., Hanks, M.M. (2010). A meta-analytic study of predictors of anger in adolescents. *Nursing Research*, 59, 178-184.
- Masud, H., Ahmad, M.S., Cho, K.W., Fakhr, Z. (2019). "Parenting styles and aggression among young adolescents: a systematic review of literature". *Community Mental Health J*, published on line.
- Michaud, P.A., Suris, J.C, Viner, R. (2004). "The adolescent with chronic conditon. Part II: Healthcare provision". *Arch Dis Child*, 89, 943-949.

- Musante, L., Treiber, F.A., Davis, H.C., Waller, J.L., Thompson, W.O. (1999). "Assesment of self reported anger expression in youth". *Assesment*, 6, 225-233.
- Nabrody, M. (2002). "The impact of racket feelings on the recognition of emotions: research report". *TA Journal*, 32, 86-91.
- Özer, K. (1994). "Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri ön çalışması". *Türk Psikoloji Dergisi*, 9, 26-35.
- Özmen, D., Özmen., Çetinkaya, A., Akil, İ.Ö. (2016). "Ergenlerde sürekli öfke ve öfke ifade tarzları". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17, 65-73.
- Özmen, E., Özmen, D., DüNDAR, P.E., Çetinkaya, A.Ç., Taşkın, E.O. (2008). "Yoksulluğun ergenlerin ruh sağlığına etkileri". *Türkiye'de Psikiyatri*, 10, 39-46.
- Pardini, DA, Raine, A., Erickson, K., Loeber, R. (2014). "Lower amygdala volume in men is associated with childhood aggresion, early psychopathic traits, and future violence". *Biol Psychiatry*, 75, 73-80.
- Reyes, L.R., Meininger, J.C., Liehr, P., Chan, W., Mueller, W.H. (2003). "Anger in adolescents". *Nursing Research*, 52, 2-11.
- Saxbe, D., Del Piero L.B., Immardino-Yang, M.H., Kaplan, J.T., Margolin, G. (2016). "Neural mediators of the intergenerational transmission of family aggresion". *Dev Psycopathol*, 28, 595-606.
- Segal, T.Y. (2008). "Adolescence: what the cystic fibrosis team needs to know". *J Roy Soc Med*, 101, S15-S27.
- Sharkin, B.S. (1993). "Anger and gender: theory, research and implications". *J Couns Dev*, 71, 386-389.
- Sivertsen, B., Petrie, K.J., Wilhelmsen-Langeland, A., Hysing, M. (2014). "Mental health in adolescents with type 1 diabetes: results from a large population-based study". *BMC Endocrine Disorders*, 14, 1-8.
- Stanculete, M.F., Pojoga, C., Dumitraşcu, D.L. (2014). "Experience of anger in patients with irritable bowel syndrome in Romania". *Clujul Med*, 87, 98-101.
- Starner, T.M, Peters, R.M. (2004). "Anger expression and blood pressure in". *J School Nursing*, 20, 335-342.
- Steele, R.G., Legerski, J.P., Nelson, T.D., Phipps, S. (2009). "The anger expression scale for children: Initial validation among healthy children and children with cancer". *J Pediatric Psychology*, 34, 51-62.
- Suris, J.C, Belanger, R.E., Ambresin, A.E., Chabloz., J.M., Michaud, P.A. (2011). "Extraburden of psychosomatic complaints among adolescents suffering from chronic conditions". *J Dev Behav Pediatr*, 32, 328-331.
- Sütçü, S.T., Aydın, A., Sorias, O. (2010). "Ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmak için bilişsel davranışçı bir grup terapisi programının etkililiği". *Türk Psikoloji Dergisi*, 25, 56-66.
- Sawani, A., Breuner, C.C. (2017). "Clinical hypnosis, and effective mind-body modality for adolescents with behavioral and physical complaints". *Children*, 4,1-12.

