

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE
TARZLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sümeyra YAŞAR

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

İZMİR
MART 2019

T.C
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
HASTALARIN SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE
TARZLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sümeyra YAŞAR

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

İZMİR
MART 2019

TEZ ONAY SAYFASI



T.C.
Sağlık Bakanlığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı/
Kliniği



TEZ SINAV TUTANAĞI

I-UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN

Adı Soyadı : Sümeyra YAŞAR	Tarih 01/03/2019
Anabilim / Bilim Dalı : Aile Hekimliği	
Tez Danışmanı : Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN	

II-TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Tezin Başlığı: "Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının Değerlendirilmesi"
Tezin Niteliği: <input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
1- Sayfa Sayısı : 64
2- Tablo Sayısı : 22
3- Şekil Sayısı : -
4- İstatistik Sayısı : 6
5- Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu : 63 - yeterli
6- Yazı Tertibi : Uygun
7- Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet : Başarılı
8- İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu : Olumlu
9- Orijinal Olup Olmadığı : Orijinal

III-KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak
 Kabulüne
 Reddine
 Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine
Oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV-AÇIKLAMALAR

Lütfen tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Jüri Başkanı	Jüri Üyesi	Jüri Üyesi
Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL	Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN	Başasistan Özge TUNCER
İzmir Katip Çelebi Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. Başkanı / Öğrt. Üyesi	İzmir Katip Çelebi Üniv. Atatürk Eğitim ve Araştırma Hast. Aile Hekimliği Kliniği Başasistanı	Sağlık Bilimleri Üniv. Bozyaka E.A.H. Aile Hekimliği Kliniği Başasistanı

ONAY
07/03/2019

Prof. Dr. Gökhan KOCYER
Tıp Fakültesi Dekanı



TEŞEKKÜR

Aile Hekimi Uzmanı olarak yetiŐmemde emeği geçen bütün hocalarıma,

Tezimin hazırlanması ve yürütülmesinde her türlü desteği ile bana yol gösterip yanımda olan tez danışmanım Doç. Dr. Berna Erdoğan Mergen' e

TeŐekkürü borç bilirim.

Dr. Sümeyra YAŞAR

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ ONAY SAYFASI.....	I
TEŞEKKÜR	II
İÇİNDEKİLER.....	III
KISALTMALAR DİZİNİ.....	V
TABLolar DİZİNİ.....	VI
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Öfke Tanımı.....	3
2.2. Öfke Türleri.....	4
2.2.1. Durumsal Öfke.....	4
2.2.2. Sürekli Öfke.....	5
2.3. Öfke ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar.....	6
2.3.1. Psikanalitik Kuram.....	6
2.3.2. Bilişsel Yaklaşımlar.....	8
2.3.3. Sosyal Öğrenme Kuramı.....	9
2.3.4. Biyolojik Temellere dayanan Kuramlar.....	9
2.4. Öfke Nedenleri.....	10
2.5. Öfke Belirtileri.....	14
2.6. Öfke İfade Tarzları	16
2.7. Öfke ve Cinsiyet.....	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Çalışmanın Tasarımı.....	21
3.2. Çalışmanın Örneklemi.....	21
3.3. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri.....	21
3.4. Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri.....	22
3.5. Veri Toplama Araçları.....	22

3.5.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	22
3.5.2. Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ).....	22
3.6. İstatiksel Yöntem.....	23
4. BULGULAR.....	24
5. TARTIŞMA.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
7. TÜRKÇE ÖZET.....	44
8. İNGİLİZCE ÖZET.....	46
9. KAYNAKLAR.....	48
10. EKLER.....	55
Ek 1: Sosyodemografik Veri Formu.....	55
Ek 2: Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği.....	56
Ek 3: Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği Kullanım İzni.....	59
Ek 4: Tez Araştırma İzni.....	60
Ek 5: Etik Kurul Kararı.....	61

KISALTMALAR DİZİNİ

CREDİT: Cronic Renal Disease In Turkey: Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması

DM: Diabetes Mellitus

HT: Hipertansiyon

KAH: Koroner Arter Hastalığı

KOAH: Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı

PURE: Prospective Urban Rural Epidemiological Study: İleriye Dönük Kent- Kırsal Epidemiyolojik Çalışması

SÖÖTÖ: Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği

TURDEP: Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1: Olguların cinsiyetlerine göre yaş ortalama dağılımı

Tablo 2: Olguların demografik özellikleri

Tablo 3: Olguların Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği(SÖÖTÖ) alt boyut puanları ortalamalarının dağılımı ve C. Alfa katsayıları

Tablo 4: Olguların yaş gruplarına göre Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 5: Olguların cinsiyetlerine göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 6: Olguların medeni durumlarına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 7: Olguların öğrenim durumlarına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 8: Olguların çalışma durumlarına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 9: Olguların mesleklerine göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 10: Olguların gelir düzeylerine göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 11: Olgularda kronik hastalık varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 12: Olgularda Diabetes Mellitus varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 13: Olgularda Hipertansiyon varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 14: Olgularda Tiroid Hastalığı varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 15: Olgularda Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı- Astım varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 16: Olgularda Migren varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 17: Olgularda Kalp Hastalığı varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 18: Olgularda Romatizmal Hastalık varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 19: Olgularda Psikiyatrik Hastalık varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 20: Olgularda diğer hastalıkların varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 21: Olguların düzenli ilaç kullanımına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

Tablo 22: Olguların poliklinik başvuru nedenlerine göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

1. GİRİŞ

Öfke, isteklerin doyurulmaması, sonuçların istenmemesi ve beklentilerin karşılanmamasına verilen, son derece doğal, insani ve evrensel bir duygusal tepkidir. Diğer duygular gibi öfke sağlıklı olarak ifade edilirse kişiler arası iletişimi düzeltici ve yapıcı bir duygudur. Diğer taraftan, belki de en zarar verici olabilen duygumuzdur. Öfkenin kontrol edilememesi hem birey hem de toplumu önemli ölçüde etkiler. Bugün çocuk taciz ve istismarlarında, ev içi şiddet olgularında, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında, sokak kavgalarında, trafikte ve terör olaylarında sağlıklı olarak ifade edilemeyen öfke duygusunun etkisi görülmektedir(1).

