



**T.C.
SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ ÖFKE İFADE TARZLARI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

ERTAN TÜRE

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

SIVAS-2020

**T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ ÖFKE İFADE TARZLARI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

ERTAN TÜRE

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Meral KELLEÇİ**

SİVAS-2020

“Şizofreni Hastalarının Öfke İfade Tarzları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi”
adlı Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Ana
Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Havva TEL

Üye

Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

Üye

Doç. Dr. Figen İNCİ

ONAY

Bu tez çalışması, 02/06/2020 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen
ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ

Bu tez, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam ve yüksek lisans eğitimim süresince hiçbir desteğini esirgemeyen, mesleki gelişim sürecimde büyük rol sahibi danıőmanım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Meral KELLECI' ye, yüksek lisans eğitimim boyunca beni her zaman destekleyen sevgili eőim Sosyolog Kübra ŐİMŐEK TÜRE' ye, aileme, arkadaőlarıma ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalara sonsuz teşekkür ediyorum.



ÖZET

ŞİZOFRENİ HASTALARININ ÖFKE İFADE TARZLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Ertan TÜRE

Yüksek Lisans Tezi

Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

2020, 87 sayfa

Bu çalışma psikiyatri servisinde yatan şizofreni hastalarının öfke ifade tarzları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde 3 Temmuz 2019 -3 Ocak 2020 tarihleri arasında yatarak tedavi gören, en az altı aydır şizofreni tanısı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 70 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın verileri “Kişisel bilgi formu”, “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği”, “Pozitif Semptomlar Değerlendirme Ölçeği” ve “Negatif Semptomlar Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirilmiştir.

Hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ölçeğinin sürekli öfke alt boyutu ortalama puanının (25.88 ± 5.36), pozitif belirtiler değerlendirme ölçeğinin sanrılar alt boyutu ortalama puanının (14.45 ± 11.35) ve negatif belirtiler değerlendirme ölçeğinin zevk almama ve toplumsal çekilme alt boyutu ortalama puanının (14.62 ± 5.22) yüksek olduğu belirlenmiştir. Pozitif belirtileri negatif belirtilere göre daha yoğun olan şizofreni hastalarının öfke kontrollerinin iyi olmadığı, şiddet öyküsü olan ve ilaç uyumu olmayan hastaların öfkeyi dışa yönelttikleri, kadın, 10 yıldan daha az süredir şizofreni tanısı olan hastaların ise öfkeyi içe yönelttikleri, ilaç uyumu olan hastaların öfke kontrolünün daha iyi olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, öfke, öfke ifade tarzı, pozitif belirtiler, negatif belirtiler, psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

INVESTIGATION OF ANGER EXPRESSION STYLES AND AFFECTING FACTORS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Ertan TÜRE

Master's Thesis

Department of Psychiatric Nursing

Advisor: Prof. Dr. Meral KELLEÇİ

2020, 87 pages

This study was conducted in a descriptive and cross-sectional type to investigate anger expression styles and affecting factors in patients with schizophrenia hospitalized in the psychiatric ward.

The sample of this study consisted of 70 patients who received inpatient treatment at the psychiatry clinic of Sivas Cumhuriyet University Health Services Practice and Research Hospital between July 3, 2019 and January 3, 2020, who had been diagnosed with schizophrenia for at least six months and who agreed to participate in the research. Data were collected through face-to-face interviews using “Personal Information Form”, “The Trait Anger and Anger Expression Scales”, “The Scale for the Assessment of Positive Symptoms” and “The Scale for the Assessment of Negative Symptoms”. Data were evaluated in SPSS 23.0 program.

It was found that the trait subscale mean score of trait anger and anger expression scales (25.88 ± 5.36), delusions subscale mean score of the scale for the assessment of positive symptoms (14.45 ± 11.35) and anhedonia/asociality subscale mean score of the scale for the assessment of negative symptoms (14.62 ± 5.22) of patients in the study were high. Anger control of patients with schizophrenia who had more positive symptoms than negative symptoms was not good, patients with a history of violence and no drug compliance had anger-out type, female patients who had been diagnosed with schizophrenia for more than 10 years had anger-in type and patients with drug compliance had better anger control.

Keywords: schizophrenia, anger, anger expression style, positive symptoms, negative symptoms, psychiatric nursing

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1.Ruh Sağlığı	5
2.2.Ruhsal Bozukluk	5
2.2.1.Şizofreni.....	6
2.2.1.2. Şizofreni Epidemiyolojisi	7
2.2.1.3. Şizofreni Etyolojisi	7
2.2.3. Klinik Belirti ve Bulgular	10
2.2.4.Gidiş ve Sonlanım	11
2.2.5. Şizofrenide Tedavi.....	12
2.3. Öfke	13
2.3.1. Öfkeye Neden Olan Faktörler.....	14
2.3.2. Öfke Çeşitleri.....	14
2.3.2.1. Maskelenmiş Öfke Çeşitleri	14
2.3.2.2. Patlayıcı Öfke Çeşitleri.....	15
2.3.2.3. Kronik Öfke Çeşitleri	15
2.3.3. Öfke İfade Tarzları	16
2.3.4. Şizofreni Hastalarında Öfke ve Hemşirelik Yaklaşımı	17
3. GEREÇ ve YÖNTEM	19
3.1.Araştırmanın Amacı	19
3.2.Araştırmanın Tipi	19
3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer	19
3.4.Araştırmanın Evreni	19
3.5.Araştırmanın Örnekleme.....	20
3.6.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	20
3.7.Araştırmanın Dışlama Kriterleri.....	20

3.8.Araştırmanın Değişkenleri	21
3.8.1.Bağımlı Değişkenler	21
3.8.2. Bağımsız Değişkenler	21
3.9. Veri Toplama Araçları	21
3.9.1.Kişisel Bilgi Formu (EK 1)	21
3.9.2.Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği (EK 2)	22
3.9.3.Pozitif Semptomlar Değerlendirme Ölçeği (EK 3)	22
3.9.4. Negatif Semptomlar Değerlendirme Ölçeği (EK 4)	23
3.10.Verilerin Toplanması.....	23
3.11.Verilerin Analizi.....	24
3.12. Araştırmanın Etik Yönü	24
4. BULGULAR	25
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER	54
6.1.Sonuçlar	54
6.2.Öneriler	57
7. KAYNAKÇA	58
EKLER.....	67
Ek-1: Kişisel Bilgi Formu	67
Ek-2: Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği	68
Ek-3: Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	70
Ek-4: Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği	71
Ek-5: Bilgilendirilmiş Olur Formu	72
Ek-6: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı	74
Ek-7: Araştırma İzin Onayı	76
ÖZ GEÇMİŞ.....	77

TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları	25
Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı.....	27
Tablo 4.3. Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı, Pozitif Ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımları	29
Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.5. Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..	35
Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.8. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	40
Tablo 4.9. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	42
Tablo 4.10. Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği İle Pozitif Belirtiler ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçekleri Arasındaki Kolerasyon	45

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofrenik bozukluk, bireyi, aileyi ve toplumu olumsuz etkileyen, genellikle gençlik dönemlerinde başlayan, bireyin diğer kişilerle olan sosyal etkileşimlerinden zamanla uzaklaşarak, kişinin var olan algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, duygu, düşünce ve davranışlarda ciddi bozukluklara neden olan bir psikozdur (Öztürk ve Uluşahin 2008). Şizofreni genellikle 15-45 yaş sınırları arasında, çoğunlukla 18-25 yaşlarında her çeşit psikolojik zorlanmayla başlayabilir. Travma, ergenlik döneminde dürtülerin aşırı şiddet kazanması, cinsel ya da saldırgan dürtülere karşı denetim zayıflığı gibi durumlara psikozun başlamasından önce sık rastlanır (Townsend, 2011). Şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı yaklaşık olarak %1dir (Kaplan & Sadock, 2005; WHO, 2019).

Şizofrenik bozuklukta pozitif ve negatif semptomlar görülür. Şizofrenik bozuklukta görülen pozitif semptomlar; olağan dışı davranışlar, hezeyanlar, halüsinasyon ve illüzyonlar, konuşmada düzensizlik, aşırı konuşmadan hiç konuşmamaya varan değişiklikler, konuşmada kalıplaşmış yinelemeler, duygulanımda uygunsuzluk, taşkınlıklar, çocuksuluk, düşünce akışında bozukluk, düşünce okunması, düşünce sokulması, düşünce yayınlanması, düşünce yankılanması, devinimde yinelemeler, katatoni, taşkınlık, garip çocuksu (regresif) davranışlardır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Radke at al., 2015; Townsend,2011). Şizofrenik bozuklukta negatif semptomlar ise; normal işlevlerde azalma, eksiklik ya da yokluk belirtileridir. İçer kapanma, toplumdan çekilme, konuşmada, düşüncede fakirleşme, heyecan duyamama, soyut düşünme yetisinde azalma, somut düşünme ve duygulanımda azalma, küntleşme, vurdum duymazlık, dikkat, istek ve iradede azalma, kendine bakma, iş ve toplumsal uyum alanlarında ilgilenme ve sorumluluk almada azalma, devinim ve eylemde azalma sık görülen belirtilerdendir (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Stuart, 2013). Şizofreni hastalığı olan bireylerde, sosyal izolasyon, bireysel baş etmede yetersizlik, duyusal /algısal değişim, kişisel kimlikte bozulma, sözel iletişimde bozulma, düşünce sürecinde bozulma, öz bakım yetersizliği, uyku alışkanlığında bozulma, ilişki sorunları, dışlanma gibi sorunlar görülmektedir (Güleç ve ark., 2008; Lee at al., 2015; Yıldız ve Cerit, 2006).

Şizofreni hastalarında sık görülen sorunlar arasında agresyon, kendine ya da başkalarına zarar verme riski ve öfke kontrolü yapamama da önemli yer tutar. Bu nedenle şizofreni hastalarında öfke konusunun ele alınması önem taşımaktadır. Çünkü, şizofrenide pozitif semptomların artmasıyla saldırganlıkla sonuçlanan yoğun öfke duyguları ortaya çıkmaktadır (Ringer & Lysaker, 2014). Şizofreni hastalarının öfkesini doğru şekilde ifade edebilmesi ve öfke kontrol yöntemlerini etkin bir şekilde kullanarak kendisine ve çevreye zarar vermesini önlemek gereklidir (Reddy, 2016; Ringer & Lysaker, 2014).

Öfke, gündelik yaşamın içerisinde yer alan evrensel duygulardan birisidir. Öfke basit denilebilecek bir sınırlanma ya da kızgınlık durumundan şiddetli sinirlilik boyutuna kadar değişebilen kademeli bir duygu durumu olarak da tanımlanmaktadır (Ruocco et al., 2014). Öfkenin doğru şekilde ifade edilememesi bireyler açısından ileriye yönelik fiziksel ve ruhsal problemlerin oluşmasında risk taşımaktadır. Öfkenin bastırılması sonucunda somatik yakınmalarla beraber, hipertansiyon, koroner arter problemleri, solunum sorunları, cilt hastalıkları, kanser, kronikleşen ağrı, mevcut fiziksel hastalıkların daha da ağırlaşması, ruhsal problemler ve intihara kadar varan birçok olumsuz duruma sebep olabileceği ifade edilmektedir (Bilge ve Ünal, 2005; Chen Liu & Yang, 2001; Reddy, 2016; Soykan, 2003).

Ringer & Lysaker (2014), şizofrenik bozukluklarda, öfkenin dışa dönük ifadelerinin özellikle sorunlu olduğunu, şizofreni hastaları için şiddetli dışa dönük öfke ifadesi riskinin genel nüfustan 4,6 kat daha yüksek olduğunu, yapılan 204 çalışmanın meta analizinde, psikozun şiddet oranını 3/4 kat artırdığını ifade etmiştir. Psikiyatri hastalarının tanıları dikkate alındığında, şizofrenik bozukluk tanılı hastaların (özellikle paranoid şizofreni) ilk sırada olduğu ifade edilmektedir. Öfke ve saldırganlığa neden olan etkenler; bireyin yaşının genç olması, cinsiyetinin erkek olması, evli olmaması, kendi isteğinin dışında hastaneye yatırılması şeklinde belirtilmektedir. Psikiyatrik hastalık tanıları dikkate alındığında ise, bireyin şiddet tutumu içinde olması ile şizofrenik bozukluk arasında kuvvetli bir bağlantı bulunduğu ifade edilmektedir (Gadea et al. 2018).

Şizofreni hastalarının suç işlemesi ve saldırgan davranışlarda bulunma olasılığı alkol ve diğer psikoaktif madde kullanımıyla arttığı, özellikle de pozitif semptomları yoğun yaşamasıyla öfke ve saldırganlık olasılığını arttırdığı ifade edilmektedir (Engin ve ark., 2006; Kassinove & Tafrate, 2003; Modestin, 1998). Abushua'leh & Abu-Akel (2006) yaptığı araştırmada psikopatik özelliklerin şizofreni hastalarının şiddet davranışlarıyla ilişkili olduğunu, psikotik semptomlarla ilişkili şiddetin antipsikotik tedavinin ilk haftasında azaldığı ifade etmiştir. Ekinci ve Ekinci (2013) yaptığı çalışmada, şizofrenik bozukluğu olan hastaların, hastalıklarını kabullenmeleri için desteklendiğinde, öfke ve saldırganlık riskinin azaldığı belirtilmektedir. Dürtüsel davranışların da öfke ve saldırganlıkla ilişkili olduğu ifade edilmiştir. İşitsel ve görsel halüsinasyonlarının ya da sanrılarının gerçek olduğuna inanan bireylerde de öfke ve şiddet riskinin oluşabileceği belirtilmektedir. Ringer & Lysaker'ın (2014) yaptığı çalışmada; şüphenin ilgili bir faktör olacağı öngörülmüş olup, şizofreni hastaları tarafından işlenen şiddet veya dışa dönük öfke ifadesinin, aktif psikoz dönemlerinde daha sık meydana geldiği ifade edilmektedir. Şizofreni hastaları, içindeki öfkenin tehlikeli bir ön görülemezlik meselesi olduğu inancı nedeniyle damgalanır. Öfke ve şiddet ile ilgili yapılan bir çalışmada psikotik semptomatolojiyi (sanrılar, halüsinasyonlar ve içgörü eksikliği) temel faktör olarak göstermektedir. Aslında, yüksek anksiyete, şizofreni hastalarında daha yüksek öfke ifadesiyle (hem içten hem dışa doğru) ilişkilendirilmiştir ve bir çalışmada, kronik şizofrenide panik ataklar ile öfke arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Gadea et al.2018).

Öfkeyi doğru ifade etme becerisini kazanmaya “öfke kontrolü” denir. Öfke kontrolünde temel amaç; saldırganlıktan uzak, şiddet içermeyen, kişinin kendisine ve çevresindekilere zarar vermeyecek şekilde duygusunu ifade etme becerisini kazanmasıdır (Kökdemir, 2004). Hemşireler hastaların öfke ifade eden davranışlarını ve nedenlerini tanımlayabilmeli, öfkenin olumlu yönlerinin farkında olmalı, hastanın öfkesini ifade etmesini önlemek yerine birlikte nedenlerini bulmaya çalışmalı, öfkesini kendisinde suçluluk duygusu yaratabilecek pasif ya da saldırgan yollarla değil, atılgan ve güvenli bir biçimde ortaya koymasını teşvik etmelidir. Ayrıca öfke karşısında kendi tepkilerinin de farkında olmalı ve davranışlarını kontrol edebilmelidir (Stuart, 2013; Townsend,2011; Videbeck, 2011).

Bilindiği gibi North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) hemşirelik tanıları arasında öfke tanısı yer almaktadır. Psikiyatri hemşireleri verdiği bakım ile öfke kontrolünü sağlama da kilit noktadadır. şiddet, öfke ve şizofreni arasında gerçek bir bağlantı olduğu ifade edilmekle birlikte, şizofreni hastalarında özellikle pozitif semptomların artmasıyla öfke ve saldırganlık olasılığının da arttığı belirtilmektedir (Modestın,1998; Parlak ve Günüşen, 2016). Ancak şizofreni hastalarında öfke ifadeleri konusunda ölkemizde ve dünyada çok fazla çalışmaya rastlanmamaktadır. Psikiyatri hemşireleri, birey, aile ve toplumun ruh sağlığının korunması, hastalık ve acı çekme yaşantısının önlenmesi, hastalıktan ve yaşamdan anlam bulmanın sağlanması, hastalık durumunda başa çıkmaların güçlendirilmesi ve rehabilitasyonundan sorumludur. Klinikte yatarak tedavi gören hastaların başa çıkma becerilerinin arttırılması ve sosyal uyumlarının geliştirilmesi psikiyatri hemşirelerinin öncelikli görevleri arasında yer almaktadır. şizofrenik bozukluğu olan bireylerin öfke ifade tarzının ve etkileyen faktörlerin bilinmesi ile hemşireler bireyin öfke düzeyinin daha kısa sürede değerlendirebilir ve hemşirelik bakımının etkin bir şekilde uygulanabileceği düşünölmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Ruh Sağlığı

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı sadece hastalık veya sakatlığın yokluğu değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik hali olarak tanımlar (WHO, 2019). Bu tanım sağlığı olumlu bir refah durumu olarak vurgular. Duygusal, fiziksel ve sosyal refah halindeki insanlar yaşam sorumluluklarını yerine getirir, günlük yaşamda etkili bir şekilde çalışır ve kişiler arası ilişkilerden ve kendilerinden memnun olurlar. Diğer bir ifade ile ruh sağlığı kişinin dış ortamlardaki stres faktörlerine başarılı bir şekilde adapte olabilmesi, kültürel normlara ve yaşa uygun düşünce, duygu ve davranışlarda bulunabilmesi olarak tanımlanmaktadır (Townsend, 2014). Bireyin ruhsal sağlığını kişinin biyolojik yapısı, özerkliği ve bağımsızlığı, benlik saygısı, büyüme kapasitesi, yaşamda anlam bulma yeteneği, duygusal esneklik veya dayanıklılık, aidiyet duygusu, gerçeklik yönelimi, destek kaynaklarını etkin kullanabilmesi gibi faktörler etkilemektedir (Stuart, 2013; Videbeck, 2011).

2.2.Ruhsal Bozukluk

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2013) ruhsal bozukluğu bir kişide ortaya çıkan mevcut sıkıntı, sakatlık veya ölüm, ağrı ile ilgili önemli bir artış riski ve bu risklerle ilişkili olan klinik olarak anlamlı bir davranışsal ve psikolojik sendrom ya da model olarak tanımlar. Psikiyatrik hastalığına neden olan faktörler; bireysel, kişilerarası ve sosyal / kültürel etkenlerdir. Bireysel faktörler arasında biyolojik nedenler, dayanılmaz ve gerçekçi olmayan endişeler veya korkular, gerçekliği fanteziden ayırt edememe, yaşamın belirsizliklerine tahammülsüzlük, yaşamda uyumsuzluk hissi ve yaşamında anlam kaybı gibi nedenler yer alır. Kişilerarası faktörler arasında ise etkisiz iletişim, ilişkilere aşırı bağımlılık veya ilişkiden çekilme, aidiyet duygusunun olmaması, yetersiz sosyal destek ve duygusal kontrol kaybı yer alır. Sosyal / kültürel faktörler arasında kaynak eksikliği, şiddet, evsizlik, yoksulluk, dünyaya haksız bir olumsuz bakış ve damgalanma, ırkçılık ve cinsiyetçilik sayılabilir (Townsend, 2011; Varcarolis, 2014; Videbeck, 2011). Dünya Sağlık Örgütü ortalama ruhsal bozukluk prevalansını %18 ile %36 arasında olduğunu belirtmektedir (WHO, 2019). Ruhsal bozuklukların arasında ise Şizofreninin yaşam

boyu görülme sıklığı yaklaşık olarak %1dir. (Kaplan ve Sadock, 2005; Öztürk ve Uluşahin, 2008; Townsend, 2011; WHO, 2017).

2.2.1.Şizofreni

Şizofrenik bozukluk, genellikle gençlik dönemlerinde başlayan, bireyin diğer kişilerle olan sosyal etkileşimlerinden zamanla uzaklaşarak, kişinin var olan algılama ve yorumlama biçimlerine yabancılaşarak, duygu, düşünce ve davranışlarda ciddi bozukluklara neden olan psikiyatrik bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Varma ve ark., 2011). Bu süreçte bireyde, içe kapanma, sanrı ve halisünasyonlar, işlevsellikte önemli ölçüde bozulma, konuşma miktarında azalma, düşünce içeriğinde dağınıklık, dikkat ve bellekte bozulma gibi belirtiler gözlemlenir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018; Yetkin ve ark., 2010). Şizofreni, insanların yaşayabileceği en yıkıcı ruhsal hastalık olabilir. Başlangıcı tipik olarak ergenlik ya da erken yetişkinlik döneminde, bireylerin kesin bir benlik duygusu elde etmeye, kalıcı ilişkiler kurmaya ve topluma verimli katkılar sağlamaya başladığı bir dönemdir. Şizofreni hastalığı olan bireylerin büyük bir çoğunluğu, hastalığın başlamasından sonra yaşamlarında önemli bir süre boyunca bağımsız yaşamlarını ya da kazançlı bir istihdam sürdüremezler (Karlidere ve ark., 2015).