- Schaefer, M.R., Kavookjian, J. (2017). "The impact of motivational interviewing on adherence and symptom severity in adolescents and young adults with chronic illness: a systematic review". *Patient Edu Couns*, 100, 2190-2199.
- Siegel, J.M. (1984). "Anger and cardiovascular risk in adolescents". *Health Physiol*, 3, 293-313.
- Steele, R.G., Legerski, J.P., Nelson, T.D., Phipps, S. (2009). The anger expression scale in children with cancer. *J Pediatr Psychol*, 34, 51-62.
- Sukhodolsky, D.G., Smith, S.D., McCauley, S.A., Ibrahim, K., Piasecka, J.B. (2016). "Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in adolescents". *J Child Adolescent Psychopharmacology*, 26, 58-64.
- Şahin, H. (2005). "Öfke ve öfke denetiminin kuramsal temelleri". *SDÜ Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6, 1-22.
- Şenses-Dinç, Özçelik, U., Çak, T., Doğru-Ersöz, D., Çöp, E., Yalçın, E., Çengel-Kültür, E., Pekcan, S., Kiper, N., Ünal, F. (2018). "Psychiatric morbidity and quality of life in children adolescents with cystic fibrosis". *Turkish J Pediatrics*, 60, 32-40.
- Taşcı Eser, D., Liman, T., Bilge, A. (2012). "Kronik hastalığı olan ergenlerin öfke ifade biçimleri". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3, 116-120.
- Vijayakumar, N., Macks, Z.O., Shirtcliff, E.A., Pfeifer, J.H. (2018). "Puberty and human brain: Insights into adolescent development". *Neuroscience and Biobehavioral Rev*, 92, 417-436.
- Vossoughi, N., Jakson, Y., Gusler, S., Stone, K. (2018). "Mental health outcomes of youth living in refugee camps: a review". *Trauma Violence Abuse*, 19, 528-542.
- Wise, P.H. (2007). "The future pediatrician: the challenge of chronic illness". *J Pediatr*, 151 (Suppl 1), 6-10.
- Woodgate, R. (1998). "Adolescents perspective of chronic illness: It's hard". *J Pediatr Nurs*, 3, 57-68.
- Yavuzer, Y., Karataş, Z. (2013). "Ergenlerde otomatik düşünceler ile fiziksel saldırganlık arasında ilişkide öfkenin aracı rolü". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24, 117-123.
- Yöndem, Z.D., Bıçak, B. (2008). "Öğretmen adaylarının öfke düzeyleri ve öfke tarzları". *Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi*, 5, 1-15.
- Zhang, P., Roberts, R.E., Liu, Z., Meng, X., Tang, J., Sun, L., Yu, Y. (2012). "Hostility, physical aggression and trait anger as predictors for suicidal behavior in chinese adolescents: a school based study". *PLoS One*, 7, e31044.

Diğer kaynaklar

Türk Dil Kurumu, (2013). www.tdk.gov.tr

EK 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Ad Soyad:

Doğum Tarihi:

Yaşı:

Cinsiyeti:

Öğrenim durumu:

Bir işte çalışıyor mu? ()Evet İşi ne?..... () Hayır

Kardeş sayısı:

Kaçıncı çocuk:

Aynı evde yaşayan birey sayısı:

Ailenin gelir durumu:

Aylık kazanç: () 2.000 TL'den az ()2.000-5.000 TL () 5.000 TL'den fazla

İzlendiği Bölüm:

Hastalığının adı:

Bu hastalık nedeni ile kaç yıldır izlendiği:

Hastaneye son bir yıl içerisinde kaç kere yattığı:

Tedaviye uyum durumu: ()Az () Orta ()Çok

EK 2.

SÖÖTÖ

I. BÖLÜM

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

	Hiç		Tümüyle
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 iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	(1)	(2)	(3) (4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3) (4)
7. Öfkelenince ağzıma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3) (4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3) (4)
9. Engellendiğimde içimden birilerini vurmaya gelir.	(1)	(2)	(3) (4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1)	(2)	(3) (4)

II. BÖLÜM:

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

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

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
16. İnsanlardan 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 şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22. Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Beni çileden çıkaran herneyse saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)

25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim. (1) (2) (3) (4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