İnsanlar genel olarak öfke ile ilgili sıkıntıları olsa da bunu kabullenip bu durumla ilgili yardım istemektense öfkelerini bastırmaya, inkâr etmeye ve yokmuş gibi davranmaya çalışırlar. Birçok çalışmada öfkenin sağlıklı biçimde ifade edilememesi ve bastırılmaya çalışılmasının baş ağrısına, mide hastalıklarına, kronik kalp damar hastalıklarına, yüksek tansiyona yol açarak bireyin fiziksel sağlığı için ciddi sorunlar yarattığı belirtilmektedir. Öfkenin sağlıklı olarak ifade edilebilmesi için bastırılmaması ve inkâr edilmemesi gerekmektedir. Aynı zamanda her tür öfkenin bireyi uyarıcı, koruyucu veya harekete geçirici bir görevi de vardır. Öfke insan vücudunu bir problem olduğunda uyarır, kendisine zarar verici veya saldırgan davranma eğiliminden de kişiyi haberdar eder(2).

Deffenbacher ve Stark (1992), öfke duygusunun içsel bir duygu olduğunu, planlanarak ortaya çıkmadığını; öfkeyi göstermenin zor olmadığını ve herkesin öfkelenildiğini belirtmişlerdir. Ayrıca öfkelenilmesine neden olan duygunun kişiyi daha kuvvetli ve psikolojik olarak uyarılmış halde tutmasına rağmen, aynı zamanda da daha incinebilir yaptığını vurgulamışlardır. Öfkelenildiğinde oluşan tepkilerin hayat boyunca öğrenilmiş davranışlar olduğunu, bu nedenle de yanlış ve kişiye zarar verecek şekilde öğrenilen davranışların daha sağlıklı olanlarıyla değiştirmenin mümkün olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte, öfkenin haksızlık, engellenme, hayal kırıklığı gibi durumlarda aniden ortaya çıkabildiğini, bastırılmasının veya o an aniden dışa vurulmasının sağlıklı olmadığını ifade etmişlerdir. Bu yüzden de öfkeye neden olan durumların bilinmesinin ve öfkeyi tanımanın çok önemli olduğunu belirtmişlerdir(3,4).

Öfke, ilişkilerin sorunlu olarak yaşanmasına, çalışma hayatında üretkenliğin ve işlevselliğin bozulmasına, fiziksel ve psikolojik sağlıkta ciddi sorunlara, evliliklerde boşanmaya neden olabilmektedir(5). Günlük hayatta sık olarak yaşadığımız bu duygu en az iki kişinin mutsuzluğuna sebep olur. Öfke, hem yöneldiği kişiyi hem de kaynağı olan kişiyi olumsuz bir durum içine sokmaktadır. Karşılaşılan öfkeyi kontrol ederek baş etmek, öfkeyi yaşayan ve öfkenin yöneldiği insan için çözülmesi gereken önemli bir problemdir. Duygusal, bilişsel, fizyolojik boyutlarda yaşanan öfke istenmeyen etkileri nedeniyle hayatın içinde ciddi sorunlara neden olmaktadır(2).

Öfkeyi sağlıklı olarak yaşayıp yönetebilmek için kabul etmek, sebeplerini ve biçimini anlamak ve saldırgan biçimlerde ifadesini önlemek gerekir(2).

Tezin amacı, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği' ne başvuran hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının değerlendirilerek, sosyodemografik özellikleri ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Öfke Tanımı

Duygu; olaylar, içinde bulunulan durumlar ve insanın yaşantıları sonucu ortaya çıkan hisler, bu hislerle ilişkili düşünceler, psikolojik ve biyolojik haller ve hareketlerdir. Günlük yaşamda sıklıkla yaşanan mutluluk, korku, üzüntü, endişe, heyecan, sevinç gibi duygulardan biri de öfkedir(6).Öfke, günlük hayatımızda önemli bir yere sahip olan evrensel bir duygudur.

Türk Dil Kurumu sözlük tanımında öfke; engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hışım, hiddet, gazap olarak geçer(www.tdk.gov.tr. Erişim tarihi: 10.02.2019).

Sözlük anlamı dışında araştırmacılar öfkeyi farklı yönleriyle ele alarak tanımlamaya çalışmışlardır.

Biagio tarafından (1989) öfke, tehdit durumu, gerçek veya varsanılan bir engellenme veya haksızlık karşısında oluşan ve kişiyi rahatsız eden bu durumları ortadan kaldırmaya yönelten, güçlü bir duygu olarak tanımlanırken(7); Törestad (1990) öfkenin plansız olarak ortaya çıktığını, genellikle engellenme, eleştirilme, küçümsenme, haksızlığa uğrama gibi durumlarda oluştuğunu belirtmiştir(8,9). Spielberger ve arkadaşları (1991) ise öfkeyi, “sinirlilik” veya “kızgınlık” halinden, “hiddet” durumuna kadar değişebilen bir duygusal durum olarak tanımlamakta(10,11); Sukhodolsky ve Kassinove(1995) de belirli algısal ve bilişsel çarpıtmalar, yetersizlikler ile ilgili olumsuz ve fenomenolojik, içsel bir duygu olarak tanımlamaktadır(12,13).

Adler (1997)’ e göre öfke, başka insanlara karşı güçlü olma ve sözünü dinletme çabasının bir şeklidir(15). Öfke, kişinin kendisine yönelik tehdit unsurlarına karşı kişiyi uyararak korunmasını sağlayan bir uyarıcı, yeni öğrenmeler gerçekleştirilmesine olanak sağlayan motivasyon nedeni, hayatın devamlılığı için olması gereken normal bir duygusal tepkidir(2). Öfke her kişinin farklı yoğunluklarda yaşadığı, engellendiği, kendisine yönelik bir tehdit olarak algıladığı ya da haksızlığa uğradığını düşündüğünde ortaya çıkan, uygun biçimde ve uygun

zamanda ifade edilemediğinde kişinin yaşamında sorunlar yaratabilen bir duygudur(16,17).