Şizofrenik bozukluğun alt tipleri bulunmaktadır. Paranoid şizofreni, esas olarak kötülük görme sanrıları ve işitsel halüsinasyonların varlığı ile karakterizedir. Birey genellikle gergin, şüpheli, tartışmacı ve saldırgan olabilir. Genellikle diğer tiplere göre daha ileri yaşlarda görülür. Mental işlevlerde, duygusal tepkilerde ve davranışlarda şizofreninin diğer alt tiplerine göre daha az gerileme görülür (Öztürk ve Uluşahin 2008; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018; Townsend, 2011). Dezorganize şizofrenide semptomlar genellikle 25 yaşından önce başlar. Dezorganize hastalarda davranışlar amaç dışı ve anlamsızdır. Gerçekle ilişkileri zayıftır. Kendi dünyalarında yaşarlar, dış dünya ile iletişimleri kopuktur. Bu tipte yıkım hızlıdır (Öztürk ve Uluşahin 2008; Townsend,2011). Katatonik şizofrenide katatonik şizofreni, motor davranışta belirgin anormallikler ile karakterizedir. Birey kendiliğinden hareket ve aktivitede belirgin bir azalma sergiler. Birey çevreyle iletişim kurmaz, yemek yemez ve verilen uyarılara tepkisiz kalır. Genellikle 15-25 yaşlar arasında başlar (Davison & Neale, 2012; Townsend,2011). Ayrışmamış Şizofrenide şizofrenik semptomların birden fazla alt tipe yönelik kriterleri karşıladığı durumda kullanılır (Davison &

Neale, 2012; Townsend, 2011). Rezidüel Şizofreni ise bir ya da daha fazla şizofrenik epizodun ardından hastalık seyrinin daha çok negatif semptomlarla sürdüğü kronik bir şizofreni tipidir (Davison & Neale, 2012; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018; Townsend,2011).

2.2.1.2. Şizofreni Epidemiyolojisi

Şizofreni genellikle 15-45 yaş sınırları arasında, çoğunlukla 18-25 yaşlarında her çeşit psikolojik zorlanmayla başlayabilir. Travma, ergenlik döneminde dürtülerin aşırı şiddet kazanması, cinsel ya da saldırgan dürtülere karşı denetim zayıflığı gibi durumlara psikozun başlamasından önce sık rastlanır (Townsend, 2011). Şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı yaklaşık olarak %1 dir. Ulusal Ruh Sağlığı Kurumunun (NIHM) Epidemiyolojik Alan Tarama (ECA) çalışmasında, şizofreninin yaşam boyu görülme sıklığı %0,6 ile %1,9 arasında olduğu ifade edilmektedir (Kaplan & Sadock, 2005; Öztürk ve Uluşahin 2008; Townsend, 2011). Şizofreni, genellikle erkeklerde en sık 15-25 yaşları arasında ortaya çıkarken, kadınlarda 25-35 yaşlar arasında ortaya çıkar. Sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde şizofreninin görülme sıklığı, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlara oranla 5 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (Buckley et al., 2005; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Şizofreni tanısı olan bireylerde bekar olan ve yalnız yaşayanlarda, evli olanlara göre şizofreni görülme olasılığının arttığı, kış aylarında ve ilkbaharın başlarında doğan bireylerde şizofreni görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir. Aynı zamanda toplumsal sınıf, göç ve stres verici yaşam olayları da şizofreni görülme olasılığını arttırdığı ifade edilmiştir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

2.2.1.3. Şizofreni Etyolojisi

Şizofreninin nedeni hala belirsizdir. Büyük olasılıkla tek bir faktör, etiyojide yer almaz. Hastalık biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler de dahil olmak üzere çeşitli etkilere kaynaklanmaktadır (Townsend, 2011; Videbeck, 2011).

Genetik yatkınlık faktörünün şizofrenide önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Şizofreni tanısı alan bireylerin çocuklarında şizofreni görülme riskinin 10 kat artmış olduğu, birinci derece akrabalarında gelişme riskinin %3-7 olduğu bildirilmektedir (Acar ve Kartalçı, 2014; Köroğlu ve Güleç, 2007). Yapılan

ikiz araştırmalarında, tek yumurta ikizlerinden birinde şizofreni görülmesi durumunda diğer kardeşte de şizofreni görülme olasılığı %50' dir. Hem anne hem de baba şizofreni tanısı almış ise, çocuklarda şizofreni görülme olasılığı %40' dır. Anne veya babanın birisinde şizofreni tanısı var ise çocuklarda şizofreni görülme olasılığı %8' dir. Kardeşlerin birinde şizofreni hastalığı var ise diğer kardeşlerde de şizofreni görülme olasılığı %12'dir (Clarke et el, 2013; Krabbendam & Van Os, 2005). Evlat edinme araştırmalarına bakıldığında, evlat edinilen monozigot ikizlerle, biyolojik ailesi tarafından yetiştirilen ikizlerde şizofreni görülme olasılığının eşit olduğu belirlenmiştir. Yapılan analizler sonucunda birçok kromozomda şizofreni ile ilişkilendirilen gen bölgeleri bildirilmektedir. Bu genlerden en çok öneme sahip olanlar 22q11-12, 8p22-21, 6p24-22 olarak kabul edilir (Kaplan & Sadock, 2005; Kokurcan, 2014). Yapılan genetik çalışmalarda şizofrenide kromozom 5, 6, 8, 10, 13 ve 15'in bağlantılı olduğu saptanmıştır (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Yapılan çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerin, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlara göre daha fazla şizofreni ile ilişkili semptomlar tariflediği belirlenmiştir. Bunun nedeni ise yetersiz beslenme, doğum öncesi bakımın olmaması, stresli durumlarla başa çıkmada kaynaklara ulaşılabilirliğin yetersiz olması, yaşam tarzını değiştirme konusunda umutsuzluk olarak rnekendirilebilir (Straus et al., 2016; Townsend, 2011). Stresin şizofreniye neden olduğunu gösteren bilimsel bir kanıt yoktur. Aşırı stresin psikotik atakları hızlandırabileceği bilinmektedir. Stres, şizofreniye karşı genetik bir kırılganlığa sahip olan bir kişide belirtileri tetikleyebilir. Stresli yaşam olayları, şizofrenik semptomların alevlenmesi ve artmış nüks oranları ile de ilişkili olabilir (Kocal ve ark., 2017; Tatlıdil ve ark., 2009; Walker et al., 2005).

şizofrenide beyin biyokimyasını inceleyen çalışmalar nörotransmitterler üzerinde odaklanmaktadır. Bu nörotransmitterler, dapamin, seratonin, glutamat, GABA ve norepinefrin'dir (Köroğlu ve Güleç, 2007; Townsend, 2011). Dopamin, kimyasal yapısı adrenaline benzeyen, hareketlerin kontrolü, zevk ve acıyı duyma gibi tepkiler ile ilgili beyin süreçlerinde yer alan önemli bir nörotransmitterdir. Dopamin varsayımı, şizofrenide dopamin seviyesinde değişim olduğunu öne sürer (Acar ve Kartalcı,2014; ztrk ve Uluşahin, 2008). Amfetamin ve kokain benzeri dopamin düzeyini yükselten maddelerin normal bireylerde psikoza benzer bir tabloya neden

olması ve postsinaptik dopamin reseptörlerini bloke eden nöroleptiklerin şizofreni semptomlarını azaltması, dopamin varsayımını desteklemektedir. Dopamin reseptörlerinin 5 alt tipi vardır (D1-D5). Şizofreni sağılıımında kullanılan antipsikotik ilaçların etki gücü ile bunların D2 reseptörlerine bağlanma gücü arasında ilişki görülmektedir (Acar ve Kartalcı,2014; Brisch et al., 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Şizofrenide dopamin seviyesinin artması halüsinasyon ve sanrı gibi psikotik belirtilere neden olurken, dopamin seviyesinin azalması ise dikkat dağınıklığı, hayattan zevk alamama, konuşma içeriğinin yoksulluğu gibi negatif belirtilere neden olur (Brisch et al., 2014).

Beyinde serotoninin yetersizliği sonucunda ruhsal bozuklukların ortaya çıkabileceği kanısı üzerinde durulmaktadır. Serotoninin dopamin nöronları üzerinde düzenleyici bir etkiye neden olduğu saptanmıştır. Serotonin (5-HT) reseptörlerinin biliş, psikoz ve duygu durumunda önemli bir rol oynadığı ileri sürülmüştür (Yavaşçı ve Akkaya 2012). Serotonin antagonizması yapan liserjik asit dietilamid, fenfluramin ve klorofenilpiperazin şizofrenidekine benzer halüsinasyon gibi belirtilere neden olurken, şizofreni hastalarında da şizofreni belirtilerini alevlendirebilmektedirler. Bu ilişki serotonin işlevinin azalmasının şizofreni ile bağlantılı olabileceğini göstermektedir (Kocal ve ark., 2017). Glutamat merkezi sinir sisteminde bulunan eksitator etkiye sahip bir nörotransmitterdir. Bir reseptör kanalı antagonisti olan fensiklidinin sağlıklı kişilere verilmesinin şizofreni benzeri bir duruma neden olduğu bildirilmiş, paronaya, ajitasyon, iştme varsanıları gibi pozitif semptomlara; apati, sosyal geri çekilme, dikkat dağınıklığı gibi negatif semptomlara neden olduğu görülmektedir (Marsman et al., 2014; Özdemir ve Güzel Özdemir 2016). Fensiklidinin sağlıklı kişilere verilmesi düşünce bozukluğu ve halüsinasyonların ortaya çıkmasına neden olurken, şizofreni hastalarına verilmesi durumunda da psikotik belirtilerin alevlenmesine neden olmaktadır (Özdemir ve Güzel Özdemir 2016; Öztürk ve Uluşahin 2008).

Gama Amino Bütirik Asit (GABA), beyindeki ana önleyici nörotransmitterdir. Yapılan bir çalışmada, şizofreni tanılı bireylerde prefrontal singulat kortekste GABA-erjik nöron ABA-erjik nöron yitimi saptanmıştır. Bir başka çalışmada ise prefrontal bölgede GABA sentezinden sorumlu bir enzim olan glutamik asit dekarboksilaza ait mRNA düzeyinde azalma olduğu bildirilmiştir

(Hoftman et al.,2015; Marsman et al., 2014; Öztürk ve Uluşahin, 2008). Şizofrenide GABA dizgesindeki bozukluğun uyku bozukluğu üzerinde de etkisi olduğu düşünülmektedir. GABA salınımının azalması şizofreni semptomlarının görülmesine neden olur (Hoftman et al., 2015; Kaplan & Sadock, 2005).

Norepinefrin tek başına olmasa da diğer nörotransmitterlerle birlikte şizofrenide rol oynadığı düşünülmektedir. Şizofreni tanısı olup ilaç kullanmayan bireylerde yapılan çalışmalarda BOS norepinefrin düzeyinin sağlıklı bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. BOS norepinefrin düzeyi özellikle paranoid semptomların fazla olduğu hastalarda yüksektir (Kocal ve ark., 2017; Köroğlu ve Güleç, 2007).

2.2.3. Klinik Belirti ve Bulgular

Şizofrenide, düşünce, algı ve bilişsel bozukluklar, apati, iletişim kurmada zorluk çekme, duyguları ifade etmede güçlük yaşama, içe kapanma gibi belirtiler gözlemlenmektedir. Yapılan çalışmalarda şizofreninin klinik belirtileri, gerçeği değerlendirmede bozukluk ile giden pozitif semptomlar, işlevde azalma ile giden negatif semptomlar olarak iki grupta değerlendirilmektedir (Kocal ve ark., 2017; Varcarolis, 2014; Yiğittürk ve ark., 2017). Şizofrenide pozitif semptomlar olağan işlevlerde aşırılık ve çarpıklıklar olmasıdır. Halüsinasyonlar, sanrılar, garip davranışlar, pozitif formal düşünce bozuklukları, uygunsuz duygulanım, yanılısamalar, ajitasyon şeklinde sıralanabilir (Ceylan ve Çetin, 2009; Köroğlu ve Güleç, 2007).

Şizofrenide pozitif belirtilerde görülen en önemli belirti sanrılardır. Şizofrenide en çok görülen sanrılar, perseküsyon (kötülük görme) sanrılardır. Bu sanrı türünde birey, başkaları tarafından kendisine zarar verileceğini düşünmektedir. Perseküsyon sanrılarında sonra şizofrenide görülen en sık sanrı türü referans (alınanlık) sanrılarıdır. Yapılan aynı çalışmada şizofreni hastalarının % 55.2' si referans sanrılarını tarif etmiştir. Bu sanrı türlerine ek olarak büyüklük (grandiyözite), kıskançlık (jaluzik), somatik, erotomanik, düşünce okunması, düşünce yayınlanması, kontrol edilme sanrılarını şeklinde sanrılar da bulunmaktadır (Ceylan ve Çetin, 2009; Kaplan & Sadock, 2005; Kocal ve ark., 2017; Turgut ve Yenilmez, 2013). Şizofrenide başka bir sık görülen pozitif belirti ise halüsinasyonlardır. Halüsinasyonlar 5 grupta toplanmıştır. Bunlar, işitsel halüsinasyonlar, görsel halüsinasyonlar, somatik (dokunsal), tat ve koku halüsinasyonları şeklindedir.

Şizofreni hastalarında en sık görülen halüsinasyonlar işitsel ve görsel halüsinasyonlardır (Ceylan ve Çetin, 2009; Köroğlu ve Güleç, 2007). Olağan işlevlerde azalma ile giden negatif belirtiler ise, affektif küntleşme veya düzleşme, aloji, enerji ve isteğin azalması, zevk almama ve toplumsal çekilme ve dikkatte azalma şeklinde sıralanabilir (Kocal ve ark., 2017; Köroğlu ve Güleç, 2007; Öztürk ve Uluşahin 2008).

2.2.4.Gidiş ve Sonlanım

Şizofreni süreğen ve yeti yitimine neden olan bir psikiyatrik hastalıktır. İlk psikotik epizod sonrasında uygulanan tedavi ile hasta iyileşmeye başlar ve normal işlevsellik düzeyini sürdürebilir. Buna karşın hasta yeni bir epizod geçirir ve tanı konulduktan sonra beş yıl içindeki hastalık biçimi hastalığın gidişinin ne şekilde olacağı hakkına bilgi verir. Şizofrenide iyileşme oranı %10-60 arasında olduğu, %45' inde ise şizofreniye bağlı yıkım olduğu bildirilmektedir (Kocal ve ark., 2017; Köroğlu ve Güleç, 2007).

İyi Prognoz Belirtileri

- Ailede şizofreni öyküsünün olmaması,
- Ailede duygu dışavurumunun düşük olması,
- Şiddet öyküsünün olmaması,
- Obsesyon ve kompulsiyonların olmaması,
- Yapısal beyin anomalisinin olmaması,
- Evli olmak,
- Hastalık öncesi uyumun iyi olması,
- Psikososyal destek kaynaklarının var olması,
- Hastalık başlangıç yaşının geç olması,
- Klinik belirtilerin pozitif belirtiler olması,
- Hastalığın başlangıcının akut olması,
- Hastalığın aktif döneminin kısa olması,
- Hastalığın gidişinin epizodik olması olarak sıralanabilir (Köroğlu ve Güleç, 2007; Öztürk ve Uluşahin 2008).

Kötü Prognoz Belirtileri

- Ailede şizofreni öyküsünün olması,
- Ailede duygu dışavurumunun yüksek olması,
- Şiddet öyküsünün var olması,
- Obsesyon ve kompulsiyonların var olması,
- Yapısal beyin anomalisinin var olması,
- Bekar olmak,
- Hastalık öncesi uyumun kötü olması,
- Psikososyal destek kaynaklarının olmaması,
- Hastalık başlangıç yaşının erken olması,
- Klinik belirtilerin negatif belirtiler olması,
- Hastalığın başlangıcının sinsi olması,
- Hastalığın aktif döneminin uzun olması,
- Hastalığın gidişinin kronik olması olduğu bildirilmiştir (Koroğlu ve Güleç, 2007; Öztürk ve Uluşahin 2008).

2.2.5. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni tedavisinde farmakolojik tedavi, tedavinin en önemli unsurlarındandır. Tedavi olarak antipsikotik ilaçlar kullanılır. Bu antipsikotik ilaçlar dopamin, serotonin, norepinefrin, asetilkolin gibi nörotransmitterlerin düzenlenmesinde rol oynar. İlaç tedavisine ek olarak elektro-konvülsif terapi (EKT) yöntemi kullanılır. EKT, ilaç tedavisine yanıt vermeyen hastalarda ya da ilaç yan etkisinden dolayı ilacını kullanmayı bırakan hastalarda kullanılan bir tedavi yöntemidir. Yapılan çalışmalarda elektro-konvülsif terapi yapılan hastaların tedaviye daha erken yanıt verdiği bildirilmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Şizofreni tedavisinde aynı zamanda, psikoterapiler, bilişsel davranışçı tedavi yaklaşımları, psikososyal beceri eğitimi ve aile terapileri uygulanmaktadır. Aile tedavisi de büyük önem taşımaktadır. Aile tedavisinde asıl amaç, ailenin etkili baş etme yöntemlerini öğrenmesi, sorun çözme ve etkili iletişimi öğrenip uygulayabilecek düzeye gelmesidir. Aynı zamanda bilişsel davranışçı terapi yöntemleri ile bireyde var olan pozitif ve negatif semptomlarla bireyin daha etkili baş edebilmesi, belirtilerin şiddetinin azaltılması, azalan işlevselliğin tekrar artırılması

amaçlanmaktadır. Şizofreni hastalarında tedaviye uyum önemli bir etken olup; tedaviye uyumsuzluk problemlerinin yaşanması ile birlikte hastalarda öfke sorunları sık sık yaşanabilmektedir (Kocal ve ark., 2017; Summakoglu ve Ertugrul, 2018; Townsend, 2011; Videbeck, 2011).

2.3. Öfke

Öfke, bireyin günlük yaşam içerisinde karşılaştığı, olumsuzluk içeren , tehdit, engellenme gibi durumlar karşısında ortaya çıkan evrensel bir duygudur (Soykan, 2003). Türk Dil Kurumu'na göre öfke, Engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hışım, hiddet, gazap şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2020). Öfke, gerçek olan ya da var olduğu düşünülen bir engel, tehdit veya haksızlığa uğrama gibi durumlar karşısında, bireye rahatsızlık veren olayı yok etmek amacıyla ortaya çıkan bir duygudur. Öfkenin plansız olarak ortaya çıkan bir duygu olduğunu, genellikle engellenme, küçük görülme ve eleştiri gibi durumlarda ortaya çıktığını ifade edilmektedir. Öfke sıradan bir sinirlilik veya kızgınlık durumundan, ağır bir hiddet haline kadar değişen dereceli bir duygusal durum olarak da tanımlanmaktadır (Gadea et al., (2018).

Öfke, bazı durumlarda süresi kısa, orta derecede şiddetli ve bireye yararı olan, kimi zaman ise şiddetli, yoğun, uzun süreli ve yıkıcı olabilir. Öfke duygusunun doğrudan ifade edilmesi sonucunda tahrip edici sonuçlar doğurduğu belirtilmektedir. Bu biçimde ifade edilen öfke duygusunun bireyi hem sözel hem de fiziksel saldırılara maruz bırakabileceği, bireyin sosyal çevresi içerisinde kişilerarası ilişkilerinde olumsuz sorunlar yaratabileceği ifade edilmektedir (Balkaya ve Şahin, 2003; Ruocco et al., 2014).