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

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

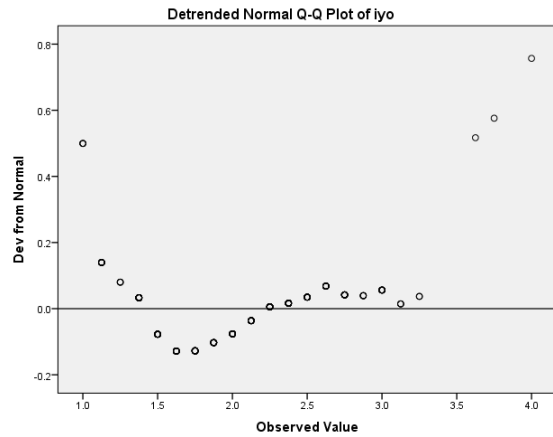
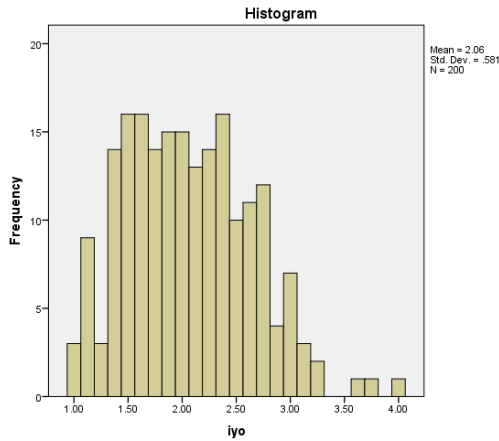
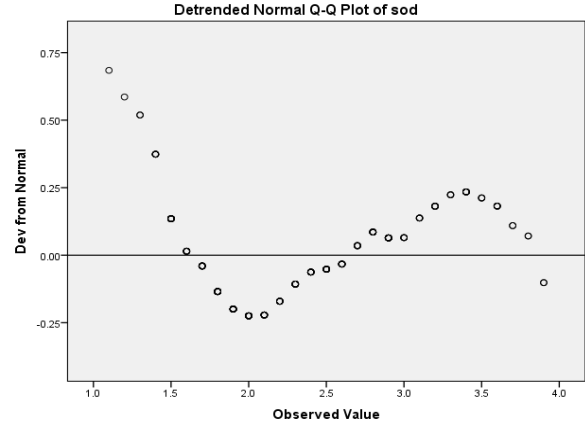
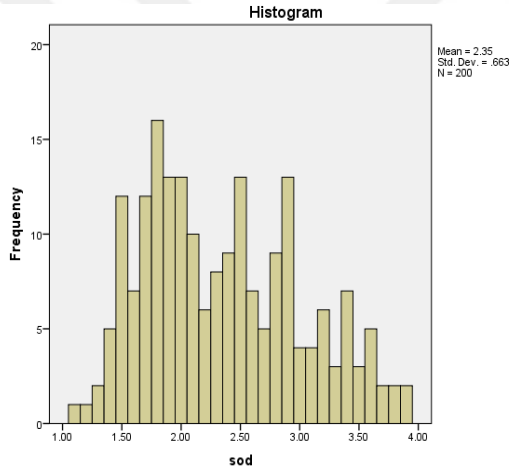
	Hiç	Tümüyle		
31. İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirlenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32. Sinirlerime hakim olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)