Öfke problem çözmek için bir araç olarak düşünülmemeli, bir öç alma yolu olarak görülmemelidir. Suç olan bir olayı gerçekleştirmek ve şiddet uygulamak için bir sebep olarak kabul edilemez(2). Öfke bazı durumlarda kısa süreli, hafif ya da orta şiddette olabilir. Ayrıca bazen yararlı bir uyarılma durumu sağlayabilir. Kimi zaman da çok fazla tahrip edici ve zararlı sonuçlara neden olabilir(18). Öfke saldırgan davranışlar şeklinde ifade edilebilir ve şiddet içeren olaylara neden olabilir(2). Bu şekilde saldırganlık ve şiddet içeren iletiler, öfkenin mimiklerine yansımış halinden karşıdaki kişiyi öldürme derecesine kadar varabilen sözlü veya sözlü olmayan davranışlara kadar varan olaylara neden olmaktadır. Kişinin öfkeliyken hangi tarzda hareket edeceği ile ilgili etkenler şunlardır;

- Öfke öncesi içinde bulunulan durum
- Bireyin o an içinde bulunduğu konumu ve genel olarak durumu
- Benzer olaylar karşısında önceden yaşanmışlıklar
- Öfke duygusunun yoğunluğu
- Kültürel kurallar(19).

2.2. Öfke Türleri

Öfkeyi Spielberger(1985) hafif huzursuzluktan şiddete kadar değişen duygusal durum olarak ifade etmektedir. Öfke duygusunu “**süreklilik**” ve “**durumsallık**” olarak ayırmıştır(20).

2.2.1. Durumsal Öfke

Anlık, yapıcı tarzda öfke olarak da adlandırılan durumsal öfke, aniden ortaya çıkan öfke türüdür. Durumsal öfke nedensiz yere oluşmayan, araştırıldığında altında haklı gerekçelerin olduğu bir öfke türüdür. Kişi beynine otomatik olarak sakinleşme sinyallerini gönderip kendini telkin eder ve yapıcı olarak kendi kendini sakinleşmeye

çalışır. Böylelikle yavaş yavaş rahatlamaya, gerginliğin gitmesine neden olur. Durumsal öfkede birey öfkesini kabullenirse öfkesini kontrol altına alması kolaylaşır. Buna karşılık öfkesine yenilip fevri davranışlar sergilerse, öfkesi geçtikten sonra etrafına karşı bir utanma hissi oluşur(19). Ani olarak gelişen bu tarz öfkenin altında genelde bir haklı olma düşüncesi vardır. Bahsedildiği gibi sinir sisteminin devreye girmesiyle sakinleştirici sinyaller etki kazanır. Öfkeyi yapıcı olarak kullanmak istendiğinde zihnen ve bedenen bir güç sağlar, kişide huzura neden olur(21).

2.2.2. Sürekli Öfke

Sürekli öfke durumsal öfkenin hangi sıklıkla, ne derecede yaşandığıyla ilgilidir. Temelinde korku olan bir öfke türü olduğu söylenebilir(22,23). Sürekli öfkeli olan bir kişi öfkeli olduğunu kabul etmez. Kişiye öfkeli olduğunu anlatmak ise pek mümkün olmaz. Öfkesini kabul etmediği gibi öfkenin şiddetini de artırır. Böyle olan biri incinmekten çok incitmeyi seçer. Öfke kontrolü olmadığı için karşısındaki kişiyi kırmaya eğilimlidir. Bu tip öfke ruh sağlığı ile ilgili bir durum olduğu için, kişi ruh sağlığı uzmanlarına başvurmalıdır(24).

Kişisel özelliklerden dolayı öfkeye verilen tepkiler farklılık göstermektedir. Spielberg ve ark.(1983) Sürekli Öfke Ölçeği çalışması yaparken sürekli öfkesi yüksek olan insanların olayları ve hayatı rahatsızlık verici, sıkıcı ve hayal kırıklığına neden olacak şekilde algılamaya eğilimli, duygusal etkilenmeye hazır ve daha fazla öfke tepkisi vermeye yatkın olduklarını ifade etmişlerdir. Kişilerin bu özellikleri öfkelerini sağlıklı olarak ifade etmek yerine öfkenin bastırılmasına veya saldırgan davranışlarla dışa vurulmasına sebep olmaktadır(20).

Sürekli öfkenin kişinin 'öfkelenmeye eğilimli olma durumu' nu ifade ettiğini belirten Baltaş ve Baltaş (2002), öfkenin çok çabuk ve kolayca ortaya çıktığını çünkü sürekli öfke düzeyi yüksek olanların öfkelenmeye hazır durumda olduğunu ve bu öfkeyi kontrol etmelerinin zor olduğunu ifade etmektedir. Öfkenin yıkıcı biçimde ifade edilmesinden dolayı nefret, saldırganlık, düşmanlık, kin, pişmanlık, üzüntü ve korku gibi duygular daha yoğun yaşanmaktadır. Tarhan (2008) sürekli öfkenin hastalıklara yatkınlığa, hastalıkların kronikleşmesine sebep olduğunu ve beden ve ruh sağlığını olumsuz olarak etkileyeceğini vurgulamıştır(21,24). Sık ya da sürekli

yaşanan öfke durumu kişide ülser, gastrit, migren, baş ağrıları, sindirim bozuklukları, ishal, diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar gibi pek çok hastalığa neden olduğu bilinmektedir(25).

2.3. Öfke ile İlgili Kuramsal Yaklaşımlar

Araştırmacılar farklı bakış açılarıyla öfke duygusunun ne olduğu, nasıl oluştuğunu açıklamaya çalışmışlardır. Bu duygunun üzerinde önemle durmalarının nedeni kişinin düşünce ve davranışlarını etkileyerek değiştirmesidir.

2.3.1. Psikanalitik kuram

Psikanalitik kurama göre, insan davranışları yaşam ve ölüm olmak üzere iki temel içgüdü tarafından yönlendirilir. Freud ölüm içgüdüsünün türevinin saldırganlık, yaşam içgüdüsünün türevinin cinsellik olduğunu savunmuştur(26). Miller(1993) yaşam içgüdüsünün bireyin hayatta kalmasına neden olduğunu; ölüm içgüdüsünün de organizmayı tahrip ederek, ona zarar verdiğini ve yıkıcı amaçlarının çevreye yöneltilmesi sonucu saldırgan davranışların ortaya çıktığını ifade etmiştir(20).