Öfke sadece insanlara değil tüm canlılara özgü olan bir duygudur. Öfke hem içsel hem de dışsal nedenlere bağlı ortaya çıkabilir. Başka bir bireye veya olaya karşı ortaya çıkabileceği gibi kişisel problemlerden dolayı gelişebilir. Üzüntü verici anılar, yaşanan bir travmayı hatırlatan durumlar da öfkenin ortaya çıkmasına neden olabilir. Kültürel yapının da etkisiyle bireyler öfkelerini göstermekten kaçınabilirler. Bu şekilde öfkenin bastırılmasıyla ve içe döndürülmesiyle kişinin hem kendisine hem de çevresine zarar verme potansiyeli artmaktadır. Aynı zamanda öfke, bireyin kendisini tehditler karşısında korumasını sağlar, öğrenme için motivasyonel bir kaynaktır,

süresi ve şiddeti ayarlanabildiği sürece sağlıklıdır (Bilge ve Ünal, 2005; Soykan, 2004).

2.3.1. Öfkeye Neden Olan Faktörler

Öfkeye neden olan içsel sebepler genellikle temel duygularla ilişkilidir. Bunlar, kıskançlık, üzüntü duyma, merak, yalnızlık, soyutlanma, endişe, hayal kırıklığı, kendini ifade edememe, sıkıntı gibi duygulardır (Gadea et al., 2018; Radke et al., 2015).

Öfkeye neden olan dışsal nedenler herhangi bir dış uyarının neden olduğu, bireyin hedefine ulaşmasının engellendiği durumlarda görülür. Genellikle çevresel faktörlerden kaynaklanır. Bunlar, haksızlığa uğrama, fiziksel yaralanma, taciz, saldırıya uğrama, tehdit, siyasal ilişkiler, sosyoekonomik düzey, kalabalıklaşan kent yaşamı, toplumlara özgü sosyal sınıflar, terör gibi nedenlerdir (Radke et al., 2015; Ruocco et al., 2014).

2.3.2. Öfke Çeşitleri

Öfke başlıca üç grupta incelenir. Bunlar; maskelenmiş öfke, patlayıcı öfke ve kronik öfkedir.

2.3.2.1. Maskelenmiş Öfke Çeşitleri

Pasif-agresif öfkede pasif agresif şekilde başka bireylere yönelme ve incitici davranma olarak tanımlanır. Bu tip öfkeye sahip olan bireyler, öfkeleri nedeniyle karşısındaki kişileri kırarlar ve bu nedenle de anlaşılamazlar ve yalnız kalırlar (Özmen, 2006; Tatlıoğlu ve Karaca, 2013).

Kendine yöneltilen öfkede, bireyler yaşamsal süreçlerinde yolunda gitmeyen olaylardan dolayı kendini suçlamaya, kendine değer vermemeye, kendine zarar verici davranışlarda bulunmaya ve sonunda intihar etmeye yönelik girişimler bulunurlar (Tatlıoğlu ve Karaca, 2013).

2.3.2.2. Patlayıcı Öfke Çeşitleri

Ani öfke tipinde birey tamamen kontrolü kaybeder. Zorlayıcı hayat koşullarına uyum sağlayamayan kişilerde ve sabretme düzeyleri düşük olanlarda ortaya çıkar. Bu bireylerin yaşamlarında stres düzeyleri yüksektir ve bunu da etrafındaki diğer insanlara da hissettirirler (Davison, 2005).

Utanca dayalı öfkede birey utanç duyulacak bir davranış sergilediğinde bu utancı bastırabilmek için öfkesini şiddetli bir biçimde çevresindeki diğer bireylere yöneltir (Tatlıoğlu ve Karaca, 2013)

Planlanmış öfkede bireyin kendi çıkarları doğrultusunda istediğini elde edebilmek amacıyla planlı bir şekilde öfkeli davranışlar içine girmesidir. Her ne kadar bu öfke çeşidi planlanmış bir öfke olsa da hem bireyin kendisine hem de çevresine zarar verici olabilir (Tatlıoğlu ve Karaca, 2013; Tavrıs, 1982)

2.3.2.3. Kronik Öfke Çeşitleri

Spielberger (1995)'e göre 2 tür kronik öfke vardır. Bunlar, alışkanlık yapmış öfke ve korku bazlı öfkedir (Davison, 2005; Tatlıoğlu ve Karaca, 2013).

Alışkanlık yapmış öfkede hayatın belli dönemlerinde öfke duygusunu yoğun ve uzun süreli yaşayan bireylerin davranışları kronikleşen bir hal alır (Tatlıoğlu ve Karaca, 2013; Tavrıs, 1982). Korku bazlı öfke, geçerli bir nedeni olmayan korkulara sahip olan bireyler genellikle öfkeli olabilirler. Bu bireyler korkmak için birçok neden bulduklarından dolayı, sahip oldukları stresi öfkeyle ifade etme yolunu seçerler (Davison, 2005; Tatlıoğlu ve Karaca, 2013).

Öfkenin Belirtileri

Öfke durumunda sempatik sinir sistemi aktive olur ve buna bağlı olarak, kas geriliminde artma, yumrukları sıkma, yüzün kızarması, taşikardi, tansiyonda yükselme, el ve ayaklarda titreme, seyirmeler, terleme, sıcaklık hissi, hareketlerde azalma, sert bir yüz ifadesi, diş gıcırdatma, dudakları ısırma, sık nefes alıp verme şeklinde sıralanabilir (Fassino et al., 2009; Ringer & Lysaker, 2014).

2.3.3. Öfke İfade Tarzları

İnsanlar, duygu, düşünce ve davranışlarıyla diğer canlılardan ayrılmaktadır. Bu bağlamda insanlar üzüntü, mutluluk ve sevinçlerini farklı şekillerde ifade ettiği gibi öfke duygusunu da farklı tarzlarda ifade ederler. Bireylerin öfkesini ifade etme biçimleri kendi kişilik özelliklerine göre farklılıklar gösterir. Genel anlamda öfke ifade tarzları içselleştirilmiş öfke, dışsallaştırılmış öfke ve öfke kontrolü olmak üzere alt dallara ayrılmaktadır (Gadea et al., 2018; Radke et al., 2015).

Öfke duygusu ortaya çıktığında 5 boyut birbiriyle ilişkili ve eşzamanlı olarak aktif olur. Bu boyutlar:

- Biliş; O andaki düşüncelerdir,
- Duygu; Öfkenin yol açtığı fiziksel uyarılmadır,
- İletişim; Öfkeyi çevreye yansıtma biçimidir,
- Etkileniş; Öfkeli ortaya çıktığında hayatı algılayış biçimidir.
- Davranış; Öfke ortaya çıktığında sergilenen davranışlardır (Genovese et al., 2016).

1. İçselleştirilmiş Öfke

Öfkesini içselleştiren bireyler, öfkeli olduğunu kabul etmez ve bu nedenle öfkelerini ifade etme noktasında zorluk yaşarlar. Bu bireylerin içinde buldukları toplum yapısına göre öfkelerini doğru şekilde ifade etmeleri genellikle surat asma, küsme, somurtma şeklinde ifade ederler. Duygularının diğer insanlar tarafından tahmin edilmesini isterler. Genellikle kendilerinin küçük görüldüğünü düşünürler (Chan et al., 2003).

2. Dışsallaştırılmış Öfke

Öfkesini dışı yönlendiren bireyler, öfkelerini kontrolsüz bir şekilde hem sözel olarak hem de fiziksel olarak çevrelerine gösterirler. Bu bireyler kaba davranışlar göstererek diğer kişilere ya da eşyalara zarar verici davranışlar sergileyebilirler. Bu bireyler genellikle çocukluk dönemlerinde ebeveynleri tarafından ihmal edilmiş ve cezalandırılmış bireylerdir. Yapılan çalışmalarda erkekler öfkelerini saldırgan davranışlar, sigara ve alkol kullanımına yönelme şeklinde ifade ederken, kadınlar ve

çocuklar ise genellikle ağlayarak öfkelerini dışsallaştırırlar (Genovese et al., 2016; Radke et al., 2015).

3. Öfke Kontrolü

Öfkenin ortaya çıkış nedeni, süresi ve şiddeti öfkenin kontrol edilmesinde bireyleri zorlayabilir. Bireyin kendi öfkesini tanıması, bilmesi ve anlaması öfkesini nasıl yönetebileceği konusunda kişiye yol gösterir. Öfke kontrolü öfkenin bastırılması ve saklanması anlamına gelmez. Bilinen ve tanınan öfke yaşam için yapıcı bir etkene dönüşebilir ve öfkenin bireye zarar vermesinin önüne geçer. Öfkeye neden olan faktörlere karşı bireyin sözel ve davranışsal tutumu olumsuz değil olumlu olması gerekir. Öfke kontrolü etkili iletişim kurmayı gerektirir. Öfke kontrolünde asıl amaç öfkenin dışsallaştırılmasının önüne geçmek değil, öfkenin uygun bir şekilde ifade edilmesinin bilinmesidir (Radke et al., 2015).

2.3.4. Şizofreni Hastalarında Öfke ve Hemşirelik Yaklaşımı

Şizofrenide artan pozitif semptomlarla hasta bireyde öfke ve buna bağlı saldırganlık davranışları ortaya çıkmaktadır. Şizofreni hastalarında öfke sık görülen sorunlardan biridir. Şizofreni hastalarında iç görünümün olmaması, ilaç uyumunun olmaması, anksiyete, stres, çevresel faktörler ve damgalanma gibi faktörlerden kaynaklı öfke olabilir. Hasta bireyin yaşadığı bu öfke hem kendine hem de başkalarına zarar verme riskini ortaya çıkarır (Ringer & Lysaker, 2014). Şizofreni hastalarının öfke ifade ediş şekli genellikle öfkeyi dışa yönlendirme biçimde görülür. Şizofreni tanılı ve hastaneye yatan bireylerde kısıtlanma, engellenme, rollerini yerine getiremememe, yabancı bir ortam, günlük yaşamdan uzaklaşma, benlik saygısında azalma gibi durumlar öfke oluşumuna neden olabileceği gibi öfkenin, ifade edilmiş biçimini de etkiler. Bu bireyler öfke kontrolünü sağlayamadığında iş ortamı ve aile ortamı olumsuz etkilenir (Junginger & McGuire, 2004; Song & Min, 2009). Bu bağlamda, hasta bireyin kendisini, ailesini ve yakın çevresini öfkeden kaynaklı oluşabilecek risklerden korumak için psikiyatri hemşiresinin de üzerine düşen önemli sorumlulukları vardır.

Psikiyatri hemşireleri, birey, aile ve toplumun ruh sağlığının korunması, hastalık ve acı çekme yaşantısının önlenmesi, hastalıktan ve yaşamdan anlam bulmanın sağlanması, hastalık durumunda başa çıkmaların güçlendirilmesi ve

rehabilitasyonundan sorumludur. Klinikte yatarak tedavi gören hastaların başa çıkma becerilerinin artırılması ve sosyal uyumlarının geliştirilmesi psikiyatri hemşirelerinin öncelikli görevleri arasında yer almaktadır (Bo et al., 2011; Fassino et al., 2009). Hemşireler, hastaların öfke ifade şekillerini ve öfkeye neden olan faktörleri tanımlayabilmeli, hastanın öfkesini uygun şekilde ifade etmesi konusunda bireyi desteklemeli ve teşvik etmelidir. Aynı zamanda hemşire, öfkeli bir hasta ile iletişim kurduğunda kendisinin sözel ve davranışsal ifadelerini kontrol edebilmelidir (Doğan ve ark., 2001). Etkili iletişim kurma öfkeyi azaltmada etkili bir yoldur. Hemşirenin sakin ve alçak ses tonuyla iletişim kurması hastanın agresyonunu azaltmada yardımcı olur. Hastanın öfke düzeyi kontrollü bir şekilde azaltıldıktan sonra öfkesini ifade edebileceği aktivitelere yönlendirilmelidir (Günüşen, 2016; Kökdemir, 2004; Stuart, 2013).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada amaç, psikiyatri servisinde yatan şizofreni hastalarında öfke ifade tarzları ve etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

3.2.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yapılmıştır. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi 1050 yatak kapasiteli olup hastanede 34 farklı branşta 38'in üzerinde poliklinik hizmeti verilmektedir. Hastanede yaklaşık olarak 1600 personel çalışmaktadır. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği 1992 yılında hizmete açılmış ve 28 yatak kapasitesine sahiptir. Psikiyatri kliniğinde üç öğretim üyesi, sekiz hemşire, on bir araştırma görevlisi, dört güvenlik görevlisi, beş personel ve bir sekreter bulunmaktadır. Psikiyatri servisinde çalışan altı hemşire lisans, iki hemşire yüksek lisans düzeyinde eğitim seviyesine sahiptir. Klinikte hastalarla işe yöneltme aktivitesi, grup aktivitesi, egzersiz (spor) aktivitesi, uğraşı (el işi, boyama) aktivitesi, sosyal saat aktivitesi, relaksasyon aktivitesi gibi uygulamalar yapılmaktadır.

3.4.Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini 3 Temmuz 2019-3 Ocak 2020 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yatan şizofreni tanısı almış psikiyatri hastaları oluşturmuştur. Hastanede kayıtlı 3 Temmuz 2019-3 Ocak 2020 tarihler arasında yatarak tedavi gören şizofrenik bozukluğu olan hasta sayısı 80'dir.

3.5.Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde 3 Temmuz 2019- 3 Ocak 2020 tarihleri arasında yatarak tedavi gören, en az altı aylık şizofreni tanısı olan, hastaların akut belirtilerinin azalmaya başladığı dönem olan yatışın yedinci gününden sonra ve araştırmaya katılmayı kabul eden 51 erkek ve 19 kadın olmak üzere toplam 70 hasta oluşturmuştur. Araştırmanın yapılacağı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği 1 yıllık veri izlemelerine göre 1 Ocak 2018- 31 Aralık 2018 tarihleri arasında yatan hasta sayısı 495 olup bunlardan 58'ini şizofrenik bozukluğu olan hasta grubu oluşturmaktadır.

Daha önce yapılmış çalışmalardan faydalanılarak, ana kütlenin standart sapması 0,7 ve etki büyüklüğü de (effect size, difference) 0,3 olarak tahmin edilmiştir. %5 önem seviyesinde 70 örneklem alınırsa testin gücün $1-\beta=0,947996$ (%95) olur. Uygulamanın yapıldığı tarihler arasında servise yatış yapan örneklem grubunu temsil eden şizofreni hastalarının çalışmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan 70 hasta çalışmaya dahil edilmiştir.

3.6.Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Yatarak tedavi gören, en az altı aylık şizofreni tanısı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmıştır.

3.7.Araştırmanın Dışlama Kriterleri

En son yatış nedeni saldırganlık olması

Eksen 2'de mental retardasyon ve kişilik bozukluğunun olması,

İşitme, anlama ve iletişimle ilgili sorununun olması.

3.8.Araştırmanın Değişkenleri

3.8.1.Bağımlı Değişkenler

1. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinin Alt Ölçekleri ve Toplam Puanı

2. Pozitif Semptomlar Değerlendirme Ölçeğinin Alt Ölçekleri ve Toplam Puanı

3. Negatif Semptomlar Değerlendirme Ölçeğinin Alt Ölçekleri ve Toplam Puanı

3.8.2. Bağımsız Değişkenler

Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, evlilik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile yapısı, birlikte yaşadığı kişiler, tanı konulmuş fiziksel hastalık durumu, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, remisyonda kaldığı süre, şu an ki hastaneye yatış nedeni, son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı, en son hastanede yatış süresi, şiddet öyküsü durumu, kişilik özelliği, kullandığı ilaçlar ve ilaç uyumu.

3.9. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri kişisel Bilgi Formu, “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği”, “Pozitif Semptomlar Değerlendirme Ölçeği” ve “Negatif Semptomlar Değerlendirme Ölçeği” kullanılarak yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

3.9.1.Kişisel Bilgi Formu (EK 1)

Bu form, hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, evlilik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile yapısı, birlikte yaşadığı kişiler, tanı konulmuş fiziksel hastalık durumu, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, remisyonda kaldığı süre, şu an ki hastaneye yatış nedeni, son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı, en son hastanede yatış süresi, şiddet öyküsü durumu, kişilik özelliği, kullandığı ilaçlar ve ilaç uyumunu belirlemeye yönelik hazırlanmış toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

3.9.2.Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği (EK 2)

Ölçek, Spielberger (1988) tarafından sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 34 maddeden oluşmaktadır. Bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri, “Sizi ne kadar tanımlıyor?” sorusuna yanıt olacak şekilde “Hiç”, “Biraz”, “Oldukça” ve “Tümüyle” seçeneklerinden birini işaretlemesi istenir. Zaman sınırlaması yoktur. Ölçeğin değerlendirilmesi; Hiç tanımlamıyor” yanıtından 1, “Biraz tanımlıyor” yanıtından 2, “Oldukça tanımlıyor” yanıtından 3 ve “Tümüyle tanımlıyor” yanıtından 4 puan elde edilir. Ölçekten her bir alt test için 6 toplam puan elde edilir. Ölçekteki ilk 10 madde, Sürekli Öfke alt ölçeğinin maddeleridir. Öfke Tarz ölçeğinin Öfke içe yöneltmesi alt ölçeği puanı (13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31) numaralı maddelerin toplanmasıyla; Öfke dışı yöneltme alt ölçeği puanı (12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33) numaralı maddelerin toplanmasıyla; Öfke Kontrolü alt ölçeğinin puanları ise (11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34) numaralı maddelerin toplanmasıyla elde edilir. Sürekli Öfkeden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; Kontrol Öfke ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini; Öfke-Dışa Ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin kontrolsüz ifade ediliyor olduğunu ve Öfke-İçte ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenilirlik çalışmaları ilk kez Spielberger ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve alfa değerlerinin 0.82 ile 0.90 arasında değiştiği saptanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada ise, cronbach alfa değeri 0.76 olarak bulunmuştur.

3.9.3.Pozitif Semptomlar Değerlendirme Ölçeği (EK 3)

Ölçek, Nancy C. Andreasen tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve ark. (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçek, 35 maddeden oluşmakta ve beş seçenek üzerinden yanıtlanmaktadır. Bu yanıtlar: 0=Yok; 1=Şüpheli; 2=Hafif; 3=Orta; 4=Belirgin; 5=Şiddetli. Ölçek; varsanılar, sanrılar, garip davranış, pozitif yapısal düşünce bozukluğu, uygunsuz duygulanım olmak üzere beş bölüm ve toplamda 35 maddeden oluşmaktadır. Faktör alt ölçeklerinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları, varsanılar =0.74, hezeyanlar=0.87, garip davranış=0.78, formal düşünce bozukluğu=0.86 ve toplam skor 0,87 olarak saptanmıştır. Pozitif semptomları değerlendirme ölçeği,

görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçek türüdür. Ölçeğin doldurulması hastayla görüşmeye, görüşme sırasındaki gözlemlere ve hastanın çevresindeki kişilerden alınan bilgilere dayanarak yapılır (Erkoç ve ark. (1991). Bu çalışmada pozitif semptomları değerlendirme ölçeği, hastaların pozitif belirtilerinin düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin cronbach alfa kat sayısı 0.87 olarak bulunmuştur.

3.9.4. Negatif Semptomlar Değerlendirme Ölçeği (EK 4)

Ölçek, Nancy C. Andreasen tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erkoç ve ark. (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçek 24 maddeden oluşan bir ölçektir. Yirmi dört farklı durum beş seçenek üzerinden yanıtlandırılır. Bu yanıtlar: 0=Yok; 1=Şüpheli; 2=Hafif; 3=Orta; 4=Belirgin; 5=Şiddetli. Ölçek; duygulanımda düzleşme ya da küntleşme, aloji, enerji ve isteğin azalması, zevk almama ve toplumsal çekilme, dikkat olmak üzere beş bölüm ve toplamda 24 maddeden oluşmaktadır. Faktör alt ölçeklerinin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayıları, affektif küntleşme=0.87, alogia=0.95, apati=0.78, anhedoni=0.87, dikkat eksikliği=0.79 ve toplam skor=0.94 olarak saptanmıştır. Negatif semptomları değerlendirme ölçeği, görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçek türüdür. Ölçeğin doldurulması hastayla görüşmeye, görüşme sırasındaki gözlemlere ve hastanın çevresindeki kişilerden alınan bilgilere dayanarak yapılır (Erkoç ve ark. (1991). Bu çalışmada negatif semptomları değerlendirme ölçeği, hastaların pozitif belirtilerinin düzeyini ölçmek amacıyla kullanılmıştır. Bu çalışmada cronbach alfa kat sayısı 0.96 olarak bulunmuştur.

3.10.Verilerin Toplanması

Veri toplama formları 3 Temmuz 2019 – 3 Ocak 2020 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yatarak takip edilen ve hastaların akut belirtilerinin azalmaya başladığı dönem olan yatışın yedinci gününden sonra görüşme odasında yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Uygulama süresi yaklaşık olarak 20 dakika sürmüştür.