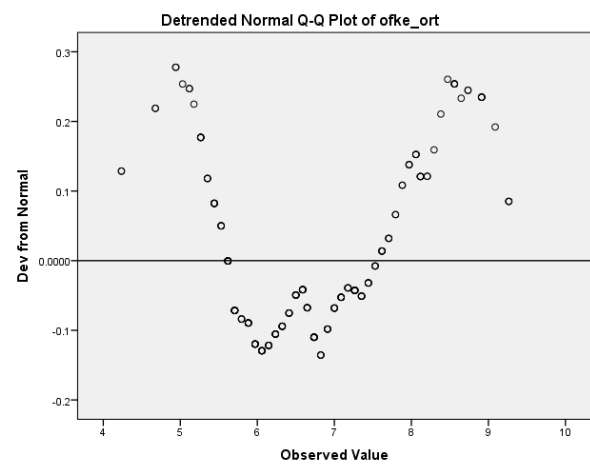
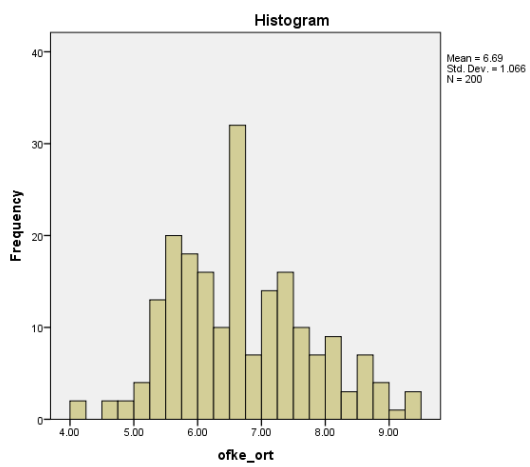
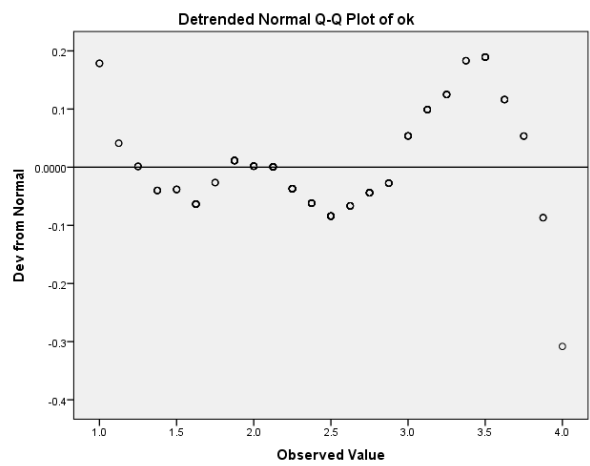
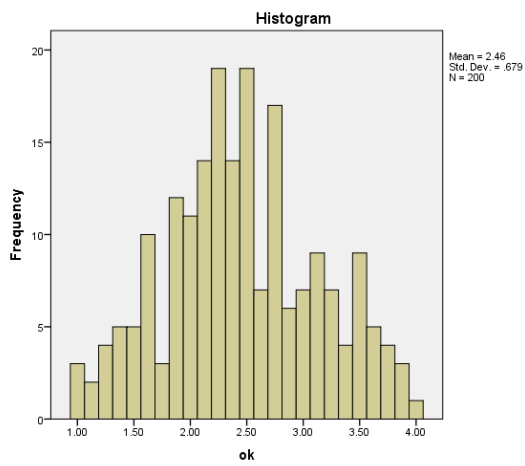
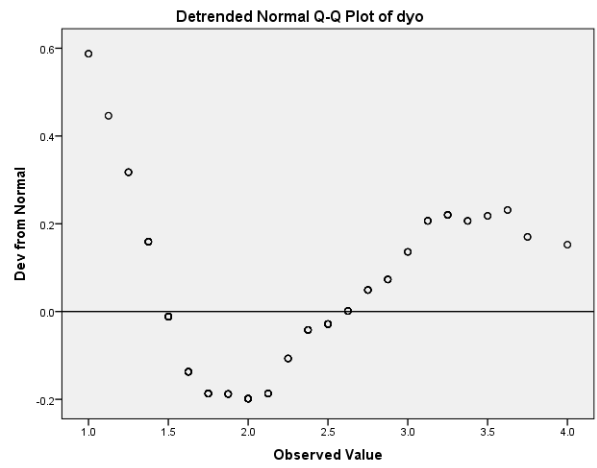
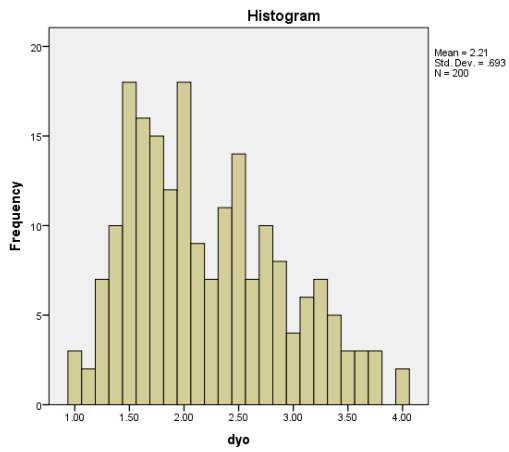
EK-3 NORMALLIK TESTLERİ

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
sod	.114	200	.000	.961	200	.000
iyo	.080	200	.004	.976	200	.002
dyo	.122	200	.000	.959	200	.000
ok	.081	200	.003	.985	200	.030
ofke_ort	.079	200	.004	.981	200	.010

a. Lilliefors Significance Correction





KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Hayriye Uğur ÖZÇELİK

Doğum Yeri ve Tarihi: 28.06.1961, Ankara

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Uzmanlık: HÜTF, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Yan Dal Uzmanlığı: HÜTF, Çocuk Göğüs Hastalıkları

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Faaliyetleri: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları alanında çok sayıda ulusal ve uluslararası Bilimsel dergilerde yayını ve ulusal kitaplarda editörlük, bölüm yazarlığı vardır. Alanında ulusal ve uluslararası derneklere üyedir.

ÖZGEÇMİŞ

İş Deneyimi :

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde

1987-1991: Araştırma Görevlisi

1991-1996: Dr. Öğretim Üyesi

1996-2002: Doç.Dr.

2002-Halen: Prof.Dr. olarak görev yapmaktadır.

İletişim: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi,

Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

Sıhhiye/ ANKARA

E-Posta Adresi: uozcelik@hacettepe.edu.tr