Psikanalitik kurama göre “Oral Dönem” olarak adlandırılan yaşamın ilk döneminde bebek ısırma, emme ve ağızına alma davranışlarıyla nesnelere ve dünyayı tanımaya çalışır. Bağımlı ve edilgen olan davranışlar, dişlerin çıkması ile ısırma, kemirme gibi etkin ve saldırgan davranışlara çevrilir. Böylece kişide var olan yıkıcı eğilimler ve ağızla ilgili sadistik kişilik yapısının ilk belirtileri ortaya çıkmaya başlar. Saldırgan davranışların temelini bu döneme takılıp kalma veya gerileme oluşturmaktadır. Başkalarını kötüleyen, küçümseyen, iğneleyen, alay eden, suçlayan, kızan, bağırان, çok konuşan, çabuk öfkelenen kişilerin oral döneme saplandıkları veya gelişmemiş oral dönem yaşadıkları savunulur(20).

Bir sonraki dönem “Anal Dönem” dir. Öfkenin temelleri bu dönemde atılır. Çocuk anüs kasları üzerinde denetim sahibi olmaya; oral dönemdeki edilgenlikten etkenliğe doğru geçmeye başlar. Annenin tutumu ve dışkılamaya karşı kendi duyguları, tuvalet eğitimi verilen bu dönemde çocuğun ileride sahip olacağı bazı

karakter özelliklerini ve değerlerini etkiler. Tuvalet eğitimi sırasında annenin katı ve cezalandırıcı tutumda olması çocuğun dışkıyı bir silahmış gibi saldırgan duygularla püskürtme eğilimi geliştirmesine yani “anal sadizm” denilen saldırgan davranışlar geliştirmesine sebep olmaktadır. Böylelikle çocukta tutucu bir karakter ile olumsuz duyguları baskı altında tutan “anal tutucu” veya başkaldıran, öfke nöbetleri ve eziyet etme eğilimleri olan “anal tepki” kişilik yapısı oluşur. Anal döneme gerileme veya saplanma aşırı öfke ve saldırganlık davranışları ile karakterize olan anal sadistik kişilik yapısının oluşmasına neden olur(20).

Psikanalitik yaklaşıma göre 3-5 yaşa denk gelen fallik dönem cinsel kimlik olduğu dönemdir. Çocuğun bir taraftan kendini keşfetmesi, diğer taraftan süper egonun gelişmeye başlaması ile yaşanan engellenme, karmaşa yaşamasına neden olur. Oedipus Karmaşası’ nın da bu dönemde yaşanır. Çocuğun üst benliğinden korkması anne-babanın ve çevrenin tepkilerinden dolayıdır. Süper egonun baskıları nedeniyle suçluluk ve pişmanlık hisseder. Kişi benliğine yöneltilen aşırı baskı, korku ve suçlamaya karşı şiddet ve saldırganlık içeren davranışlar sergiler. Fallik döneme saplanan kişiler genelde hiçbir kural, yasa, engel tanımayan bir birey haline gelirler(20).

Psikanalitik kuramda öfke duygusunun işlevi bu kuramın önemli kavramlarından biri olan boşalım (katarsis) kavramı ile açıklanır. Herhangi bir gereksinim hissedildiğinde bir gerilim oluşur ve bu gerilimin ortadan kaldırılması için organizma gerginlik öncesi duruma dönmeye çalışır. Organizma bu gereksinimden dolayı biriken enerjiyi boşaltarak(katarsis) önceki durumuna döner. Bu kuramda öfkenin ifade edilmesi kişide biriken enerjinin yarattığı gerilimin azalmasına ve rahatlmasına neden olduğundan; öfke, biriken bu enerjinin boşaltılması için bir araç olarak kullanılır(26).

Psikanalitik yaklaşıma göre, öfkenin ifade edilmeyip bastırılması, enerjinin içte tutulması, içsel baskıyı yükseltirken, kontrolde tutmak için yoğun bir enerji gerekir. Öfkenin sürekli olarak bastırılması, birey için tehlikeli ve sağlıksız bir duruma, psikolojik ve fizyolojik sağlığın bozulmasına neden olur. Psikanalitik yaklaşımda öfke, önemli ve ifade edilmesi gereken bir duygudur. Lorenz(1966) bireylerde var olan saldırganlık, sürekli akan bir enerjinin beslediği bir içgüdüdür

şeklinde ifade etmiştir. Bu enerjinin birikmesi, belirli bir seviyeye ulaştığında herhangi bir dış uyaran olmadan bir patlama şeklinde ortaya çıkma ihtimalini de oluşturur(26).

Horney ise insan davranışlarının belirleyicisinin içgüdüler olduğu yönündeki Freudcu görüşe karşı çıktığını belirtmiştir. Horney'e göre uygunsuz davranışlar aile içi ilişkilerdeki aksaklıkların nedeniyle ortaya çıkmakta ve sosyokültürel etmenler bu durumu etkilemektedir. Bu görüşüyle Horney, anne-baba-birey ve toplum-birey ilişkisini ön plana çıkararak davranışın bireyin yaşamı boyunca geliştirdiği amaçları, algıları, duyguları, değerleri, düşünceleri ve bunların karşılıklı etkileşimleri sonucunda belirlendiğini ifade etmektedir(20).

2.3.2. Bilişsel yaklaşımlar

Bilişsel yaklaşımın önemli kuramcılarında biri olan Beck(1979) öfke duygusunun oluşmasının nedeni, uyarıcı değil, bireyin bu uyarıcıyı algılama biçimi ve uyarıcıya yüklediği anlam olarak açıklamaktadır(26). Kişinin olayları algılama, yorumlama ve duygularının ortaya çıkmasında belirleyici olan düşünce yapısıdır. Kişi çevresine ait akılcı veya gerçekçi olmayan inançları, algılamaları ve yorumları kişiliğine yönelik saldırı ve engellenme olarak algıladığında yoğun öfke duymaktadır. Bu yüzden öfke duygusunun bireyin düşünce yapısından etkilendiği gerçek bir durumdur(20).