3.11.Verilerin Analizi

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirilmiştir. Veriler, parametrik şartları sağlamadığı için, bağımsız iki grup için Mann Whitney U, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis testi, ileri analizlerde Tamhane's T2 testleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin yönünü ve düzeyini belirlemek için Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. İstatiksel anlamlılık için $p<0,05$ düzeyi alınmıştır.

3.12. Araştırmanın Etik Yönü

Kurumsal izin Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden yazılı olarak, katılımcı izinleri ise araştırma kapsamındaki hastalardan, çalışma ile ilgili bilgi verilerek yazılı onam şeklinde alınmış, Cumhuriyet Üniversitesi girişimsel olmayan klinik uygulamalar etik kurulu tarafından 17.04.2019 tarihli 2019-04/28 karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımları

Tanıtıcı özellikler	n	%
Yaş ($\bar{X}=38.86\pm 5.46$, min: 18, max: 63)		
30 ve altı yaş	15	21.4
31-40 yaş	25	35.7
41-50 yaş	19	27.2
51 ve üzeri yaş	11	15.7
Cinsiyet		
Kadın	19	27.1
Erkek	51	72.9
Medeni durum		
Evli	27	38.6
Bekar	37	52.8
Dul veya Boşanmış	6	8.6
Evlilik Süresi		
10 yıl ve altı	9	33.3
11-20 yıl	10	37.1
21 yıl ve üzeri	8	29.6
Eğitim		
İlköğretim	36	51.4
Lise	25	35.7
Önlisans-lisans	9	12.9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	15	21.4
Çalışmıyor	55	78.6
Gelir durumu		
Geliri giderden az	53	75.7
Geliri gidere eşit	14	20.0
Geliri giderinden fazla	3	4.3
Aile yapısı		
Geniş aile	8	11.4
Çekirdek aile	52	74.3
Parçalanmış	10	14.3
Birlikte Yaşadığı Kişi		
Eş çocuklar	25	35.7
Anne-baba	36	51.4
Diğer*	9	12.9

Diğer*(Yalnız yaşayan, bakım evinde kalan, akrabaları ile yaşayan)

Tablo 4.1’de araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özelliklerinin dağılımları görölmektedir. Araştırmaya katılan hastaların %35.7’si 31-40 yaş arasında olup genel yaş ortalaması 38.86 ± 5.46 , %72.9’u erkek, %52.8’i bekar, %51.4’ü ilköğretim düzeyinde eğitilmiş, %74.3’ü çekirdek ailede, %51.4’ü anne ve babası ile yaşamaktadırlar. Tabloda hastaların %78.6’sının çalışmadığı, %75.7’sinin ekonomik durumunun iyi olmadığı görölmektedir.



Tablo 4.2. Hastaların Hastalık Özelliklerinin Dağılımı

Hastalık Özellikleri	n	%
Tanısı Konulmuş Fiziksel Hastalık		
Var	-	-
Yok	70	100
Hastalık Başlangıç Yaşı (\bar{X}=25.38±8.40, min: 11, max: 48)		
20 yaş altı	24	34.3
21-30 yaş	26	37.1
31 yaş ve üzeri	20	28.6
Hastalık Süresi		
10 yıldan az	28	40.0
11-20 yıl arası	31	44.3
21 yıl ve üzeri	11	15.7
Remisyonda Kaldığı Süre		
1-12 ay	30	42.9
13-36 ay	24	34.2
37 ve üzeri ay	16	22.9
Şimdiki Hastaneye Yatış Nedeni		
Öfke ve Halüsinasyon	10	14.3
Halüsinasyon	4	5.7
Uyku Problemleri	5	7.1
Öfke, Halüsinasyon ve Sanrı	27	38.6
Öfke, Halüsinasyon, Sanrı ve Uyku Problemi	15	21.4
Diğer*	9	12.9
Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Sayısı		
1 defa	56	80.0
2 defa	12	17.1
3 defa	2	2.9
En Son Hastaneye Yatış Süresi		
10 gün ve altı	5	7.1
11-20 gün	23	32.9
21-30 gün	24	34.3
31 gün ve üzeri	18	25.7
Şiddet Öyküsü		
Var	51	72.9
Yok	19	27.1
Tanımladığı Kişilik Özelliği		
Öfkeli	13	18.6
Gergin	37	52.8
Rahat	13	18.6
Uysal	7	10.0
Kullanılan İlaç		
Antipsikotik	8	11.4
Antipsikotik ve Duygu Durum Düzenleyici (DDD)	13	18.6
Antipsikotik ve Antikolinerjik	24	34.3
Antipsikotik, DDD ve Antikolinerjik	14	20.0
Antipsikotik, Antikolinerjik ve diğer**	11	15.7
İlaç Uyumu		
Var	12	17.1
Yok	58	82.9

Diğer* (İç sıkıntı, huzursuzluk, konuşma miktarında artma, intihar düşüncesi) Diğer** (Anksiyolitik ilaçlar)

Tablo 4.2' de araştırmaya katılan hastaların hastalık özelliklerinin dağılımları grlmektedir. Araştırmaya katılan hastaların tamamında fiziksel hastalığın olmadığı, %37.1'inin 21-30 yaş arasında hastalığın başladığı ($\bar{X}=25.38\pm 8.40$) ve %15.7'sinin 21 yıldan fazla süredir hastalık süresine sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların %42.9'unun 1 ile 12 ay remisyonda kaldığı, %38.6'sının hastaneye yatış problemleri arasında öfke, halüsinasyon ve sanrı gibi semptomlarının olduğu, %80'inin son bir yılda 1 defa hastanede yattığı ve %34.3'ünün en son hastaneye yatış süresinin 21 ile 30 gün arasında olduğu grlmektedir. Hastaların %72.9'u şiddet öyküsü bildirmiş, %52.8'i kendisini gergin kişilik özelliğine sahip olarak ifade etmiştir. Hastaların %34.3' antipsikotik ilaçlarla birlikte antikolinergik ilaçları da kullanmaktadır ve %82.9'u ilaç uyumunun olmadığı belirtilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı, Pozitif ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımları

Ölçekler	$\bar{X}\pm SD$	Min	Max
Sürekli Öfke ve Öfke Tarzı Ölçeği			
Öfke içe yöneltme	21.08±2.75	13.00	26.00
Öfke dışa yöneltme	21.47±5.28	9.00	31.00
Öfke Kontrol	17.60±3.86	10.00	31.00
Toplam puan	86.04±8.69	39.00	63.00
Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği			
Sanrılar	14.45±11.35	0.00	52.00
Garip Davranış	5.35±4.10	0.00	20.00
Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu	7.75±5.11	0.00	31.00
Toplam Puan	37.58±19.00	3.00	93.00
Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği			
Duygulanımda Düzleşme ya da Küntleşme	6.78±5.37	0.00	27.00
Aloji	7.24±5.15	0.00	23.00
Enerji ve İsteğin Azalması	11.65±4.45	3.00	20.00
Zevk Almama ve Toplumsal Çekilme	14.62±5.22	6.00	25.00
Dikkat	7.55±3.82	3.00	15.00
Toplam Puan	47.87±20.40	17.00	106.00

Tablo 4.3' de hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı, pozitif ve negatif belirtileri değerlendirme ölçeklerinin puan ortalamalarının dağılımları görülmektedir. Hastaların sürekli öfke ortalama puanı 25.88±5.36, öfke içe yöneltme ortalama puanı 21.08±2.75, öfke dışa yöneltme ortalama puanı 21.47±5.28, öfke kontrol ortalama puanı 17.60±3.86 ve sürekli öfke ve öfke tarzı ölçeği toplam puanı 86.04±8.69'dır. Pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği puan ortalaması 37.58±19.00 olan hastaların varsanılar ortalama puanı 8.70±7.58, sanrılar ortalama puanı 14.45±11.35, garip davranış ortalama puanı 5.35±4.10, pozitif yapısal düşünce bozukluğu ortalama puanı 7.75±5.11 bulunmuştur. Hastaların negatif belirtiler ölçeği puan ortalaması ise 47.87±20.40 olup, duygulanımda düzleşme ya da küntleşme puan ortalaması 6.78±5.37, aloji puan ortalaması 7.24±5.15, enerji ve isteğin azalması puan ortalaması 11.65±4.45, zevk almama ve toplumsal çekilme puan ortalaması 14.62±5.22 ve dikkat puan ortalaması 7.55±3.82'dir.

Tablo 4.4. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken	Sürekli Öfke	Öfke İç Yönelme	Öfke Dış Yönelme	Öfke Kontrolü
Yaş	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
30 ve altı yaş	26.07±6.67	21.67±3.64	22.33±5.90	17.07±5.04
31-40 yaş	25.52±5.26	20.28±2.70	20.60±5.72	18.48±3.45
41-50 yaş	25.37±4.63	21.26±2.42	20.37±4.30	17.74±3.31
51 ve üzeri yaş	27.36±5.28	21.82±1.78	24.18±4.38	16.09±3.75
KW/p	0,371; p=0.774	1,229; p=0.306	1,643; p=0.188	1,101; p=0.355
Cinsiyet				
Kadın	26.21±4.90	22.47±2.58	22.63±5.19	17.10±3.12
Erkek	25.76±5.56	20.56±2.66	21.03±5.30	17.78±4.11
z/p	0,094;p= 0.760	7,188;p= 0.009	1,260;p= 0.286	0,425;p= 0.517
Medeni durum				
Evlü	26.44±5.51	21.66±2.38	22.29±5.44	16.92±3.54
Bekar	25.43±5.12	20.81±3.09	20.89±5.21	18.16±4.03
Dul / Boşanmış	26.16±6.79	20.16±1.72	21.33±5.42	17.16±4.26
KW/p	0,281; p=0.756	1,118; p=0.333	0,545; p=0.582	0,837;p=0.437
Eğitim				
İlköğretim	25.91±5.27	21.02±2.75	21.47±5.14	17.66±3.51
Lise	26.16±5.71	20.92±3.14	22.04±5.47	17.16±4.59
Önlisans-lisans	25.00±5.24	21.77±1.48	19.88±5.64	18.55±3.08
MW/p	0,152;p=0.859	0,329; p=0.720	0,540; p=0.585	0,436; p=0.648
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	24.06±5.29	21.06±2.78	19.33±4.99	18.80±4.44
Çalışmıyor	26.38±5.32	21.09±2.77	22.05±5.25	17.27±3.66
MW/p	1,235; p= 0.140	0,001; p= 0.976	4,222; p= 0.044	1,867; p= 0.176
Gelir Durumu				
Geliri giderden az	26.16±5.24	20.92±2.81	21.81±5.04	17.15±3.62
Geliri gidere eşit	24.14±5.80	21.21±2.72	19.71±6.26	19.50±4.62
Geliri giderinden fazla	29.00±4.58	23.33±0.57	23.66±4.04	16.66±1.15
KW/p	1,332; p=0.271	1,104; p=0.328	1,146; p=0.324	2,216; p=0.117
Aile Yapısı				
Geniş aile	29.00±4.62	21.87±2.74	26.00±3.54	15.62±2.66
Çekirdek aile	25.25±5.31	21.03±2.92	20.69±5.33	18.13±4.00
Parçalanmış	26.70±5.65	20.70±1.82	21.90±4.60	16.40±3.37
KW/p	1,875; p=0.161	0,425; p=0.655	3,819; p=0.027	2,092; p=0.131
Birlikte Yaşadığı Kişi				
Eş çocuklar	26.20±5.34	21.50±2.41	22.24±5.47	17.16±3.57
Anne-baba	25.47±5.44	20.91±3.02	21.02±5.29	18.16±4.13
Diğer*	26.66±5.56	20.55±2.65	21.00±5.03	16.55±3.44
KW/p	0,240; p=0. 787	0,536; p= 0.588	0,405; p= 0.669	0,876; p= 0.421

Diğer*(Yalnız yaşayan, bakım evinde kalan, akrabaları ile yaşayan)

Tablo 4. 4' de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarz ölçeği ve alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların yaşı, medeni durumları, eğitim durumları, gelir düzeyleri ve birlikte yaşadıkları kişiler, açısından öfke toplam ve öfke ifade tarzları puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların cinsiyetleri açısından öfke içe yöneltme durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Kadınlarda öfke içe yöneltme ortalama puanı ($\bar{X}=22.47$) erkek cinsiyetine göre anlamlı ölçüde yüksektir. Hastaların çalışma durumu açısından öfke dışa yöneltme alt boyutu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmayan hastaların öfke dışa yöneltme ortalama puanı ($\bar{X}=22.05$) çalışan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Hastaların aile yapısına göre öfke dışa yöneltme durumu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığın belirlenmesi için Tamhane's testi sonuçları incelenmiş, bu inceleme sonucunda geniş ailede yaşayan hastaların öfke dışa yöneltme ortalama puanının ($\bar{X}=26.00$) diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.5. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişken	Sürekli Öfke	Öfke İçe Yönelme	Öfke Dışa Yönelme	Öfke Kontrolü
Hastalık Başlangıç Yaşı (±SD)	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
20 yaş altı	26.41±5.74	21.00±3.36	21.66±5.79	17.54±4.46
21-30 yaş	25.53±5.51	20.50±2.76	21.00±5.33	17.57±3.90
31 yaş ve üzeri	25.70±4.88	21.95±1.63	21.85±4.79	17.70±3.16
KW/p	0,180; p= 0.836	1,606; p=0.208	0,167; p= 847	0,010;p= 0.990
Hastalık Süresi				
10 yıldan az	26.07±4.94	22.00±2.35	21.78±4.75	17.21±2.99
11-20 yıl arası	25.51±6.25	20.16±3.12	21.12±6.07	18.45±4.58
21 yıl ve üzeri	26.45±3.77	21.36±1.80	21.63±4.52	16.18±3.31
KW/p	0,148;p= 0.862	3,581;p= 0.033	0,117;p= 0.890	1,667;p= 0.197
Remisyonunda kaldığı süre				
1-12 ay	24.96±5.03	21.06±3.12	21.33±5.36	17.83±4.04
13-36 ay	27.29±4.58	21.41±1.83	22.00±4.58	17.04±2.54
37 ve üzeri ay	25.50±6.79	20.62±3.24	21.12±6.32	18.00±5.12
KW/p	1,318; p= 0.274	0,389; p= 0.679	0,180; p=0.835	0,385; p=0.682
Şimdiki hastaneye yatış nedeni				
Öfke, halüsinasyon	26.20±4.83	21.30±2.41	22.60±4.58	17.70±3.40
Halüsinasyon	26.50±7.90	21.00±4.08	19.75±7.54	18.00±7.48
Uyku problemleri	25.20±4.76	20.00±3.00	20.40±4.83	18.20±3.49
Öfke, halüsinasyon, sanrı	26.19±5.08	20.96±3.01	21.74±5.60	17.37±0.05
Öfke, halüsinasyon, sanrı, uyku problemleri	25.73±6.67	21.80±2.68	21.47±5.43	17.87±3.58
Diğer*	25.00±4.87	20.67±2.12	20.78±5.67	17.22±3.46
KW/p	0,095; p= 0.993	0,403; p= 0.845	0,248; p=0.940	0,079; p=0.995
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı				
1 defa	25.87±5.32	21.07±2.61	21.32±5.18	17.60±3.55
2 defa	25.91±6.20	25.91±6.20	21.58±6.20	17.75±5.44
3 defa	26.00±1.41	26.00±1.41	25.00±1.41	16.50±2.12
KW/p	0,001; p= 0.999	0,701; p= 0.500	0,463; p=0.631	0,088; p=0.916
En son hastaneye yatış süresi (gün)				
10 gün ve altı	24.00±2.00	22.40±0.89	19.60±3.78	18.00±3.54
11-20 gün	26.61±5.35	20.35±3.02	22.26±5.37	17.43±4.50
21-30 gün	25.54±5.15	21.00±2.48	21.38±4.55	17.58±3.44
31 gün ve üzeri	25.94±6.40	21.78±2.96	21.11±6.54	17.72±3.91
KW/p	0,369; p= 0.776	1,330;p= 0.272	0,369; p=0.754	0,039; p=0.991
Şiddet Öyküsü				
Var	27.01±4.87	20.86±2.78	22.60±4.91	16.86±3.44
Yok	22.84±5.56	21.68±2.66	18.42±5.02	19.57±4.31
z/p	9,422; p=0.003	1,231; p=0.271	9,782;p=0.003	7,494;p=0.008
Diğer* (İç sıkıntı, huzursuzluk, konuşma miktarında artma, intihar düşüncesi) Diğer** (Anksiyolitik ilaçlar)				

Tablo 4.5. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması -Devamı				
Tanımladığı Kişilik Özelliği				
Öfkeli	29.15±5.06	21.00±2.58	24.53±4.55	16.38±2.87
Gergin	26.37±4.91	21.56±2.35	21.81±4.71	17.08±3.75
Rahat	24.38±3.66	21.07±2.06	20.38±4.80	18.46±2.96
Uysal	20.00±6.13	18.71±4.95	16.00±6.27	21.00±5.71
KW/p	5,897; p=0.001	2,224; p=0.095	4,900;p=0.004	2,898;p=0.042
Kullanılan ilaç				
Antipsikotik	22.75±6.11	18.87±3.52	17.62±4.17	18.75±3.52
Antipsikotik ve Duygu Durum Düzenleyici (DDD)	26.46±6.78	21.46±2.53	22.07±5.85	17.46±5.44
Antipsikotik ve Antikolinerjik	25.95±5.17	21.20±2.22	21.66±5.49	17.04±3.29
Antipsikotik, DDD ve Antikolinerjik	26.14±3.41	22.07±2.05	22.28±4.10	17.07±2.36
Antipsikotik, Antikolinerjik ve diğer**	27.00±5.53	20.72±3.69	22.09±5.87	18.72±4.75
KW/p	0,841;p=0.504	1,950;p=0.113	1,247;p=0.300	0,634;p=0.640
İlaç uyumu				
Var	21.58±5.85	20.00±3.66	18.00±6.17	20.16±4.87
Yok	26.77±4.84	21.31±2.51	22.18±4.83	17.06±3.43
z/p	10,617;p=0.002	2,283;p=0.135	6,763;p=0.011	6,951;p=0.010

Diğer* (İç sıkıntı, huzursuzluk, konuşma miktarında artma, intihar düşüncesi) Diğer** (Anksiyolitik ilaçlar)

Tablo 4. 5'te hastaların hastalık özelliklerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği ve alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların hastalık başlangıç yaşı, remisyonda kaldığı süre, şimdiki hastaneye yatış nedeni, son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı, en son hastanedeki yatış süresi ve kullandığı ilaçlar açısından öfke toplam ve öfke ifade tarzları puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların hastalık süresi açısından öfke içe yöneltme durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane's testi sonuçları incelenmiş olup hastalık süresi 10 yıldan az olan hastaların öfke içe yöneltme ortalama puanı ($\bar{X}=22.00$) diğer gruplara göre yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastaların şiddet davranışında bulunma durumuna göre sürekli öfke ve öfke dışı yöneltme durumu değerlendirildiğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Şiddet öyküsü olan hastaların sürekli öfke ortalama puanı ($\bar{X}=27.01$) ve öfke dışı yöneltme ortalama puanı ($\bar{X}=22.60$) diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Hastaların kişilik özelliklerine göre sürekli öfke, öfke dışı yöneltme ve öfke kontrol durumları değerlendirildiğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane's testi sonuçları incelenmiş, öfkeli kişilik özelliğine sahip olan hastaların sürekli öfke ve öfke dışı yöneltme ortalama puanları ($\bar{X}=29.15$, $\bar{X}=24.53$) diğer gruplara göre yüksek bulunurken öfke kontrolü ortalama puanı daha düşük olarak belirlenmiştir. Hastaların ilaç uyumu açısından sürekli öfke, öfke dışı yöneltme ve öfke kontrol durumları değerlendirildiğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İlaç uyumu olmayan hastaların sürekli öfke ve öfke dışı yöneltme ortalama puanları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunurken ($\bar{X}=26.77$, $\bar{X}=22.18$) öfke kontrol ortalama puanı ($\bar{X}=17.06$) daha düşük olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.6. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Varsanılar	Sanrılar	Garip Davranış	Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu
Yaş	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
30 ve altı yaş	6.47±7.00	15.00±10.50	5.67±4.34	7.53±4.73
31-40 yaş	8.04±7.17	13.60±11.92	5.68±4.52	8.56±6.61
41-50 yaş	9.32±7.21	14.37±12.94	4.89±3.77	6.79±3.74
51 ve üzeri yaş	12.18±9.43	15.82±9.43	5.00±3.82	7.91±3.99
KW/p	1,329;p=0.273	0,108;p=0.955	0,181;p=0.909	0,433;p=0.730
Cinsiyet				
Kadın	9.89±9.54	12.63±7.76	6.53±4.13	8.42±3.40
Erkek	8.25±6.78	15.14±12.43	4.92±4.05	7.51±7.51
z/p	0,643;p= 0.425	0,670;p= 0.416	2,148;p= 0.147	0,435;p= 0.512
Medeni durum				
Evli	9.59±8.27	15.04±9.85	4.89±3.95	8.04±5.71
Bekar	7.84±6.94	13.95±11.43	5.59±4.28	7.43±4.94
Dul / boşanmış	10.00±8.99	15.00±18.20	6.00±4.24	8.50±3.78
KW/p	0,506;p=0.605	0,077;p=0.926	0,305;p=0.739	0,174; p=0.841
Eğitim				
İlköğretim	8.97±7.77	11.36±8.08	5.53±4.02	7.83±4.29
Lise	9.44±8.03	19.00±14.53	5.04±4.00	8.08±6.82
Önlisans-lisans	5.56±5.10	14.22±9.30	5.56±5.10	6.56±1.94
KW/p	0,913;p=0.406	3,590;p=0.033	0,113;p=0.893	0,296; p=0.745
Çalışma Durumu				
Çalışıyor	6.27±5.84	18.07±12.84	4.80±3.88	7.73±5.39
Çalışmıyor	9.36±7.91	13.47±10.84	5.51±4.19	7.76±5.09
z/p	1,992;p= 0.163	1,955;p= 0.167	0,348;p= 0.557	0,000;p= 0.984
Gelir Durumu				
Geliri giderinden az	8.38±7.49	13.70±11.81	5.38±4.08	8.02±5.70
Geliri giderine eşit	10.57±8.05	15.64±10.01	3.93±3.02	6.50±2.53
Geliri giderinden fazla	5.67±8.14	22.33±7.23	11.67±4.04	9.00±1.73
KW/p	0,707;p=0.497	0,914;p=0.406	4,880;p=0.011	0,573;p=0.567
Aile Yapısı				
Geniş aile	8.50±10.20	22.25±12.67	7.13±4.22	12.88±9.79
Çekirdek aile	8.10±6.79	12.58±9.93	5.05±4.19	6.75±3.42
Parçalanmış	12.00±9.21	18.00±14.73	5.70±3.53	8.90±5.40
KW/p	1,117;p=0.333	3,286;p=0.044	0,950;p=0.392	6,023;p=0.004
Birlikte Yaşadığı Kişi				
Eş-çocuk	9.56±8.43	14.60±9.95	4.76±4.05	8.12±5.93
Anne-baba	7.94±6.84	14.69±12.68	5.89±4.38	7.31±4.47
Diğer*	9.33±8.47	13.11±10.48	4.89±3.10	8.56±5.55
KW/p	0,364;p=0. 697	0,071; p= 0.931	0,617;p= 0.542	0,306;p= 0.737

Diğer*(Yalnız yaşayan, bakım evinde kalan, akrabaları ile yaşayan)

Tablo 4.6’da hastaların tanıtıcı özelliklerine göre pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği ve alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu ve birlikte yaşadığı kişiler açısından pozitif belirtiler toplam ve pozitif belirtiler alt ölçek ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların eğitim durumları açısından sanrılar alt boyutu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane’s testi sonuçları incelenmiş olup lise öğrenimine sahip hastaların pozitif belirtiler sanrılar alt boyutu ortalama puanı ($\bar{X}=19.00$) diğer alt gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların ekonomik durumları açısından pozitif belirtiler garip davranışlar alt boyutu değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane’s testi sonuçları incelenmiş, ekonomik durumu iyi olan hastaların pozitif belirtiler ölçeği garip davranış ortalama puanının ($\bar{X}=11.67$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hastaların aile yapısı açısından pozitif belirtiler sanrılar ve pozitif yapısal düşünce bozukluğu durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane’s testi sonuçları incelenmiş olup geniş ailede yaşayan hastaların pozitif belirtiler sanrılar ve pozitif yapısal düşünce bozukluğu ortalama puanları ($\bar{X}=22.25$, $\bar{X}=12.88$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puanlar Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	varsanılar	Sanrılar	Garip Davranış	Poz. Yapısal Düşünce Bozukluğu
Hastalık başlangıç yaşı				
20 yaş altı	10.21±9.50	14.54±12.11	4.71±4.18	7.83±6.36
21-30 yaş	6.65±5.43	12.62±10.09	5.38±4.25	7.27±5.06
31 yaş ve üzeri	9.55±7.19	16.75±12.12	6.10±3.91	8.30±3.44
KW/p	1,571;p= 0.215	0,744;p=0.479	0,620;p= 0.541	0,228; p= 0.797
Hastalık Süresi				
10 yıldan az	8.57±6.53	15.61±11.01	5.79±3.94	7.57±3.91
11-20 yıl arası	7.39±7.31	13.58±12.62	6.00±4.41	8.81±6.43
21 yıl ve üzeri	12.73±9.93	14.00±8.88	2.45±2.25	5.27±2.28
KW/p	2,081;p= 0.133	0,239;p= 0.788	3,518;p= 0.035	2,025;p= 0.140
Remisyonda kaldığı süre				
1-12 ay	9.20±9.09	15.33±11.23	5.06±3.90	7.50±5.25
13-36 ay	7.54±5.64	14.41±11.94	6.16±4.90	8.79±5.86
37 ve üzeri ay	9.50±7.24	12.87±11.24	4.68±3.09	6.68±3.38
KW/p	0,426;p= 0.655	0,239;p= 0.788	0,748;p=0.477	0,875;p=0.422
Şimdiki hastaneye yatış nedeni				
Öfke ve Halüsinasyon	8.10±6.82	13.20±8.31	5.00±3.97	8.80±8.16
Halüsinasyon	9.75±6.65	8.00±5.60	3.25±2.36	4.25±1.50
Uyku problemleri	10.00±6.75	11.40±6.19	4.80±3.83	5.80±2.05
Öfke, Halüsinasyon ve Sanrı	9.33±8.31	17.41±12.98	5.70±4.08	9.37±5.20
Öfke, Halüsinasyon, Sanrı ve Uyku Problemi	7.53±6.75	13.33±8.10	6.87±5.17	7.27±3.67
Diğer*	8.22±8.17	13.44±16.73	3.44±2.46	5.22±3.15
KW/p	0,162;p= 0.975	0,750;p= 0.589	1,085;p=0.377	1,692;p=0.149
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı				
1 defa	8.38±6.87	14.09±10.83	5.57±4.29	7.95±5.52
2 defa	7.42±8.40	12.33±9.08	4.50±3.48	7.00±2.86
3 defa	25.50±3.54	37.50±20.51	4.50±2.12	7.00±5.66
KW/p	5,845; p= 0.005	4,840; p= 0.011	0,374;p=0.689	0,187;p=0.830
En son hastaneye yatış süresi (gün)				
10 gün ve altı	8.40±4.61	14.40±7.98	5.60±1.51	7.00±2.23
11-20 gün	7.52±6.58	16.91±12.75	5.86±5.69	9.08±7.07
21-30 gün	10.25±9.26	13.58±12.67	4.58±2.78	6.95±3.04
31 gün ve üzeri	8.22±7.13	12.50±8.19	5.66±3.77	7.33±4.92
KW/p	0,534;p= 0.661	0,573;p= 0.635	0,432;p=0.731	0,783;p=0.508

Diğer* (İç sıkıntı, huzursuzluk, konuşma miktarında artma, intihar düşüncesi) Diğer** (Anksiyolitik ilaçlar)

Tablo 4.7. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puanlar Ortalamalarının Karşılaştırılması- Devamı

Şiddet Öyküsü				
Var	8.07±7.65	14.21±11.97	5.27±4.25	8.15±5.62
Yok	10.36±7.34	15.10±9.76	5.57±3.77	6.68±3.26
z/p	1,266;p=0.265	0,084;p=0.773	0,075;p=0.785	1,149;p=0.288
Tanımladığı Kişilik Özelliği				
Öfkeli	8.38±6.24	12.54±7.45	6.77±5.25	8.69±7.52
Gergin	8.62±7.07	13.81±9.71	5.00±3.60	7.65±4.97
Rahat	7.38±8.10	12.54±14.22	3.92±3.73	6.77±3.03
Uysal	12.14±11.67	25.00±15.94	7.29±4.42	8.43±4.08
KW/p	0,609;p=0.612	2,442;p=0.072	1,698;p=0.176	0,342;p=0.795
Kullanılan ilaç				
Antipsikotik	8.25±5.90	12.75±10.85	6.00±6.02	7.38±6.48
Antipsikotik ve Duygu Durum Düzenleyici (DDD)	5.38±5.12	12.92±11.43	4.69±3.40	8.15±6.04
Antipsikotik ve Antikolinergik	10.08±7.97	13.50±11.58	4.75±4.49	6.75±3.30
Antipsikotik, DDD ve Antikolinergik	9.14±9.04	14.79±13.03	5.29±3.50	7.64±3.99
Antipsikotik, Antikolinergik ve diğer**	9.36±8.33	19.18±9.44	7.09±3.11	9.91±7.34
KW/p	0,853;p=0.497	0,612;p=0.656	0,745;p=0.565	0,740;p=0.568
İlaç uyumu				
Var	6.58±7.51	18.16±15.08	5.50±4.23	7.33±3.89
Yok	9.13±7.59	13.68±10.42	5.32±4.11	7.84±5.36
z/p	1,129;p=0.292	1,557;p=0.216	0,017;p=0.896	0,098;p=0.755

Diğer* (İç sıkıntı, huzursuzluk, konuşma miktarında artma, intihar düşüncesi) Diğer** (Anksiyolitik ilaçlar)

Tablo 4.7’de hastaların hastalık özelliklerine göre pozitif belirtileri değerlendirme ölçeği ve alt ölçeklerine ait puanlar ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların hastalık başlangıç yaşı, remisyonunda kaldığı süre, şimdiki hastaneye yatış nedeni, en son hastaneye yatış süresi, şiddet öyküsünün varlığı, kişilik özelliği, kullandıkları ilaçlar ve ilaç uyumu açısından pozitif belirtiler toplam ve pozitif belirtiler alt ölçek ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların hastalık süresi açısından pozitif belirtiler ölçeği garip davranış alt boyutu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane’s testi sonuçları incelenmiş olup hastalık süresi 11-20 yıl arasında olan hastaların pozitif belirtiler ölçeği garip davranış alt ölçeği ortalama puanı ($\bar{X}=6.00$) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı açısından pozitif belirtiler ölçeği varsanı ve sanrılar alt boyutu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane’s testi sonuçları incelenmiş, son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı 3 defa olan hastaların pozitif belirtiler ölçeği varsanı ve sanrılar alt boyutu ortalama puanları ($\bar{X}=25.50$, $\bar{X}=37.50$) diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur.

Tablo 4.8. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine Göre Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Duygulanımda Düzleşme Ya Da Küntleşme	Aloji	Enerji ve İsteğin Azalması	Zevk Almama ve Toplumsal Çekilme	Dikkat
Yaş	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
30 ve altı yaş	5.13±3.60	5.87±5.22	12.93±3.71	14.07±3.67	8.13±3.80
31-40 yaş	5.64±3.74	6.92±4.42	10.48±4.48	12.44±3.96	6.44±3.23
41-50 yaş	9.00±7.26	8.63±6.25	11.58±5.16	15.42±6.01	7.84±4.61
51 ve üzeri yaş	7.82±5.88	7.45±4.61	12.73±3.82	19.00±5.66	8,82±3.43
KW/p	2,168;p=0.100	0,850;p=0.472	1,215;p=0.311	4,965;p=0.004	1,276;p=0.290
Cinsiyet					
Kadın	7.47±6.93	8.26±6.32	12.37±3.90	15.32±5.94	8.68±3.77
Erkek	6.53±4.72	6.86±4.66	11.39±4.69	14.37±4.97	7.14±3.79
z/p	0,424;p= 0.517	1,022;p= 0.316	0,660;p= 0.419	0,448;p= 0.506	2,312;p= 0.133
Medeni durum					
Evli	6.63±4.97	7.07±5.06	11.74±3.94	14.89±6.09	7.89±3.84
Bekar	6.70±5.48	7.43±5.52	11.78±4.90	14.16±4.69	7.16±3.84
Dul / boşanmış	8.00±7.18	6.83±3.66	10.50±4.37	16.33±4.41	8.50±3.99
KW/p	0,165;p=0.848	0,057;p=0.945	0,217;p=0.806	0,493;p=0.613	0,475;p=0.624
Eğitim					
İlköğretim	5.60±2.50	5.60±3.63	10.60±2.55	13.60±2.99	6.60±3.10
Lise	6.56±5.03	8.00±5.48	12.11±4.54	12.00±5.55	7.00±4.27
Önlisans-lisans	8.22±6.32	8.33±5.29	13.11±4.04	19.56±6.13	9.89±3.59
KW/p	0,191;p=0.499	1,078;p=0.412	1,695;p=0.356	4,782;p=0.009	1,981;p=0.130
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	5.46±3.50	4.93±4.71	11.93±4.54	13.73±5.48	7.20±4.16
Çalışmıyor	7.14±5.75	7.87±5.12	11.58±4.47	14.87±5.17	7.65±3.75
z/p	1,153;p= 0.287	4,000;p= 0.049	0,072;p= 0.789	0,557;p= 0.458	0,165;p= 0.686
Gelir Durumu					
Geliri giderinden az	11.67±4.62	7.92±5.38	16.33±2.52	14.83±5.25	11.00±1.73
Geliri giderine eşit	4.14±1.46	4.36±2.62	9.57±2.95	12.71±4.81	5.57±2.82
Geliri giderinden fazla	7.21±5.59	8.67±6.81	11.94±4.63	20.00±2.00	7.89±3.93
KW/p	3,302;p= 0.043	2,927;p= 0.060	3,532;p=0.035	2,692;p= 0.075	3,550;p= 0.034
Aile Yapısı					
Geniş aile	10.63±8.05	10.50±7.23	14.63±4.24	16.75±6.18	10.75±3.96
Çekirdek aile	6.17±4.65	6.81±4.98	11.37±4.41	14.27±5.22	7.06±3.70
Parçalanmış	6.90±5.74	6.90±3.41	10.80±4.34	14.80±4.49	7.60±3.44
KW/p	2,485;p=0.091	1,846;p=0.165	2,316;p=0.126	0,783;p=0.461	3,470;p=0.037
Birlikte Yaşadığı Kişi					
Eş çocuklar	6.80±5.13	7.20±5.23	11.92±3.98	15.08±6.22	8.12±3.89
Anne-baba	6.47±5.06	6.94±4.97	11.86±4.77	14.31±4.48	7.31±3.82
Diğer*	8.00±7.48	8.56±6.06	10.11±4.62	14.67±5.52	7.00±3.91
KW/p	0,285;p=0.753	0,346;p=0.708	0,615;p=0.544	0,158;p=0.854	0,438;p=0.647

Diğer*(Yalnız yaşayan, bakım evinde kalan, akrabaları ile yaşayan)

Tablo 4.8’de hastaların tanıtıcı özelliklerine göre negatif belirtileri değerlendirme ölçeği ve alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların cinsiyeti, medeni durumları ve birlikte yaşadığı kişiler açısından negatif belirtiler toplam ve alt ölçekler puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların yaşları ve eğitim durumları açısından negatif belirtiler ölçeği, zevk almama ve toplumsal çekilme durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane’s testi sonuçları incelenmiş olup 51 yaşından büyük olan hastaların negatif belirtiler ölçeği, zevk almama ve toplumsal çekilme ortalama puanları ($\bar{X}=19.00$) ile ön lisans- lisans eğitim durumuna sahip hastaların ortalama puanları ($\bar{X}=19.56$) diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Hastaların çalışma durumları açısından negatif belirtiler ölçeği aloji durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmayan hastaların negatif belirtiler ve aloji ortalama puanının ($\bar{X}=7.87$) diğer gruplardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastaların ekonomik durumları açısından negatif belirtiler duygulanımda düzleşme ya da küntleşme, enerji ve isteğin azalması, dikkat durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane’s testi sonuçları incelenmiş olup ekonomik durumları iyi olan hastaların negatif belirtiler duygulanımda düzleşme ya da küntleşme ortalama puanı ($\bar{X}=11.67$), enerji ve isteğin azalması ortalama puanı ($\bar{X}=16.33$), dikkat ortalama puanı ($\bar{X}=11.00$) diğer gruplara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastaların aile yapısı durumuna göre negatif belirtiler dikkat durumu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane’s testi sonuçları incelenmiş, geniş ailede yaşayan hastaların negatif belirtiler dikkat ortalama puanı ($\bar{X}=10.71$) diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.9. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Duygulanımda Düzleşme Ya Da Küntleşme	Aloji	Enerji ve İsteğin Azalması	Zevk Almama ve Toplumsal Çekilme	Dikkat
Hastalık başlangıç yaşı					
20 yaş altı	6.00±3.82	6.54±5.13	12.04±4.48	13.58±3.46	7.25±3.42
21-30 yaş	6.23±4.41	6.73±4.29	11.69±4.56	14.77±5.57	7,58±3.67
31 yaş ve üzeri	8.45±7.58	8.75±6.08	11.15±4.49	15.70±6.43	7.90±4.58
KW/p	1,369;p=0.261	1,213;p=0.304	0,214; p=0.808	0,908;p=0.408	0,155;p=0.857
Hastalık Süresi					
10 yıldan az	6.18±6.17	6.89±5.78	11.50±4.17	13.93±5.46	7.39±4.39
11-20 yıl arası	7.87±5.23	8.39±5.09	12.35±4.72	15.42±4.62	8.03±3.45
21 yıl ve üzeri	5.27±2.65	4.91±2.21	10.09±4.37	14.18±6.32	6.64±3.35
KW/p	1,257;p=0.291	2,014;p=0.141	1,078;p=0.346	0,640;p=0.530	0,578;p=0.564
Remisyonda kaldığı süre					
1-12 ay	8.13±6.37	8.67±6.40	12.27±4.76	14.50±5.39	8.17±4.04
13-36 ay	5.33±4.42	6.04±3.99	10.92±4.57	13.00±4.66	6.83±3.85
37 ve üzeri ay	6.44±4.16	6.38±3.36	11.63±3.74	17.31±4.90	7.50±3.37
KW/p	1,903;p=0.157	2,087;p=0.132	0,605;p=0.549	3,529;p=0.035	0,810;p=0.449
Şimdiki hastaneye yatış nedeni					
Öfke ve halüsinasyon	6.80±6.76	7.20±6.58	12.60±5.10	13.70±4.37	8.00±4.97
Halüsinasyon	4.50±1.00	3.75±3.59	7.25±3.10	12.50±7.94	4.75±2.06
Uyku problemleri	4.20±2.86	5.40±2.19	9.20±4.15	13.80±4.02	6.00±3.00
Öfke, halüs. ve sanrı	7.11±5.99	7.67±5.48	11.81±4.49	14.89±5.79	8.15±4.27
Öfke, halüsinasyon, sanrı ve uyku problemi	8.13±5.32	8.60±4.95	13.40±3.79	16.93±4.68	8.27±8.27
Diğer*	6.00±3.97	6.33±4.39	10.56±4.19	12.44±3.91	6.22±2.39
KW/p	0,606;p=0.696	0,784;p=0.565	1,859;p=0.114	1,146;p=0.346	1,084;p=0.378
Son bir yılda hastaneye yatış sayısı					
1 defa	6.18±5.10	6.59±4.63	11.14±4.22	14.50±5.19	7.38±3.71
2 defa	8.92±6.33	9.58±6.84	13.08±5.05	15.08±5.88	8.25±4.63
3 defa	11.00±2.82	11.50±3.54	17.50±2.12	15.50±3.54	8.50±2.12
KW/p	1,971;p=0.147	2,471;p=0.092	2,848;p=0.065	,088;p=0.916	0,315;p=0.731
En son hastaneye yatış süresi (gün)					
10 gün ve altı	7.80±8.41	9.00±8.46	12.00±6.04	12.80±5.22	7.60±5.50
11-20 gün	7.57±6.39	6.48±5.55	12.04±5.28	16.17±6.00	8.00±4.36
21-30 gün	6.54±4.78	7.38±5.23	11.63±4.02	14.04±5.11	6.88±3.27
31 gün ve üzeri	5.83±3.82	7.56±3.50	11.11±3.69	13.94±4.15	7.89±4.36
z/p	0,415;p=0.743	0,379;p=0.768	0,152;p=0.928	1,083;p=0.368	0,393;p=0.759