Örneğin, “Benim ırkımdan olmayanlar tehlikelidir” ve “Bana saygı göstermeyen kişiyi dövmem gerekir” şeklinde düşünceleri olan kişileri öfkelenen, durumlardan ziyade onlara yükledikleri anlam, onlarla ilgili inançları ve düşünceleridir. Örneğin, dolmuş beklerken yanımızdan durmadan geçip gittiğini fark edince görmezden geldiğini düşünüp çaresizlik duyabilir ve öfkelenebiliriz; ancak araçta boş yer olmadığını fark edince öfkemiz azalır. Burada öfkelenmemize neden olan şoförün keyfi olarak bizi görmezden gelmiş olduğuna dair yaptığımız düşüncedir(27). Bireyin olayları yorumlama biçimi onun duygusal tepkisinin nasıl olacağını belirlediğinden aynı olaya verilen farklı kişisel anlamlar, aynı olay karşısında farklı duygusal tepkilere yol açmaktadır(28). Kişinin öfke duygusunun hangi inançlardan kaynak aldığının belirlenmesi, bu inançların mantık dışı

olduklarını görmesi ve onların mantıklı olan hangi inançlar ile değiştireceği ile ilgili yol gösterilmelidir(9).

2.3.3. Sosyal öğrenme kuramı

Sosyal öğrenme kuramında; doğuştan saldırgan olunmadığı, toplumsallaşmanın sonucunda saldırganlığın ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Bu kuramda kişinin saldırganlığının daha çok çevresel olaylardan kaynaklandığı savunulmaktadır(9). İnsanların doğuştan getirdiği sadece temel refleksler olduğu, doğuştan gelen davranış biçimleri bulunmadığı, davranışların öğrenme yoluyla kazanıldığı ifade edilmiştir. Bu nedenle; taklit, özdeşleşme, rol alma ve model alma sonucu öğrenilen tepkiler öfke ve öfke ifade etme biçimlerini oluşturur(9).

Bu kuram, çocukların davranışsal tepkilerini çevresindekilerden gözlemleyerek öğrendiklerini savunmaktadır(32). Çocuklar çeşitli davranış biçimlerini sosyal etkileşimler (arkadaşlar, ebeveynler, televizyon gibi) yoluyla görmekte ve böylece kendi davranışları da yenilenmektedir. Tanık olunan davranış biçimi ödül içeriyorsa taklit etme eğiliminde olacağı, ceza içeriyorsa bu davranışları taklit etmeme eğiliminde olacağı ifade edilmektedir. Çocuklar zaman içinde davranışları nasıl kazanacaklarını ve yorumlayacaklarını öğrenir ve kendilerine özgü davranış biçimleri oluşur. Oluşan bu davranış biçimleri, sosyal etkileşimlerle pekiştirilmektedir(9). Hemen hemen tüm insanlarda saldırganlığın sadece doğuştan gelen faktörlere bağlanamayacağını, saldırganlık davranışının türü ve miktarı üzerinde öğrenmenin önemli etkisi olduğu yapılan çalışmalar sonucunda ifade edilmiştir. Sosyal öğrenme kuramına göre; kişinin davranış biçimlerinin ardında öğrenme geçmişleri yer almaktadır. Eğer birey saldırgan davranışlar sergiliyorsa, geçmiş deneyimlerine bakılması gerektiği belirtilmiştir. Kişi çeşitli durumlarda saldırgan davranışları nedeniyle istediklerini elde etmişse bu davranışı pekiştirmiş olmakta, büyük olasılıkla saldırgan davranışa devam edeceği ifade edilmektedir(33).

2.3.4. Biyolojik temellere dayanan kuramlar

Bu yaklaşıma göre saldırgan davranışların kaynağı merkezi sinir sisteminde özellikle limbik sistem ve endokrin sistemdedir. Duyularla elde edilen bilgiler dürtüsel ve duygusal tepkilerin olduğu bölge olan hipotalamus ve amigdalaya

talamus aracılığı ile geçer. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda hipotalamusun üst kısmında, limbik sistemde ve amigdalada saldırgan davranışların hem eyleme dönüşmesini hem de kontrol edilmesini sağlayan merkezlerin bulunduğu, bu bölgelerin uyarılması hayvanlarda saldırgan davranışlara neden olduğu görülmüştür. Biyolojik görüş açısından hormonlarda saldırganlık ile ilişkilendirilmiştir. Testesteron seviyesinin artmasının erkeklerde saldırganlığın artmasına neden olduğuna yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Olveus bir çalışmasında yüksek seviyede testesteron salgılayan ergenlerin, daha gergin, hassas ve sabırsız olduklarını tespit etmiştir(20).

Archer, BirringandWu (1997) yaptıkları çalışma sonucunda testosteron ile fiziksel ve sözel saldırganlık, öfke, düşmanlık arasında ilişkinin olmadığını ifade etmişlerdir.Sluyter ve Ark.(2000) orta yaştaiki ikizlerde yaptığı bir çalışmada testosteron için kalıtımın önemli (yaklaşık %60) olduğu ve öfke, düşmanlık ve saldırganlık için kalıtımın katkısının orta düzeyde(23-53%) olduğu görülmüştür. Ortak genetik faktörlerin etkisi ile testosteron ve öfke, düşmanlık, saldırganlık arasında bir ilişki bulunmamıştır. Öfke, düşmanlık, saldırganlığı etkileyen çevresel faktörler ile testosteronun altında yatan çevresel faktörler arasında negatif korelasyon tespit edilmiştir(34).

2.4. Öfke Nedenleri

Öfkenin oluşum nedenlerini açıklayan pek çok farklı yaklaşım bulunmaktadır. Psikoloji, mizaç ve hormon öfkenin gelişimini, yaşantısını ve ifadesini etkileyen faktörlerdendir(35).

Kişinin yaşadığı öfkenin çeşitli davranışsal, sözel, fizyolojik ortaya çıkış şekilleri bulunmaktadır. Öfkeyi oluşturan nedenler araştırıldığında birden fazla neden karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan başlıcaları engellenme, tehdit ve kıskırtmadır(29).

Köknel (1985) engelleme, kişinin yapmak istediklerinin, hedeflerinin ve amaçlarının önüne engel konulması demek olduğundan dolayı her yaş için aynı türden bir hareketin engelleme olmadığını belirtmiştir. Yaş ile birlikte kişilerin

yapmak istedikleri ve yapmak istemedikleri değişim gösteren bir durumdur. Örneğin küçük çocuklarda başkasının oyuncağıyla oynamasına izin verilmemesi öfke nedeni olabilirken; daha büyük çocuklarda ve yetişkinlerde, sosyal yaşantı ile ilgili engellemeler, sorumluluklar, iş hayatı; yaşlılıkta yaşın getirdiği fizyolojik ve toplumsal sınırlamalar birer öfke nedeni olabilmektedir(20).