Diğer* (İç sıkıntı, huzursuzluk, konuşma miktarında artma, intihar düşüncesi) Diğer** (Anksiyolitik ilaçlar)

Tablo 4.9. Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçeklerine Ait Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması- Devamı

Değişkenler	Duy	Aloji	Enerji	Zevk	Dikkat
Şiddet Öyküsü	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Var	6.16±4.49	6.55±4.60	11.71±4.58	14.16±5.08	7.33±3.75
Yok	8.47±7.11	9.11±6.17	11.53±4.25	15.89±5.54	8.16±4.05
z/p	2,636;p=0.109	3,530;p=0.065	0,022p=0.882	1,545;p=0.218	0,614;p=0.426
Tanımladığı Kişilik özelliği					
Öfkeli	6.07±4.92	6.53±3.20	10.38±4.68	14.00±4.32	6.38±2.53
Gergin	6.21±4.75	6.75±5.42	11.59±4.54	14.78±5.76	7.89±4.18
Rahat	6.92±4.07	7.76±4.30	11.76±4.93	13.61±4.21	5.92±3.06
Uysal	10.85±9.61	10.14±7.60	14.14±3.43	16.85±5.69	11.00±2.82
KW/p	1,597;p=0.198	0,733;p=0.411	1,087;p=0.391	0,651;p=0.585	3,543;p=0.019
Kullanılan İlaç					
Antipsikotik	6.62±3.54	8.00±4.95	11.50±4.27	15.87±3.75	7.87±3.18
Antipsikotik ve Duygu Durum Düzenleyici (DDD)	7.07±5.34	7.84±5.75	12.38±6.02	17.15±6.13	8.35±4.55
Antipsikotik ve Antikolinergik	6.20±4.70	6.91±4.23	11.00±3.81	13.54±4.80	6.50±3.25
Antipsikotik, DDD ve Antikolinergik	4.78±3.57	5.42±4.94	11.35±3.85	12.28±3.72	6.78±4.09
Antipsikotik, Antikolinergik ve diğer**	10.36±8.23	9.00±6.64	12.72±5.00	16.09±6.30	9.45±3.69
KW/p	1,876;p=0.125	0,858;p=0.494	0,379;p=0.823	2,196;p=0.079	1,557p=0.196
İlaç uyumu					
Var	6.58±5.55	6.83±3.51	11.83±4.32	14.75±4.91	8.66±4.33
Yok	6.82±5.38	7.32±5.45	11.62±4.52	14.60±5.32	7.32±3.70
z/p	0,020;p=0.887	0,090;p=0.765	0,022;p=0.882	0,008;p=0.930	1,225;p=0.272

Diğer* (İç sıkıntı, huzursuzluk, konuşma miktarında artma, intihar düşüncesi) Diğer** (Anksiyolitik ilaçlar)

Tablo 4.9’da hastaların hastalık özelliklerine göre negatif belirtileri değerlendirme ölçeği ve alt ölçeklerine ait puan ortalamalarının karşılaştırılması görülmektedir. Hastaların hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, şimdiki hastaneye yatış nedeni, son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı, en son hastanede yatış süresi, şiddet öyküsü, kullandığı ilaçlar ve ilaç uyumu kişiler açısından negatif belirtiler toplam ve alt ölçekler puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Hastaların remisyonda kaldığı süre açısından negatif belirtiler ölçeği zevk almama ve toplumsal çekilme durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane’s testi sonuçları incelenmiş olup remisyonda kaldığı süre 37 aydan fazla olan hastaların negatif belirtiler ölçeği zevk almama ve toplumsal çekilme ortalama puanları ($\bar{X}=17.31$) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların kişilik özelliği açısından negatif belirtiler ölçeği dikkat durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Anlamlı farklılığın belirlenmesi için Tamhane’s testi sonuçları incelenmiş, uysal kişilik özelliğine sahip olan hastaların negatif belirtiler dikkat ortalama puanı ($\bar{X}=11.00$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.10. Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği ile Pozitif Belirtiler ve Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçekleri Arasındaki Kolerasyon

		Varsanılar	Sanrılar	Garip Davranış	Pozitif yap.	PBDÖ	Duygulanım	Aloji	Enerji Azalması	Zevk Almama	Dikkat	NBDÖ
Sürekli öfke	r	.162	-.010	.083	.179	.134	-.112	-.084	.011	.063	.055	-.022
	p	.181	.936	.492	.138	.268	.356	.487	.928	.607	.652	.856
Öfke içe yöneltme	r	.068	.026	.146	.064	.110	.022	.017	.105	.131	.056	.077
	p	.574	.834	.229	.598	.367	.858	.890	.387	.280	.646	.527
Öfke dışı yöneltme	r	.115	.071	.135	.286*	.214	-.049	.001	.124	.085	.113	.057
	p	.342	.558	.265	.016	.076	.687	.993	.307	.486	.351	.638
Öfke Kontrol	r	-.276*	-.030	.053	-.103	-.150	.153	.116	.005	-.048	-.038	.051
	p	.021	.804	.663	.395	.216	.206	.337	.970	.695	.757	.673
SÖÖTÖ	r	.069	.032	.203	.259*	.181	-.024	.006	.117	.110	.104	.068
	p	.569	.793	.091	.030	.134	.844	.963	.333	.363	.394	.574

Tablo 10'da hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ölçeği (SÖÖTÖ) ile pozitif belirtiler ve negatif belirtileri değerlendirme ölçekleri arasındaki kolerasyon puan durumları görülmektedir. Öfkeyi dışı yöneltme alt boyutu ile pozitif belirtiler ölçeği alt boyutu olan pozitif yapısal düşünce bozukluğu alt boyutu ($r=.281$; $p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyde kuvvetli bir ilişki olduğu saptanmıştır. Öfke kontrolü alt boyutu ile pozitif belirtiler ölçeği varsanılar alt boyutu arasında ($r=-.276$; $p<0.05$) negatif yönlü ve zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir. SÖÖTÖ ile, pozitif belirtiler ölçeği pozitif yapısal düşünce bozukluğu ($r=.259$; $p<0.05$) boyutu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve düşük düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisinde takip edilen 70 şizofreni hastasının öfke, öfke ifade tarzları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan çalışma sonucunda elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 38.86 ± 5.46 dır. Hastaların çoğunluğu erkek, yarıdan biraz fazlası bekar ve ilköğretim düzeyinde eğitilmiş, yarıdan fazlası çekirdek ailede ve yarısı anne ve babası ile yaşamaktadırlar. Çalışmada hastaların çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı ve ekonomik durumunun iyi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1). Aydemir ve arkadaşlarının (2002) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların %73.3'ünün erkek ve yaş ortalamalarının 32.5 ± 10.7 olduğunu saptamıştır. Deveci ve arkadaşlarının (2008) şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmada hastaların %63.1'i erkek % 73.7' si bekar % 47.3' ünün herhangi bir işte çalışmadığını belirtmiştir. Tüzer ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada hastaların %75'inin çekirdek ailede yaşadığını saptamıştır. Erkıran ve arkadaşlarının (2001) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada hastaların %61.3'ünün ilköğretim düzeyinde eğitim durumuna sahip olduğunu, %44.9'unun ekonomik durumunun düşük olduğunu belirtmiştir. Özçelik ve Yıldırımın (2018) yaptığı çalışmada hastaların %35.3' ünün ilköğretim düzeyinde eğitim durumuna sahip olduğunu, %47.1' inin ekonomik durumunun iyi olmadığını, %58.8'inin anne ve babası ile yaşadığını ve yaş ortalamasının 38.61 ± 11.29 olduğunu saptamıştır. Çalışmamız diğer çalışmalar ile karşılaştırıldığında şizofreni hastalarının genel olarak erkek hasta sayısının fazla olduğu, genel yaş ortalamasının 32-38 yaş aralığında olduğu, eğitim seviyesinin düşük, çalışmayan, ekonomik durumu iyi olmayan, çekirdek ailede anne ve babası ile yaşayan bireyler olduğu dikkati çekmektedir. Çalışmamız bu yönü ile literatür ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmada hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinin sürekli öfke ortalama puanının (25.88 ± 5.36), pozitif belirtileri değerlendirme ölçeğinin sanrılar ortalama puanı (14.45 ± 11.35) ile negatif belirtileri değerlendirme ölçeğinin zevk almama ve toplumsal çekilme ortalama puanının (14.62 ± 5.22) yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3). Ringer & Lysaker, (2014) yaptığı çalışmada pozitif ve negatif belirtileri yoğun yaşayan şizofreni hastalarının, sürekli öfke eğiliminde

oldukları ve öfke kontrol mekanizmalarını daha az kullandıklarını belirtmiştir. Kristof et al., (2018) şizofreni hastalarında öfke ve şiddet ile ilgili yaptığı çalışmada hastalık belirtilerinin aktif olduğu dönemde hastaların sürekli öfke yaşadığı ve buna bağlı şiddet davranışında bulunmaya yatkın olduğunu belirtmiştir. Literatür çalışmalarına bakıldığında hastalık semptomlarını yoğun yaşayan bireylerin öfke ifade tarzları incelendiğinde bu hastaların öfkelerini sürekli öfke şeklinde ifade ettiği düşünülmektedir.

Güleç ve arkadaşlarının (2008) obsesif kompulsif bozukluğu olan şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada pozitif belirtileri değerlendirme ölçeğinin sanrılar ortalama puanı ile (11.80 ± 8.88) negatif belirtileri değerlendirme ölçeğinin zevk almama ve toplumsal çekilme ortalama puanının (12.75 ± 7.74) yüksek olduğunu belirtmiştir. Köşger ve arkadaşları (2014) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada sanrılar ortalama puanının (9.33 ± 5.17) yüksek olduğunu, zevk almama ve toplumsal çekilme ortalama puanının ise (13.40 ± 2.97) orta düzeyde olduğunu saptamıştır. Özdemir ve arkadaşları (2017) şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada sanrılar ortalama puanı (5.54 ± 5.16) ile zevk almama ve toplumsal çekilme ortalama puanının (12.36 ± 5.29) daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde şizofreni hastalarında sanrının daha fazla olduğu, bununla birlikte hastalık süresinin uzaması ve hastanın direncinin düşmesi ile birlikte içe kapanma, zevk almama ve toplumsal çekilme gibi belirtilerin daha yaygın olarak görüldüğü dikkati çekmektedir.

Hastaların yaşı, medeni durumları, eğitim durumları, gelir düzeyleri ve birlikte yaşadıkları kişiler, açısından öfke toplam ve öfke ifade tarzları puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.4). Anlamlı farkın bulunmamasının nedeninin çalışmaya katılan hastaların orta yaş grubunda, bekar, eğitim seviyesi düşük, ekonomik durumunun kötü olmasından kaynakladığı düşünülmektedir. Ayrıca bu bulgular şizofrenik bireylerin hangi yaş grubunda, medeni durumda, gelir ya da eğitim düzeyinde olursa olsun öfke ifade etme biçimlerinin benzer şekilde olduğunu da göstermektedir.

Cinsiyeti kadın olan hastalar açısından öfke içe yöneltme durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Yöndem ve Bıçak, (2008) yaptığı çalışmada; öfke kontrolünde cinsiyetler arasında bir farklılık görülmezken, erkeklerin öfke seviyeleri ve öfkelerini dışa yansıtmaları ve içsel olarak yaşamalarının kadınlara oranla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kaya ve ark., (2007) yaptıkları araştırmada, erkeklerin öfkelerini kadınlardan daha fazla dışa vurdukları belirlenmiştir. Bunun en olası nedeni, iki cinsiyetin yetiştiriliş tarzlarının ve toplumun iki cinsiyetten beklentilerinin farklı olmasıdır. Kültürel olarak erkekte duygusal olmaması beklenirken, öfke erkeklerin yaşamalarına izin verilen, onaylanan, belki de desteklenen tek duygudur (Özmen ve ark., 2015). Bu durum şizofrenik bozukluğu olan kadınlar için de geçerli olabilir.

Hastaların çalışma durumu açısından öfke dışa yöneltme alt boyutu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Ergin ve arkadaşlarının (2006) alkol ve madde bağımlılığında öfke yaşayan hastalarla yaptığı çalışmada çalışma durumu ve öfke dışa yöneltme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Fakat çalışmayan hastaların öfke dışa yöneltme ortalama puanları çalışan hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Hastaların geniş aile yapısına göre öfke dışa yöneltme durumu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Geniş ailede yaşayan hastalarda aile üye sayısının fazla olması, buna bağlı aile içi çatışmalarının olabileceği, ekonomik sorunlar ve aile içi uyumsuz başa çıkma stratejilerinin kullanılmasından dolayı hastaların öfkeyi daha fazla dışa yönelttiği söylenebilir (Gadea et al., 2018).

Hastaların hastalık süresi açısından öfke içe yöneltme durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Hastalık süresi az olan hastaların öfke içe yöneltme puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalık süresinin artmasıyla tedaviye uyumun azalması, belirtilerin şiddetlenmesi ve uyumsuzluk problemlerinin artmasıyla birlikte öfkeyi ifade etme biçimlerinin farklı olabileceği düşünülmekte ve sürekli öfke problemlerinin olabileceği ön görülmektedir. Hastaların şiddet davranışında bulunma

durumuna göre sürekli öfke ve öfke dışı yöneltme durumu değerlendirildiğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5). Gadea ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada şiddet davranışında bulunan hastaların hastalık semptomlarının artması, çevresel faktörlerin varlığı gibi durumlardan kaynaklı öfke kontrol problemlerinin olmasına ve bunlara bağlı olarak sürekli öfke yaşamasına, öfkeyi dışı yöneltmesine neden olduğu saptanmıştır. Çalışmamız bu yönüyle literatür ile paralellik göstermektedir. Hastaların kişilik özelliklerine göre sürekli öfke, öfke dışı yöneltme ve öfke kontrol durumları değerlendirildiğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5).

Öfkeli kişilik özelliğine sahip olan hastaların sürekli öfke ve öfke dışı yöneltme ortalama puanları diğer gruplara göre yüksek bulunurken öfke kontrolü ortalama puanı daha düşük olarak belirlenmiştir. Genovese ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada kişilik özelliği farklı olan hastaların öfke ifade biçimlerinin farklılık gösterdiği, uysal kişiliğe sahip hastaların öfke kontrol mekanizmalarının daha iyi olduğu sürekli öfke ve öfke dışı yöneltme özelliklerinin daha az olduğu gösterilmiştir. Hastaların ilaç uyumu açısından sürekli öfke, öfke dışı yöneltme ve öfke kontrol durumları değerlendirildiğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). İlaç uyumu olmayan hastaların sürekli öfke ve öfke dışı yöneltme ortalama puanları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunurken öfke kontrol ortalama puanı daha düşük olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5). Psikiyatrik hastalığı olan bireylerde sık sık ilaç uyumsuzluk problemleri görülmektedir. Düzenli ilaç kullanımı olmayan hastalarda hastalık semptomlarının süresi ve şiddetinde artma görülürken buna bağlı olarak da öfke duygusunu daha fazla biçimde yaşadıkları ve kontrolsüz şekilde ifade ettikleri belirtilmektedir (Tani et al., 2018; Rzewuska, 2002).

Hastaların eğitim durumları açısından pozitif belirtiler ölçeğinin sanrılar alt boyutu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.6). Uğurad ve arkadaşlarının (1999) şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmada eğitim durumu düşük olan hastaların psikotik belirtileri daha yoğun yaşadığını saptamıştır. Eğitim seviyesinin yüksek olması, hastaların bilgi düzeylerinin artmasına, destek kaynaklarından daha etkin

yararlanmasına, baş etme becerilerinin yeterli olmasına ve dolayısıyla hastalık semptomlarını daha hafif yaşamasına yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Hastaların ekonomik durumları açısından pozitif belirtiler ölçeği garip davranışlar alt boyutu değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Ekonomik durumu iyi olan hastaların pozitif belirtiler ölçeği garip davranış ortalama puanının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.6). Aslında hastaların ekonomik durumun iyi olduğunu ifade etmeleri göreceli bir durum olabilir. Ayrıca bilindiği gibi şizofreni her ekonomik düzeyde olan bireylerde görülebilecek bir psikiyatrik hastalıktır.

Hastaların hastalık başlangıç yaşı, remisyonda kaldığı süre, şimdiki hastaneye yatış nedeni, en son hastaneye yatış süresi, şiddet öyküsünün varlığı, kişilik özelliği, kullandıkları ilaçlar ve ilaç uyumu açısından pozitif belirtiler toplam ve pozitif belirtiler alt ölçek ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların hastalık süresi açısından pozitif belirtiler ölçeği garip davranış alt boyutu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Hastalık süresi 11-20 yıl arasında olan hastaların pozitif belirtiler ölçeği garip davranış alt ölçeği ortalama puanı ($\bar{X}=6.00$) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.7). Uludağ ve Güleç (2016) şizofreni hastalarında madde kullanım yaygınlığı ile ilgili çalışmasında hastaların hastalık süresi ile madde kullanım arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, hastalık süresi 10 yıldan fazla olan hastaların madde kullanım öykülerinin daha çok olduğunu belirtmiştir. Uğurad ve arkadaşlarının (1999) katatonik şizofreni hastalarında yaptığı çalışmada hastalık süresi ile pozitif belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulmuştur. Hastalık süresi 5 ile 10 yıl arası olan hastaların sanrılar ve garip davranışlarının daha fazla olduğunu saptamıştır. Kocal ve arkadaşlarının (2017) psikiyatri servisinde yatan şizofreni hastaları ile yaptığı çalışmada hastalık süresiyle intihar girişimi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, hastalık süresi uzun olan hastaların öz kıyım girişimlerinin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Şizofreni hastalarında hastalık yılının artması hastalığın daha fazla kronikleşmesine, semptomların artmasına ve davranışsal değişikliklerin ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Hastaların son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı açısından pozitif belirtiler ölçeği varsanı ve sanrılar alt boyutu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı 3 defa olan hastaların pozitif belirtiler ölçeği varsanı ve sanrılar alt boyutu ortalama puanları ($\bar{X}=25.50$, $\bar{X}=37.50$) diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur (Tablo 4.7). Güleç ve arkadaşlarının (2008) obsesif kompulsif bozukluk ve şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada yatış sayısı açısından anlamlı ilişki olduğunu belirtmiş, son bir yılda hastaneye yatış sayısının şizofreni hastalarında daha fazla olduğunu saptamıştır. Şizofreni hastalarında pozitif belirtilerin (sanrı ve halüsinasyon) artması; aile içi süreçte bozulma, öfke kontrol problemleri yaşama ve sosyal uyum sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Bu gibi durumlar hastaların hastaneye daha sık yatmasına sebep olmaktadır (Hooker & Taylor 2014; Lee et al., 2015).

Hastaların cinsiyeti, medeni durumları ve birlikte yaşadığı kişiler açısından negatif belirtiler toplam ve alt ölçekler puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Hastaların yaşları ve eğitim durumları açısından negatif belirtiler ölçeği, zevk almama ve toplumsal çekilme durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). 51 yaşından büyük olan hastaların negatif belirtiler ölçeği, zevk almama ve toplumsal çekilme ortalama puanları ($\bar{X}=19.00$) ile ön lisans- lisans eğitim durumuna sahip hastaların ortalama puanları ($\bar{X}=19.56$) diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.8). Hastalık süresinin artmasıyla orta yaş ve üzeri şizofreni hastalarının hastalık semptomlarını daha yoğun yaşamalarına ve negatif belirtilerin sıklık ve şiddetine uzun süre maruz kalmalarına neden olur. Bu sebeplerden dolayı orta ve ileri yaş hasta grubunun aile ve sosyal desteğe olan ihtiyacın arttığı düşünülmektedir (Murru & Carpinello, 2016; Norman ve ark., 2014). Hastaların çalışma durumları açısından negatif belirtiler ölçeği aloji durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmayan hastaların negatif belirtiler ve aloji ortalama puanınının ($\bar{X}=7.87$) diğer gruplardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Hastaların ekonomik durumları açısından negatif belirtiler duygulanımda düzleşme ya da küntleşme, enerji ve isteğin azalması, dikkat durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Ekonomik durumları iyi olan hastaların negatif belirtiler duygulanımda düzleşme ya da küntleşme ortalama puanı ($\bar{X}=11.67$), enerji ve isteğin azalması ortalama puanı ($\bar{X}=16.33$), dikkat ortalama puanı ($\bar{X}=11.00$) diğer gruplara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Çalışmayan ve ekonomik durumu iyi olmayan hastalar negatif belirtileri daha yoğun yaşama, duygusal çökkünlüğe daha fazla maruz kalma, iletişim kurmada problemler yaşama, işlevsellikte bozulma ve dikkat dağınıklığı gibi sorunları daha yoğun yaşadığı görülmektedir (Potvin et al., 2005; Strauss et al., 2016). Hastaların aile yapısı durumuna göre negatif belirtiler dikkat durumu değerlendirildiğinde gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Geniş ailede yaşayan hastaların negatif belirtiler dikkat ortalama puanı ($\bar{X}=10.71$) diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir. Şizofreni hastalarında negatif belirtilerin arttığı durumlarda dikkat problemleri sık sık yaşanmaktadır. Yaşadığı ortamdaki birey sayısının fazla olması, hastaların maruz kaldığı stresör ve duygusal girdilerin artmasına neden olacağından dolayı hastaların dikkat sorunları yaşayacağı düşünülmektedir.

Hastaların hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, şimdiki hastaneye yatış nedeni, son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı, en son hastanede yatış süresi, şiddet öyküsü, kullandığı ilaçlar ve ilaç uyumu kişiler açısından negatif belirtiler toplam ve alt ölçekler puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9). Hastaların remisyonda kaldığı süre açısından negatif belirtiler ölçeği zevk almama ve toplumsal çekilme durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Remisyonda kaldığı süre 37 aydan fazla olan hastaların negatif belirtiler ölçeği zevk almama ve toplumsal çekilme ortalama puanları ($\bar{X}=17.31$) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguyla ilgili olarak hastanın daha uzun süre hastane dışında kalması onun yaşamını işlevsel bir şekilde yürüttüğü anlamı taşımadığı söylenebilir. Bu nedenle hastaların toplum ruh sağlığı merkezi tarafından izlenmesi gerekmektedir.

Hastaların kişilik özelliği açısından negatif belirtiler ölçeği dikkat durumları değerlendirildiğinde gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Uysal kişilik özelliğine sahip olan hastaların negatif belirtiler dikkat ortalama puanı ($\bar{X}=11.00$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu

saptanmıştır (Tablo 4.9). Şizofrenide semptomların artmasıyla ortaya çıkabilecek öfke durumunda bireyin davranışları dışa dönük olabilir. Bu süreçte öfkeli olan bireylerin uysal kişilere göre dikkati toplamada daha büyük problemler yaşadığı belirtilmiştir (Roy & Devriendt 1994; Ruocco et al., 2014).

Öfkeyi dışa yöneltme alt boyutu ile pozitif belirtiler ölçeği alt boyutu olan pozitif yapısal düşünce bozukluğu alt boyutu ($r=,281$; $p<0.05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf düzeyde kuvvetli olduğu saptanmıştır. Öfke kontrolü alt boyutu ile pozitif belirtiler ölçeği varsanılar alt boyutuyla ($r=-,276$; $p<0.05$) negatif yönlü ve zayıf düzeyde ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. SÖÖTÖ ölçeği ile, pozitif belirtiler ölçeği pozitif yapısal düşünce bozukluğu ($r=,259$; $p<0.05$) boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve zayıf ilişkisinin olduğu saptanmıştır (Tablo 4.10). Sürekli öfke yaşayan ve öfkeyi dışa yönelten hastaların düşünce bozukluğu, amaç dışı konuşma ve uygunsuz davranışların daha fazla olduğu görülmektedir. Varsanıları daha az olan şizofreni hastalarının öfke kontrollerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1.Sonuçlar

Psikiyatri servisinde yatan şizofreni hastalarında öfke ifade tarzları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

1. Hastaların %35.7'si 31-40 yaş arasında olup genel yaş ortalaması 38.86 ± 5.46 , %72.9'u erkek, %52.8'i bekar, %51.4'ü ilköğretim düzeyinde eğitilmiş, %74.3'ü çekirdek ailede, %51.4'ü anne ve babası ile yaşamakta, %78.6'sının çalışmadığı, %75.7'sinin ekonomik durumunun iyi olmadığı saptanmıştır.
2. Hastaların tamamında fiziksel hastalığın olmadığı, %37.1'inin 21-30 yaş arasında hastalığının başladığı ($\bar{X}=25.38 \pm 8.40$) ve %15.7'sinin 21 yıldan fazla süredir hastalık süresine sahip olduğu belirlenmiştir. Hastaların %42.9'unun 1 ile 12 ay remisyonda kaldığı, %38.6'sının hastaneye yatış problemleri arasında öfke, halüsinasyon ve sanrı gibi semptomlarının olduğu, %80'inin son bir yılda 1 defa hastanede yattığı ve %34.3'ünün en son hastaneye yatış süresinin 21 ile 30 gün arasında olduğu saptanmıştır. Hastaların %72.9'u şiddet öyküsü bildirmiş, %52.8'i kendisini gergin kişilik özelliğine sahip olarak ifade etmiştir. Hastaların %34.3'ü antipsikotik ilaçlarla birlikte antikolinerjik ilaçları da kullanmaktadır ve %82.9'u ilaç uyumunun olmadığını belirlenmiştir.
3. Hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinin sürekli öfke ortalama puanının (25.88 ± 5.36), pozitif belirtileri değerlendirme ölçeğinin sanrılar ortalama puanı (14.45 ± 11.35) ile negatif belirtileri değerlendirme ölçeğinin zevk almama ve toplumsal çekilme ortalama puanının (14.62 ± 5.22) yüksek olduğu saptanmıştır. Şizofreni hastalarında sanrılar, zevk almama ve toplumsal çekilme gibi belirtilerin daha fazla olduğu ve dolayısıyla sürekli öfke yaşadığı görülmektedir.

4. Kadınlarda öfke içe yöneltme ortalama puanının ($\bar{X}=22.47$) erkek cinsiyetine göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmayan hastaların öfke dışı yöneltme ortalama puanı ($\bar{X}=22.05$) çalışan hastalara göre yüksek bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan hastaların öfke dışı yöneltme ortalama puanı ($\bar{X}=26.00$) diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir. Hastalık süresi 10 yıldan az olan hastaların öfke içe yöneltme ortalama puanı ($\bar{X}=22.00$) diğer gruplara göre yüksektir.
5. Şiddet öyküsü olan hastaların sürekli öfke ortalama puanı ($\bar{X}=27.01$) ve öfke dışı yöneltme ortalama puanı ($\bar{X}=22.60$) diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Öfkeli kişilik özelliğine sahip olan hastaların sürekli öfke ve öfke dışı yöneltme ortalama puanları ($\bar{X}=29.15$, $\bar{X}=24.53$) diğer gruplara göre yüksek bulunurken öfke kontrolü ortalama puanı daha düşük olarak saptanmıştır.
6. İlaç uyumu olmayan hastaların sürekli öfke ve öfke dışı yöneltme ortalama puanları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunurken ($\bar{X}=26.77$, $\bar{X}=22.18$) öfke kontrol ortalama puanı ($\bar{X}=17.06$) daha düşük olarak belirlenmiştir.
7. Lise öğrenimine sahip hastaların pozitif belirtiler sanrılar alt boyutu ortalama puanı ($\bar{X}=19.00$) diğer alt gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ekonomik durumu iyi olan hastaların pozitif belirtiler ölçeği garip davranış ortalama puanının ($\bar{X}=11.67$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu s belirlenmiştir. Geniş ailede yaşayan hastaların pozitif belirtiler sanrılar ve pozitif yapısal düşünce bozukluğu ortalama puanları ($\bar{X}=22.25$, $\bar{X}=12.88$) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
8. Hastalık süresi 11-20 yıl arasında olan hastaların pozitif belirtiler ölçeği garip davranış alt ölçeği ortalama puanı ($\bar{X}=6.00$) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur. Son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı 3 defa olan hastaların pozitif belirtiler ölçeği varsanı ve sanrılar alt boyutu ortalama puanları ($\bar{X}=25.50$, $\bar{X}=37.50$) diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur.

9. 51 yaşından büyük olan hastaların negatif belirtiler ölçeği, zevk almama ve toplumsal çekilme ortalama puanları (\bar{X} =19.00) ile ön lisans- lisans eğitim durumuna sahip hastaların ortalama puanları (\bar{X} =19.56) diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur.
10. Çalışmayan hastaların negatif belirtiler ve aloji ortalama puanının (\bar{X} =7.87) çalışan hastalardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Ekonomik durumları iyi olan hastaların negatif belirtiler duygulanımda düzleşme ya da küntleşme ortalama puanı (\bar{X} =11.67), enerji ve isteğin azalması ortalama puanı (\bar{X} =16.33), dikkat ortalama puanı (\bar{X} =11.00) ekonomik durumu kötü olan hastalara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir.
11. Geniş ailede yaşayan hastaların negatif belirtiler dikkat ortalama puanı (\bar{X} =10.71) diğer gruplara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir. Remisyonda kaldığı süre 37 aydan fazla olan hastaların negatif belirtiler ölçeği zevk almama ve toplumsal çekilme ortalama puanları (\bar{X} =17.31) diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.
12. Kendini uysal olarak tanımlayan hastaların negatif belirtiler dikkat ortalama puanının (\bar{X} =11.00) diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.
13. Öfkeyi dışa yöneltme alt boyutu ile pozitif belirtiler ölçeği alt boyutu olan pozitif yapısal düşünce bozukluğu alt boyutu (r =.281; p =0.016) arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta düzeyde kuvvetli olduğu saptanmıştır. Öfke kontrolü alt boyutu ile pozitif belirtiler ölçeği varsanılar alt boyutuyla (r =-.276; p =0.021) negatif yönlü ve orta düzeyde ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. SÖÖTÖ ile, pozitif belirtiler ölçeği pozitif yapısal düşünce bozukluğu (r =.259; p =0.030) boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü ve orta şiddetli ilişkisinin olduğu saptanmıştır.

6.2.Öneriler

Psikiyatri servisinde yatan şizofreni hastalarında öfke ifade tarzları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin;

1. Şizofrenik bozukluğu olan tüm bireyleri öfke kontrolü açısından değerlendirmeleri ve özellikle kadın ve 10 yıldan daha az süredir şizofreni tanısı olan hastaları öfke içe yöneltme sorunları nedeniyle daha dikkatli tanılayarak bakımlarını planlamaları,

2. Şiddet öyküsü olan, kendisini öfkeli olarak tanımlayan, ilaç uyumu olmayan hastaları öfke dışı yöneltme boyutunda değerlendirmeleri ve bakımlarını planlamaları,

3. İlaç uyumu olan ve kendini uysal olarak tanımlayan bireyler daha fazla öfke kontrol puanına sahip oldukları düşünülerek, hastaların ilaç uyumlarını desteklemeleri,

4. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin öfke ifade tarzlarını ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik daha geniş örneklem grubunda çalışmaların yapılması,

5. Bu çalışmada örneklem grubunun yaş ortalaması 38'dir. Gelişim dönemlerine göre şizofrenik bozukluğu olan bireylerin öfke ifade tarzlarının incelenmesine yönelik çalışmaların yapılması,

6. Taburculuk sürecinde hasta ve aileye öfkeyi tanıma ve öfke kontrol eğitimleri verilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKÇA

- Abushua'leh, K., Abu-Akel A. (2006). Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 143 205– 211.
- Acar, C., Kartalçı, Ş. (2014). Şizofreninin Etyopatogenezinde Katekol-O-Metiltransferaz (COMT) Geninin Rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 6: 217-226.
- Aydemir, O., Köroğlu, E. (2000). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Aydemir, Ö., Danacı, A.E., Pırıldar, Ş. (2002). Şizofrenide Depresyonu Olan ile Olmayan Hastaların Belirti Yönünden Ayrımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3):173-178.
- Bal, F., Faraji, H., Gemici, M. (2018). Travma ve Öfke Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Social And Humanities Sciences Research*, Vol:5 Issue:26.
- Balkaya, F., Şahin N.H. (2003). Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3):192-202.
- Bayrı, F., Kelleci, M. (2009). Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Genel Sağlık Durumları Arasındaki İlişki. *Turkiye Klinikleri J Nurs Sci*;1(2):65-70.
- Bilge, A., Ünal G. (2005). Öfke, Öfke Kontrolü ve Hemşirelik Yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 21(1): 189-196.
- Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., Haahr, U.H., Simonsen, E. (2011). Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev*, 31:711–726.
- Brisch, R., Saniotis, A., Wolf, R., Bielau, H., Bernstein, H.G., Steiner, J., Bogerts, B., Braun, K., Jankowski, Z., Kumaratilake, J., Henneberg, M., Gos, T. (2014). The role of dopamine in schizophrenia from a neurobiological and evolutionary perspective: old fashioned, but still in vogue. *Front Psychiatry*, 19:5:47.

- Buckley, P., (2005). Neuroimaging of schizophrenia: structural abnormalities and pathophysiological implications. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 1(3): 193–204.
- Ceylan, E., Çetin, M. (2009). Şizofreni. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, 1.Cilt, 4.Baskı, İstanbul.
- Chan, H., Lu, R., Tseng, C., Chou, K. (2003). Effectiveness of the Anger-Control Program in Reducing Anger Expression in Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. XVII, No. 2 : pp 88-95
- Chen, C., Liu, C., Yang, Y. (2001). Correlation of panic attacks and hostility in chronic schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 55:383–387.
- Clarke, M. C., Tanskanen, A., Huttunen, M. O., & Cannon, M. (2013). Sudden death of father or sibling in early childhood increases risk for psychotic disorder. *Schizophrenia research*, 143(2-3), 363-366.
- Çam, O., Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Davison, G.C., Neale, J.M. (2012). *Abnormal Psychology*. Twelfth Edition. Printed in the United States of America, 254-280.
- Davison, S.E. (2005) *The Management Of Violence In General Psychiatry*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11: 362-370.
- Deveci, A., Danacı, A.E., Yurtsever, F., Deniz, F., Yüksel, E.G. (2008). Şizofrenide Psikososyal Beceri Eğitiminin Belirti Örüntüsü, İç görü, Yaşam Kalitesi ve İntihar Olasılığı Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3): 266-273.
- Doğan, S., Güler, H., Kelleci, M. (2001). Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1).
- Ekinci, O., Ekinci, A. (2013). Association between insight, cognitive insight, positive symptoms and violence in patients with schizophrenia, *Nord J Psychiatry*·67(2).
- Engin, E., Gültekin, K., Coşkunol, H., Horozoğlu N. (2006). Alkol Ve Madde Bağımlılarında Öfke İfadesi Ve Kişilerarası İlişki Tarzı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 22 (1): 211-223.

- Erkıran, M., Erkıran, G.K., Evren, C., Şahinler, İ.H. (2001). İlaç Kullanmayan Şizofreni Hastalarında Saldırđanlık ve Serum Kolesterol Düzeyi: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(4):261-272.
- Erkoç, Ş., Arkonaç, O., Ataklı, C., Özmen E. (1991). Negatif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Düşünen Adam* 4 (2) :14-15.
- Erkoç, Ş., Arkonaç, O., Ataklı, C., Özmen E. (1991). Pozitif Semptomları Değerlendirme Ölçeğinin Güvenilirliği ve Geçerliliği. *Düşünen Adam* 4 (2) :20-24.
- Eser, D.T., Üstün, B. (2011). Psikiyatrik Bozukluğu Olan Ergen ve Ebeveynlerinin Öfke İfade Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3):111-116.
- Fassino, S., Amianto, F., Gastaldo, L., Leombruni, P. (2009). Anger and functioning amongst inpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder living in a therapeutic community. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63:186–194.
- Gadea, M., Herreroa, N., Picóa, A., Esperta, R., Salvadora, A., Sanjuánb, J. (2018). Psychobiological response to an anger induction task in schizophrenia: The key role of anxiety, *Psychiatry Research*, 271:541–547.
- Genovese, T., Dalrymple, K., Chelminski, I., Zimmerman, M. (2016). Subjective anger and overt aggression in psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 73:23-30.
- Güleç, G., Güneş, E., Yenilmez, Ç. (2008). Obsesif Kompulsif Belirtileri Olan Şizofreni Hastalarının Şizofreni ve Obsesif Kompulsif Bozukluk Hastaları İle Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3): 247-256.
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2):143-151.
- Günüşen, N.P. (2016). Öfke, Saldırđanlık ve Psikiyatri Hemşireliği, *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*, 2(2):36-43.

- Hoftman, G., Volk, D., Bazmi, H., Li, S., Sampson, A.R., Lewis, D.A. (2015). Altered Cortical Expression of GABA-Related Genes in Schizophrenia: Illness Progression vs Developmental Disturbance. 41(1), 180-191
- Hooker, C.I., Benson, T.L. (2014). Neural Activity to Positive Expressions Predicts Daily Experience of Schizophrenia-Spectrum Symptoms in Adults With High Social Anhedonia. Journal of Abnormal Psychology, Vol. 123. No. 1. 190-204.
- Junginger, J., McGuire, L. (2004). Psychotic motivation and the paradox of current research on serious mental illness and rates of violence. Schizophr Bull, 30:21–30.
- Karlıdere, T., Uzun, Ö., Balıkcı, A. (2015). Tedavi Altındaki İlk Atak Şizofreni Olgularında Depresif Belirtiler: Bir Yıllık İzlemede Klasik ve Atipik Antipsikotiklerin Karşılaştırılması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 16:7-13.
- Kassinove, H., Tafrate, R.C. (2003). Anger management: The complete treatment guidebook for practitioners. Third edition, Impact Publishers Inc, California, 1-27.
- Kaya, M., Genç, M., Kaya, B., Pehlivan, E. (2007). Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belir Yaygınlığı, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Etkileyen Faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi, 18(2), 137-146.
- Kocal, Y., Karakuş, G., Sert D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedav. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 26(2):251-267.
- Kocal, Y., Karakuş, G., Tamam, L. (2017). Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. Klinik Psikiyatri, 20:104-113.
- Kokurcan, A. (2014). Şizofreni Genetiğinde Yeni Gelişmeler ve Bunların Klinik Uygulamaya Etkisi. New/Yeni Symposium Journal, 52(1):17-23.
- Kökdemir, H. (2004). Öfke ve Öfke Kontrolü. Pivolka, Yıl: 3 Sayı: 12, Sayfa: 10.
- Köroğlu E., Güleç C. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. HBY Basım Yayın, Ankara.

- Köroğlu, E. (2014). Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Beşinci Baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev., Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Köşger, F., Şahin, H., Eşsizoglu, A., Aksaray, G. (2014). Eksiklik Sendromu Olan ve Olmayan Şizofreni Tanılı Hastalarda İç görü ve Sosyal İşlevsellik Düzeyleri. Türk Psikiyatri Dergisi, 25.
- Krabbendam, L., & Van Os, J. (2005). Schizophrenia and urbanicity: a major environmental influence—conditional on genetic risk. Schizophrenia bulletin, 31(4), 795-799.
- Kristof, Z, S., Olah, M, Gyollai A., Lukacs-Miszler, K., Halmai, T., Fountoulakis, KN., Tenyi, T., Dome, P., Gonda, X. (2018). Mentalization and empathy as predictors of in violence in schizophrenic patients: comparison with nonviolent schizophrenic patients, violent controls and nonviolent controls. Psychiatry Res., 268:198-205.
- Lee, J., Fervaha, G., Takeuchi, H., Powell, V., Remington, G. (2015). Positive symptoms are associated with clinicians' global impression in treatment-resistant schizophrenia. Journal of Clinical Psychopharmacology, Volume 35, Number 3.
- Maner, F., Abay, E., Kayatekin, Z.E., Saygılı, S. (1988). Ruh Hastalarında Homisidal Saldırganlık. XXIV.Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, Ankara.
- Marsman, A., Mandl, R., Klomp, D., Bohlken, M., Boer, V., Andreychenko, A., Cahn, W., Kahn, R.S., Luijten, P.R, Hulshoff, H.E. (2014). GABA and glutamate in schizophrenia: A 7 T 1H-MRS study. Neuroimage Clin, 6:398-407
- Modestın, J. (1998). Criminal and violent behavior in schizophrenic patients:An overview, Psychiatry and Clinical Neurosciences, 52, 547-554.
- Murru, A., Carpiniello, B. (2016). Title: Duration of untreated illness as a key to early intervention in schizophrenia: A review. Neuroscience Letters, S0304-3940(16)30745-5.