Genellikle kişiler karşılarındaki bireylerin kendilerine öfkelenmesini istemezler. Kişi diğer bir bireyin öfkeli davranışı ile karşılaştığı durumda kendini baskı altında ve engellenmiş hissederek öfke duygusunu açığa çıkarır. Bu nedenle devamlı karşısındaki kişilerin öfkesini bastırmaya çalışır. Ancak kaybolmayan ve bastırılan bu duygular sonraki süreçte daha kötü sonuçlar ortaya çıkartabilir. Öfke duygusunun, geçici süreli de olsa ifade bulması ve boşaltılması gerekir(6).

Öfkeli bireyler çoğunlukla meydana getirdikleri olumsuz sonuçları görmedikleri için, birçoğu bu durumu kendi problemleri olarak görmemişlerdir. Bu bireyler bir kişiye ya da bir duruma öfkeleniyorlarsa bu, karşıdaki kişi ya da durumdan kaynaklanmaktadır. Bu nedenle öfkeli bireyin değil onları öfkeliendiren kişi ya da durumların değişime ihtiyacı bulunur. Kendi öfke problemlerini aşmayı, öfkeliendikleri kişilerin değişimine bağladıkları için öfke durumu da sağlıklı şekilde ifade edilmemiş olur(21).

Öfkeye neden olan etmenler Gazda' ya göre (1995) dört başlık altında toplanmaktadır:

1. Reddedilme: Öfke duygusu, kişinin başka bir insan tarafından reddedilmesi halinde yaşadığı kırgınlık, değersizlik ve hayal kırıklığı gibi duygularının sonucu olarak ortaya çıkabilir.

2. Korkular-Tehditler: Etkisinde kalınan çeşitli olaylar, uzun süreli işsizlik, saldırıya uğrama, savaş gibi durumların sebep olduğu korku, kaygı ve güvensizlik gibi duyguların sonucunda öfke duygusu oluşabilmektedir.

3. Kayıplar: Kişinin sevdiği ya da hayatında önemli bir yeri olan birinin ölmesi, fiziksel bozuklukların sebep olduğu ortaya çıkan kayıp durumları, işini kaybetmesi gibi bir olayın yaşanması kişide çoğunlukla öfke duygusunu ortaya çıkarmaktadır.

4. Engellenme: Kişinin ihtiyaçlarının giderilmesinin engellenmesi durumunda karşılaştığı yetersizlik ve çaresizlik gibi duygularının sonucunda öfke duygusu oluşabilmektedir(26).

Hastalık durumu ve hastaneye yatma halinde de kişiler öfke duygusu yaşayabilmektedir. Kişi hastalığının yanında hastalığın sonuçlarına da öfke duymaktadır. Hastalık sürecinde yaşanan kontrol kaybıyla birlikte hastalığın sonucunda oluşan değişimlerle baş edememek kişilerde psikolojik, biyolojik ve sosyal bütünlüklerine tehdit algısı oluşmaktadır ki bunun sonucunda öfke duygusu oluşmaktadır(21).

Dış kaynaklar ile birlikte kişinin olayları algılama şekli, düşünce yapısı, kişiliğinin mükemmelliyetçi yapıda olması, onaylanma ihtiyacı Özer'e göre (1994) öfke duygusunun oluşumunda etkili faktörlerden bazılarıdır(20,30,31). Goodrich ve Kaplan (1957), öfke duygusunun gerilim sonucu oluştuğunu söylemiştir. Özellikle birey beklentilerine ulaşmakta sonuç alamamışsa kendisine yönelik öfke durumu oluşacaktır. Ortony ve ark.(1988)'e göre ise bireylerin hissettikleri suçluluk, değersizlik, beklentiye uygun davranışların karşılanmaması durumlarında öfke duygusunun oluştuğunu belirtirler(19).

Cüceloğlu'na göre (1991) öfke duygusu kişinin kendisine kasıtlı olarak kötülük yapmayan kişi ve durumlara karşı bile oluşabilmektedir ve bu duygu mantıklı olmak zorunda değildir. Kişinin herhangi bir ihtiyacının karşılanması ve belirli bir amaca ulaşması engellendiğinde kişilerde saldırganlık ve öfke duyguları oluşabilmektedir(21).

Önceki dönemlerde öfke yaratan durumlar Berkowitz'e göre her zaman öfke oluşumuna sebep olmayabilir. Gerçekleşen olumsuz durumların kasıtlı olarak yapılmadığı, kaza sonucu gerçekleştiği algılanırsa (engelleme dışında) kişiler daha az öfkelenir(20). Öfke duygusunun oluşumunda etkisi olan durumları inceleyen ve gruplandırma yapan Deffenbacher'e (1999) göre öfkenin oluşumundaki uyarıcılar üç grupta toplanabilir:

1- Dış uyarıcıların etkisiyle bazı durumlarda öfke duygusu oluşabilmektedir; Ulaşmak istediği yere zamanında ulaşamama, acelesi olan bir bireyin otobüsü kaçırmaması, trafikte sıkışıp kalma, kişinin amacına ulaşmasının engellenmesi, uzun süre bekletilme, birinin sert eleştirisine maruz kalma ya da telefonunun bozulması gibi dış uyarıcılar kişilerde öfke duygusunun oluşumuna neden olabilmektedir(26).

2- Bazı dış uyarıcıların etkisi ve geçmişe ait çağrışımlar, dış uyarıcıların kişilerde oluşturduğu imgeler öfke duygusuna neden olabilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu yaşayan kişilerde bu durumun en belirgin örnekleri görülmektedir. Travmatik yaşantıya sebep olan benzer uyarıcılarla ya da o uyarıcıyı hatırlatan farklı uyarıcılarla karşılaşılması halinde, kişilerde öfke duygusunu içeren güçlü tepkilerden bazıları oluşabilmektedir. Geçmiş yaşantılarına bağlı olarak eşine olan güvenini yitiren bir kadında, eşi farklı bir kadınla konuştuğunda şiddetli biçimde kıskançlık ve öfke duygularını oluşumu(26).