- Norman, R.M.G., Manchand, R., Windell, D. (2014). The prognostic significance of early remission of positive symptoms in first treated psychosis. *Psychiatry Research*, 0165-1781.
- Özçelik, E.K., Yıldırım, A. (2018). Şizofreni hastalarında aile ortamı, içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(2):80-87.
- Özdemir, İ., Şafak, Y., Örsel, S., Kahiloğulları, A.K., Karadağ, H. (2017). Bir toplum ruh sağlığı merkezinde şizofreni hastalarına uygulanan ruhsal-toplumsal uyumlandırma etkinliğinin araştırılması: Kontrollü çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(5):419-427.
- Özdemir, O., Güzel, Ö.P. (2016). Glutamat Sistemi ve Şizofreni. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 8(4):394-405.
- Özer, A. K. (1994). Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 26-35.
- Özmen, A. (2006). Öfke: Kuramsal Yaklaşımlar ve Bireylerde Öfkenin Ortaya Çıkmasına Neden Olan Etmenler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 39(1): 39-56.
- Özmen, D., Özmen, E., Çetinkaya A., Akil, İ.Ö. (2016). Ergenlerde sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17(1):65-73
- Öztürk, O., Uluşahin, A. (2008). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. *Nobel Tıp Kitapevleri*, ss:242-316.
- Potvin, S., Sepehry, A.A., Stip, E. (2005). A meta-analysis of negative symptoms in dual diagnosis schizophrenia. *Psychological Medicine*, 36, 431-440.
- Radke, S., Pfersmann, V., Derntl, B. (2015). The impact of emotional faces on social motivation in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, DOI 10.1007/s00406-015-0589-x.
- Reddy, L.F., Green, M.F., Wynn, J.K., Rinck, M., Horan, W.P. (2016). Approaching anger in schizophrenia: What an implicit task tells you that self-report does not. *Schizophrenia Research*, 176 :514-519.

- Ringer, J.M., Lysaker, P.H. (2014). Anger expression styles in schizophrenia spectrum disorders. Associations with anxiety, paranoia, emotion recognition, and trauma history. *J. Nerv. Ment. Dis.* 202 (12), 853–858.
- Roy, M., Devriendt, X. (1994). Symptomes Positifs Et Negatifs De La Schizophrenie: Une Mise A~Our. *Revue Canadienne De Psychiatrie*, Vol. 39. No.7.
- Ruocco, A.C., Reilly, J.L., Rubin, L.H., Daros, A.R., Gershon, E.S., Tamminga, C.A., Pearlson, G.D., Hill, S.K., Keshavan, M.S., Gur, R.C., Sweeney, J.A. (2014). Emotion Recognition Deficits in Schizophrenia-Spectrum Disorders and Psychotic Bipolar Disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) Study. *Schizophr Res.*,158(0): 105–112.
- Rzewuska, M. (2002). Drug maintenance treatment compliance and its correlation with the clinical picture and course of schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 26, 811–814812.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Song, H., Min, S.K. (2009). Aggressive behavior model in schizophrenic patients. *Psychiatry Res.* 167:58–65.
- Soygür, H, Alptekin, K., Atbaşoğlu, C.E., Herken, H. (2007). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar. Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara
- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, 11 (2): 19-27.
- Strauss, G.P., Vertinski, M., Vogel, S.J., Ringdahl, E.N., Allen, D.N. (2016). Negative symptoms in bipolar disorder and schizophrenia: A psychometric evaluation of the brief negative symptom scale across diagnostic categories. *Schizophrenia Research*, 170,285–289.
- Stuart, G.W. (2013). Neurobiological Responses and Schizophrenia and Psychotic Disorders, *Principles And Practice Of Psychiatric Nursing*, ss:344-382.
- Summakoğlu, D., Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, C. 1, S. 2, 43- 61.

- Tani, H., Suzuki, T., Fleischhacker, W., Tomita, M., Mimura, M., Uchida, H. (2018). Clinical Characteristics of Patients With Schizophrenia Who Successfully Discontinued Antipsychotics. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, Volume 38, Number 6.
- Tatlıldil, E., Yılmaz, A., Göğüş, A.K. (2009). Şizofreni Tanılı Hastalarda Semptomatolojinin Sosyal İşlevsellik Üzerine Etkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, Cilt: 19, Ek Sayı: 1.
- Tatlıhoğlu, K., Karaca, M. (2013). Öfke Olgusu Hakkında Sosyal Psikolojik Bir Değerlendirme. *International Journal Of Social Science*, Volume 6 Issue 6, P. 1101-1123.
- Tavris, C. (1982). *Anger, The Misunderstood Emotion*. New York, USA: Simon and Schuster.
- Tiryaki, A., Özkorumak, E., Ak, İ. (2007). Şizofreni Tanısı Almış Poliklinik Hastalarında Psikiyatrik Eş Tanılar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 17:174-180.
- Townsend, M.C.(2011). *Schizophrenia and Other Psychotic Disorders. Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice*, ss:316-355.
- Towsend, M. C. (2014). *Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. USA: F.A. Davis Company.
- Turgut, H., Yenilmez, Ç. (2013). Akut dönemdeki şizofreni hastaları ve psikotik özellikli manik atak hastalarında sosyodemografik ve klinik özelliklerin sanrı türleriyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14:291-301.
- Türk Dil Kurumu. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.58b51e1778f518.12255302. Erişim tarihi: 25.03.2020
- Tüzer, V., Zincir, S., Başterzi, A.D., Aydemir, Ç., Kısa, C., Göka, E. (2003). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6:198-203.

- Uğurad, I.K., Sayar, K., Solmaz, M., Şahin, D.k., Ataklı, C., Erkoç, Ş., Arkonaç, O. (1999). Katatoni ve Şizofrenide Pozitif ve Negatif Belirtiler Arasındaki İlişki. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni / Cilt 9: Sayı 1.
- Uludağ, Y.T., Güleç, G. (2017). Şizofreni Tanısı Almış Hastalarda Madde Kullanım Yaygınlığı. Arch Neuropsychiatr, 53: 4-11.
- Varma, G.F., Özdel, O., Karadağ, F., Tümkaya, S., Kalaycı, O., Kaya, S. (2011). Şizofreni ve Şizoaffektif Bozuklukta Bilişsel İşlevlerin Karşılaştırılması. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 24:175-181.
- Videbeck, S. (2011). Schizophrenia, Psychiatric-Mental Health Nursing, ss:251-279.
- Walker, E., Kestler, L., Bollini, A., Hochman, K.M. (2004). Schizophrenia: Etiology and Course. Annu Rev Psychol, 55:401-30.
- Yavaşçı, Ö. E., Akkaya C. (2012). Şizofrenide serotoninin rolü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 4(2): 237-259.
- Yetkin, Ş., Aydın, H., Özgen, F., Sütcigil, L., Bozkurt, A. (2010). Şizofreni Hastalarında Uyku Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi, 21.
- Yıldız, M., Cerit, C. (2006). Şizofreni Tedavisinin Yıllık Maliyeti: Bir Üniversite Hastanesi Verilerinden Yapılan Hesaplama. Psikofarmakoloji Bulteni Vol. 16 Issue 4, p239-244. 6p.
- Yiğittürk, D., Kaya, B., Ünal, S. (2017). Şizofreni Hastalarında Psikotik Belirtilerdeki Düzelmeye Dikkat ve Bellek İşlevleri Üzerine Yansıması. Klinik Psikiyatri, 20:19-29.
- Yöndem, Z.D., Bıçak, B. (2008). Öğretmen Adaylarının Öfke Düzeyi ve Öfke Tarzları. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 5(2), s.1-15.
- WHO. (2019). Mental Health Atlas, Geneve. World report on disability

EKLER

Ek- 1: Kişisel Bilgi Formu

Yaş:

Cinsiyet:

Kadın Erkek

Medeni Durumu:

Evli Bekar Dul Veya Boşanmış

Evli İse Evlilik Süresi:

Eğitim Durumu:

İlkokul ve Öncesi
 Lise
 Ön Lisans / Üniversite

Çalışma Durumu:

Çalışıyor..... Çalışmıyor

Gelir Düzeyi:

Geliri Giderinden Az Geliri Giderine Eşit Geliri Giderinden Fazla

Aile Yapısı:

Geniş Aile Çekirdek Aile Parçalanmış

Birlikte Yaşadığı Kişiler:

Eş, Çocuklar
 Anne – Baba
 Diğer.....

Tanısı Konulmuş Fiziksel Hastalık: Yok

Var.....

Hastalık Başlangıç Yaşı:

Hastalık Süresi:

Remisyonda Kaldığı Süre:

Şimdiki Hastaneye Yatış Nedeni:

Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Sayısı:

En Son Hastanede Yatış Süresi:

Şiddet Öyküsü Var Mı: Evet Hayır

Kişilik Özelliklerinizi Tanımlar Mısınız: Öfkeli Gergin Rahat

Uysal

Diğer.....

Kullandığı İlaçlar:

İlaç Uyumu Var Mı? Evet Hayır

Ek-2: Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği

İFADELER	İfade size ne kadar uygun?			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
1. Çabuk parlam (öfkelenirim).	()	()	()	()
2. Kızgın mizaçlıyım.	()	()	()	()
3. Öfkeli burnunda bir insanım.	()	()	()	()
4. Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	()	()	()	()
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkıyor.	()	()	()	()
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	()	()	()	()
7. Öfkeli olduğumda ağzıma geleni söylerim.	()	()	()	()
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	()	()	()	()
9. Engellendiğimde (yapmak istediğim şeyler engellendiğinde) içimden birilerine vurmaya gelir.	()	()	()	()
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde, çılgına dönerim.	()	()	()	()

İFADELER	İfade sizin tepkilerinize ne kadar uygun?			
	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
11. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, öfkemi kontrol ederim.	()	()	()	()
12. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, kızgınlığımı gösteririm.	()	()	()	()
13. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, öfkemi içime atarım.	()	()	()	()
14. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, başkalarına karşı sabırlıyım.	()	()	()	()
15. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, somurtur ya da surat asarım.	()	()	()	()
16. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, insanlardan uzak dururum.	()	()	()	()
17. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, başkalarına iğneli sözler söylerim.	()	()	()	()
18. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, soğukkanlılığımı korurum.	()	()	()	()
19. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	()	()	()	()
20. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, için için köpürürüm ama göstermem.	()	()	()	()
21. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, davranışlarımı kontrol ederim.	()	()	()	()
22. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, başkalarıyla tartışırım.	()	()	()	()
23. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, içimde kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	()	()	()	()
24. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, beni çileden çıkaran şey her neyse saldırırım.	()	()	()	()
25. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	()	()	()	()
26. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, gizli den gizli ye insanları epeyce eleştiririm.	()	()	()	()
27. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	()	()	()	()
28. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	()	()	()	()
29. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, kötü şeyler söylerim.	()	()	()	()
30. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	()	()	()	()
31. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, içimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	()	()	()	()
32. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, sinirlerime hakim olamam.	()	()	()	()
33. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, beni sinirlendiren kişiye ne hissettiğimi söylerim.	()	()	()	()
34. Öfkeli olduğimde ya da kızdığımında, kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	()	()	()	()

Ek-3: Pozitif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

(0=Yok, 1=Şüpheli, 2=Hafif, 3=Orta,4=Belirgin,5=Şiddetli)

Varsanılar

1- işitme Varsanıları	0	1	2	3	4	5
2- Yorumlayıcı Sesler	0	1	2	3	4	5
3- Aralarında Konuşan Sesler	0	1	2	3	4	5
4- Somatik veya Taktıl Varsanıları	0	1	2	3	4	5
5- Koku Varsanıları	0	1	2	3	4	5
6- Görme Varsanıları	0	1	2	3	4	5
7- Global Olarak Varsanılar	0	1	2	3	4	5

Hezeyanlar (Sanrılar)

8- Kötülük Görme Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
9- Kıskançlık Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
10-Suçluluk ve Günahkarlık Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
11-Büyüklik Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
12-Dinsel Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5
13-Somatik Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5
14-Alınma Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5
15-Kontrol Edilme Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
16-Düşünce Okuma Hezeyanları	0	1	2	3	4	5
17-Düşünce Yayınlanması	0	1	2	3	4	5
18-Düşünce Sokulması	0	1	2	3	4	5
19-Düşünce Çekilmesi	0	1	2	3	4	5
20-Global Olarak Hezeyanlar	0	1	2	3	4	5

Garip Davranışlar

21-Giyim ve Görünüm	0	1	2	3	4	5
22-Toplumsal ve Cinsel Davranış	0	1	2	3	4	5
23- Saldırganlık ve Taşkın Davranış	0	1	2	3	4	5
24- Yineleyici ya da Stereotipik Davranış	0	1	2	3	4	5
25- Global Olarak Garip Davranış	0	1	2	3	4	5

Pozitif Yapısal Düşünce Bozukluğu

26- Raydan Çıkma	0	1	2	3	4	5
27- Teğetsellik	0	1	2	3	4	5
28- Enkoherans	0	1	2	3	4	5
29- Mantıksızlık	0	1	2	3	4	5
30- Çevresel Konuşma	0	1	2	3	4	5
31- Baskılı Konuşma	0	1	2	3	4	5
32- Çelinebilir Konuşma	0	1	2	3	4	5
33-Klang Çağrışım	0	1	2	3	4	5
34- Global Olarak Yapısal Düşünce Bozukluğu	0	1	2	3	4	5

Ek-4: Negatif Belirtileri Değerlendirme Ölçeği

(0=Yok, 1=Şüpheli, 2=Hafif, 3=Orta,4=Belirgin,5=Şiddetli)

Duygulanımda Düzleşme ya da Küntleşme

1-Değişmeyen Yüz ifadesi	0	1	2	3	4	5
2- Kendiliğinden Hareketlerde Azalma	0	1	2	3	4	5
3- Jestlerde Azalma	0	1	2	3	4	5
4- Zayıf göz ilişkisi	0	1	2	3	4	5
5- Duygusal Tepkisizlik	0	1	2	3	4	5
6- Sesle Vurgulamada Yetersizlik	0	1	2	3	4	5
7- Duygulanımda Düzleşmenin Global Değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Aloji

8-Konuşmanın Yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
9-Konuşma İçeriğinin Yoksulluğu	0	1	2	3	4	5
10-Bloklar	0	1	2	3	4	5
11-Yanıttan Önce Bekleme Süresinin Uzaması	0	1	2	3	4	5
12-Alogianın Global Değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5

Enerji ve isteğin azalması

13- Kendine Bakım ve Temizlik	0	1	2	3	4	5
14- İş ya da Okulda Sebatsızlık	0	1	2	3	4	5
15- Fiziksel Enerjisinin Azalması	0	1	2	3	4	5
16- Enerji ve İsteğin Azalmasının Global Değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

Zevk almama ve toplumsal çekilme

17-Eğlenceye Yönelik İlgi ve Etkinlikler	0	1	2	3	4	5
18-Cinsel Etkinlik	0	1	2	3	4	5
19-Yakınlık Duygusu ve Yakınlıkta Yetersizlik	0	1	2	3	4	5
20-Arkadaş ve Akranlar ile İlişkiler	0	1	2	3	4	5
21-Zevk Almama ve Toplumsal Çekilmenin Global Değerlendirilmesi	0	1	2	3	4	5

Dikkat

Sosyal Dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
Mental Durum Değerlendirmesi Sırasında Dikkatsizlik	0	1	2	3	4	5
Dikkatin Global Olarak Değerlendirmesi	0	1	2	3	4	5



Ek-5: Bilgilendirilmiş Olur Formu

Sayın

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı: “Şizofreni Hastalarının Öfke İfade Tarzları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” dir.

Bu araştırmanın amacı, “Şizofreni Hastalarının Öfke İfade Tarzları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” dir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada size yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, evlilik süresi, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, aile yapısı, birlikte yaşadığı kişiler, tanı konulmuş fiziksel hastalık durumu, hastalık başlangıç yaşı, hastalık süresi, remisyonda kaldığı süre, şu an ki hastaneye yatış nedeni, son bir yıldaki hastaneye yatış sayısı, en son hastanede yatış süresi, şiddet öyküsü durumu, kişilik özelliği, kullandığı ilaçlar ve ilaç uyumu gibi sorular bulunmaktadır. “*Kişisel Bilgi Formu*” ‘nun ardından,34 sorudan oluşan “*Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği*”, 35 sorudan oluşan “*Pozitif Semptomlar Değerlendirme Ölçeği*”, 24 sorudan oluşan “*Negatif Semptomlar Değerlendirme Ölçeği*” uygulanacaktır. Soru formları araştırmacı tarafından size dağıtılacak ve formların kendi ortamınızda bireysel olarak doldurmanız sağlanacaktır. Sizin formu doldurduğunuz süre içinde araştırmacı klinikte bulunacak ve doldurulan formları tekrar toplayacaktır. Soru formlarının yaklaşık 15-20 dakika içinde doldurulması beklenmektedir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bu çalışmada vereceğiniz yanıtlarla şizofreni hastalarının öfke ifade tarzları ve etkileyen faktörleri belirleyerek bilimsel veriler elde edilmesine katkı sağlayacaktır. Araştırmaya 3 Temmuz 2019-3 Ocak 2020 tarihleri arasında Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yatan şizofreni tanısı almış, en az altı aylık şizofreni tanısı olan, hastaların akut belirtilerinin azalmaya başladığı dönem olan yatışın yedinci gününden sonra araştırmaya katılmayı kabul eden hastalar alınmaktadır.

Elde edilen veriler kesinlikle gizli tutulacak ve araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacaktır. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen soru formlarını eksiksiz doldurmanız, araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermeniz ve formları araştırmacıya teslim etmenizdir.

Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar ise öfke ifade tarzları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi ve bu kapsamda gereksinimlerinizin ortaya çıkarılmasıdır. Ayrıca bu araştırmaya katılımınız daha sonra yapılacak olan bilimsel araştırmalara bir zemin oluşturacaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun ya da diğer rahatsızlıklarınız için **05536213579** numaralı telefondan araştırmacı yüksek lisans öğrencisi hemşire **Ertan TÜRE’** ye başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu

durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlanırsa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyorum ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığını

Adı-Soyadı

Görevi

Adresi

Tel- Faks

Tarih ve İmza

**Ek-6: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı Kurul Kararı**

	CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU
---	---

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarının Öfke İfade Tarzları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019-04/28	Tarih: 17.04.2019		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Muhittin Sönmez

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Prof. Dr. Muhittin Sönmez	Anatomi	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Muhittin Sönmez</i>
Prof. Dr. Yalçın Karagöz	Biyoistatistik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Yalçın Karagöz</i>
Doç. Dr. Hatice Özer	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Hatice Özer</i>
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Ercan Özdemir</i>
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	<i>Gülay Yıldırım</i>
Doç. Dr. Binnur Bağcı	Beslenme ve Diyetetik	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Binnur Bağcı</i>
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ataş	Farmasötik Mikrobiyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Mehmet Ataş</i>
Dr. Öğr. Üyesi Engin Altınkaya	İç hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Engin Altınkaya</i>
Dr. Öğr. Üyesi Melih Ülgey	Protetik Diş Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>Melih Ülgey</i>

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK
ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Şizofreni Hastalarının Öfke İfade Tarzları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 219 10 10 / Dahili: 2092
	FAKS	-
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Meral Kelleci			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Muhittin Sönmez
İmza:

Ek-7: Araştırma İzin Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 03/07/2019-25564



T.C.
SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

Sayı : 93596471-010.99-E.25564
Konu : .

03/07/2019

Sayın; Ertan TÜRE

İlgi : 27.06.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi tarihli dilekçenizde belirtilen "*Şizofreni hastalarının öfke ifade tarzları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi*" başlıklı çalışmanın anketlerini, belirtilen tarihler arasında Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanemiz Psikiyatri Anabilim Dalında yapılması isteğiniz değerlendirilmiş olup, anket yapılacak kişilerinde onayının alınması şartıyla uygun görülmüştür. Bilgilerinize rica ederim

e-İmzalıdır
Prof.Dr. Ömer Tamer DOĞAN
Başhekim

Evrakı Doğrulamak İçin : http://cbkapp1.cumhuriyet.edu.tr/epVision/validate_doc.aspx?V=BEAC4ABT8

Adres : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Kampüsü 58140 Sivas
Telefon : 0 346 2581326 Belgegeçer : 0 346 258 0024
e-Posta : hastaneyazisleri@cumhuriyet.edu.tr Elektronik Ağ :
www.cumhuriyet.edu.tr

Bilgi için : Elif KILIÇ
Unvanı :

ÖZ GEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : ERTAN TÜRE
Doğum Yeri ve Tarihi : Samsun/Bafra- 1991
Medeni Hali : Evli
Yabancı Dil : İngilizce
İletişim Adresi : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri
Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Servisi
E-posta Adresi : ertantr55@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise (2005-2009) : Yakakent Anadolu Lisesi
Lisans (2010-2014) : Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik
Bölümü
Yüksek Lisans (2016- 2020) : Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı

İş Tecrübesi

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Psikiyatri Kliniği Servis Hemşiresi, 2014 ---