3-Kişilerde, öfke duygusu iç uyarıcıların etkisiyle ortaya çıkar bununla birlikte duygu ve düşüncelerle harekete geçirilir. Örneğin bir kişi belirli bir süre evli kalıp sonrasında ayrılmış olduğu eski eşini düşündüğünde öfkelenebilir. Kişiler başkalarının kendisini eleştirmesinden/reddetmesinden veya yaptığı kötü bir işi düşünürken korktukları için savunma veya öfke şeklinde tepkiler verebilir. İki durumda da hissedilen öfke duygusu diğer duyguların tetiklemesiyle meydana gelmektedir. Kişide merak, itilme, kıskançlık, haksızlık, küçümsenme, hayal kırıklığı gibi duyguların oluşumu ve dayanılamayacak seviyeye gelmesiyle birlikte kişide öfke oluşabilmektedir(26). Altekin (2007)' e göre öfke, daha çok bir sonuçtur ve öfkelenmemizin asıl nedeni olayın veya uyarının kendisi değil, kişinin durumu nasıl algıladığı/ yorumladığı ya da aklından o an ne geçtiğidir. Düşünce ve duygularımız ile algı ve yorumlarımız karşılıklı etkileşim halindedir. Bu açıdan, öfke duygusu tek başına tehlikeli veya tehditkâr bir durum oluşturmamaktadır. Bu durumu problem haline getiren şey ise düşünce, algı ve yorumla beraber duyguyu ifade ve dışa vurma şeklimizdir(6).

2.5. Öfkenin Belirtileri

Öfke duygusunun bilişsel davranışçı yaklaşıma göre, fizyolojik, duygusal, bilişsel, davranışsal ve tepkisel boyutları bulunmaktadır(26).

Çeşitli biyolojik ve fizyolojik değişimler öfke duygusunun oluşumunda etkilidir. Birey bu değişimlerin farkında olarak öfkeli olup olmadığı sonucuna varabilir. Öncelikle uyaran öfke duygusunun oluşumuna sebep olur ve bireyde gerginlik ve stres başlar(37).

Öfke duygusunun oluşumunda gerçekleşen fizyolojik süreç şu şekildedir;

- Kalp atışında yükselme
- Terlemede artış ve titreme
- Nefes alıp vermede hızlanma
- Kan basıncında artış
- Sindirimde yavaşlama
- Ağızda kuruluk hissi
- Gözlerde kanlanma ve yüzde kızarma
- Ses seviyesinde artış(21).
- Vücudun kendisini savaş veya kaç tepkisine hazırlaması(37, 38).

Bireylerde öfkeden kaynaklanan ve bu sürecin devamı olarak gerçekleşen fizyolojik belirtiler ise şu şekildedir;

- Baş ağrısı
- Kaşların çatılması
- Kas gerginliğinde artış
- Ellerde ve ayaklarda titreme
- Sıcaklık hissi
- Dudak ısırma
- Elleri yumruk yaparak sıkma
- Vücudun farklı bölümlerinde seğirmeler

- Nefes alışverişinde problem yaşama
- Burundan nefes alıp verme

Öfkenin fizyolojik sonuçlarının yanında duygusal ve zihinsel belirtileri de bulunmaktadır. Bu duygunun oluşmasının nedeni, bireylerin yaşanan olaylara olan yorumları, olayları değerlendirme şekilleri ve olay/durumlara ilişkin düşüncelerinin ürünü olan ve zihinde oluşan sembollerdir(38). Duyguların oluşumunun temelinde bireylerin olaylara yüklediği anlamlar ve algılama şekilleri bulunmaktadır(26). Kişinin bu durumdaki düşünce şekli geçmiş hayatındaki olaylara ilişkin çağrışımlara işaret etmektedir(39). Olayla ilgili olarak bireyin zihninde oluşan düşüncelerin temelini bireyin yaşamının ilk dönemlerinden başlayan çeşitli sosyolojik tecrübeleridir. Bu tecrübeler öfke duygusunun öznel olarak fark edilmesini sağlar(40). Son olarak ise öfke duygusunun tepki ve davranışa dönüşmesi söz konusudur. Öfke duygusunun dışa yansması bu süreçte bazı emareler gösterilerek gerçekleşmektedir. Bu yansımanın temelini öfkenin duygusal ve zihinsel boyutu oluşturur ancak bunun yanında öfke duygusunun yoğunluğu ve davranış alışkanlıkları da bu süreci etkilemektedir. Bazı bireyler öfke duygularını açıkça ortaya koyarken bazıları da yatıştırma eğilimindedir(40). Kişinin içinde bulunduğu çevre ve durum kişinin göstereceği tepkiye dair izler taşımaktadır(26). Öfke başta olmak üzere kin, nefret, şiddet gibi duygular saldırganlığın duygusal boyutunu oluşturmaktadır(41). Bu süreçte öfke duygusunun sözlü şekle dönüşümü de mümkündür. Küfür etmek, karşısındakileri rahatsız edici şekilde konuşmak gibi davranışlar geniş bir yelpazede toplanabilen sözlü dışa yansımaların örnekleridir. Saldırganlık öfkenin doğrudan anlatımıdır ve bu durum sözlü olarak dışa yansımalarının ötesindedir. Öfkenin dışavurumunda saldırganlık ortak noktadır ancak bu dışavurum bazı noktalarda kültürel olarak farklılık göstermektedir. Farklı tarihsel kuşaklar boyunca yüzün aldığı ifadenin benzerlik gösterdiği bilinmektedir(34).

Çevreye verilen davranışsal tepkilere örnek olarak şunlar sıralanabilir;

- Suçlama
- Küfür etme

- Alaya alma
- Yüksek sesle konuşma
- Tokat atma
- Şüpheli yaklaşımda olma
- Tekme atma
- Tehdit etme
- Aşırı eleştirel yaklaşma
- Dedikodu yapma
- Sözlü veya fiziki taciz(2).

2.6. Öfke İfade Tarzları

Öfke farklı şekillerde ifade edilebilmektedir. “Öfke ifade biçimi” olarak tanımlanan ifade öfkenin farklı şekillerde yaşanması olarak literatürde yer almaktadır. Öfke duygusunun ifade edilme şekli, öfkenin dışa yansıtılması, bastırılarak içte tutulması ve kontrol edilmesi olarak 3 alt boyutta açıklanmıştır(30).

Bireyin daha saldırgan ya da eleştiriye daha açık hale gelmesi öfkenin ifade edilişindeki farklılıklardan kaynaklanabilmektedir. Hissedilen öfke duygusunu azaltmak için kişiler farklı yollara başvurmaktadır. Bu yollara örnek olarak; öfkenin içe atılarak bastırılması, sağlıklı şekilde ifade edilmesi ve öfkenin başkalarına yönlendirilerek dışsallaştırılmaya çalışılmasıdır(42). Öfkelendikleri zaman bu duyguyu bazı kişiler bastırırken, bazıları ise imalı sözlerle duygularını yansıtmaktadır(43). Bazı kişiler diğer insanları küçümseyerek ve iğneleyerek, bazı kişiler de kendilerini engelleyen durumlardan kaynaklanan kızgınlığı oluşturacağı olumsuzlukları bile düşünmeden anlık patlamalarla dışa vurabilirler. Bunun aksine bazı kişiler ise hiçbir tepki vermezler. Bununla birlikte bazı kişiler öfke tepkilerini insanları karşısına alma veya karşı çıkma şeklinde gösterirler(16).

Kişinin öfkesini içinde tutması öfkeye sebep olan durumlara karşı kullandığı bir uyum mekanizmasıdır ki bazı insanlar da öfkelerini bastırma yoluyla içlerine atarlar(44). İçsel öfke yaşayan kişiler öfkeli oldukları düşüncesini benimsemez ve kabul etmezler. Surat asma, küsme ve somurtma gibi edilgen tepkiler genellikle içsel öfke yaşayan kişilerde görülür(45). Ancak bu tür durumlar kişinin kendisine daha çok zarar vermektedir.

Kişinin öfkesini dillendiremeyip yansıtamıyor olması kişinin öfke duygusunu yok etmemekle birlikte aksine daha çok zarar görmesine neden olabilmektedir. Yüksek tansiyon, mide ülseri, kalp rahatsızlıkları, yüksek kan basıncı gibi sağlık sorunları bastırılan öfke duygusunun sonuçlarındandır(17,45). Bireylerde bastırılan öfke anksiyete ve depresyon duygularıyla yer değiştirebilmektedir(46). Bastırılan öfke duygusu Özmen'e göre bireylerde sigara içme davranışının yoğunluğu önemli miktarda arttırmaktadır. Ayrıca bastırılan öfke, kişinin çaresizlik hissetmesine ve bunun sonucunda kişide depresif duyguların oluşmasına sebep olabilmektedir(45). Bastırılan öfke duygusu ergenlerin intihar etmelerindeki en önemli faktörlerden bir tanesidir. Bunlarla birlikte başka kişilerle işbirliği yapmak istememe, çekimser davranma, depresyon, sessiz kalma, unutkanlık, kazaya meyilli olma, fazla alttan alma, ağlama, şiddete yönelik düşüncelere sahip olma, sürekli mutsuz ve gergin olmak ve kırılmak öfkenin dolaylı olarak ifade edilmektedir biçimlerindedir(2).

Baş ağrısı ve hareketlilik gibi duyumsal ve motor oluşumlar da öfkenin bastırılması sonucunda oluşabilmektedir. Göğüs, sırt ve omurilik ağrıları gibi kronik ağrı yaşayan kişilerde öfke duygusunun sık ve yoğun yaşandığı ancak dışa vurulamadığı görülmüştür(17). Fibromiyalji sendromu görülen hastalarda yapılan çalışmalarda, bu kişilerin yaşadıkları ağrının doku hasarıyla orantılı olarak değil de depresyon ve kaygı gibi içinde buldukları ruhsal durumlarla orantılı olduğu görülmüştür. Buna bağlı olarak bu kişilerde içe yönelik yaşanan öfke puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir(47). Öfkenin bir diğer etkisini de yeme bozuklukları olarak görmekteyiz. Şahin ve Balkaya(2003), bulumik ve anoreksik tutumların ergenlerin ebeveynlerine karşı olan öfke duygularının ifade şekli olduğunu ve kadınlarda ise gücü kontrol etme isteğinin aşırı yeme davranışına sebep olduğunu belirtmiştir(7).

Öfkesini bastırmak yerine sürekli imalı ve iğneleyici konuşarak öfkesini dışa vuran ve bunun sonucunda karşısındaki kişilerin zarar görmesine sebep olan bireyler de bulunmaktadır(14). Bu kişiler hissettikleri öfke duygusunu dışarıya saldırgan şekilde yansıttıklarında karşılarındaki kişilerle sorun yaşamaya başlarlar. Öfkelerini bastırmak yerine dışa vuran kişiler genellikle fazla bireysel kontrol ve engel konusunda tahammülsüz ve duyarlıdır(48).

Tokat atma, vurma, tekme atma, yüksek sesle konuşma, kusur arama, fazla eleştirel olma, küfür veya tehdit etme, alay etme, incitme, sözlü ve fiziksel taciz, saldırganlaşma, alay etme, suçlama, dedikodu yapma, şüphencilik ve önyargılı olma şeklinde öfkenin doğrudan görülebilen belirtileri bulunmaktadır(2). Cautin ve arkadaşları (2001) dışa yönelik öfkesi yüksek olan ergenlerin, öfkesi düşük olan ergenlere göre alkolle ilgili sorunları daha çok yaşadıklarını ifade etmişlerdir(48). Ayrıca araştırmalarda ortaya çıkan diğer bir bulgu kanser hastalarının öfkelerini daha çok dışarıya yansıttıklarına yöneliktir(17). Akdoğan(2007) öfkenin kontrolü sağlanamayan ve yıkıcı tepkilere neden olan saldırgan ve tahrip edici davranışlara dönüşme potansiyeli olduğunu, bastırılması veya inkâr edilmesinin de sağlıklı olmadığını belirtmiştir(17). Öfkenin sağlıklı olarak yaşanması ve kontrol edilebilmesi için nedenlerinin ve biçiminin anlaşılması, kabul edilmesi ve saldırgan davranışlarla ifadesinin önlenmesi gerekmektedir. Öfkenin ifade edilmesi diğer duygular gibi normal ve doğaldır, öğrenmeyle ilgilidir, kişiden kişiye, toplumdan topluma göre farklılık gösterir. Öfke ifadesini belirleyen diğer faktörler ise ailenin davranış biçimi, yaş ve cinsiyet gibi konulardır(49).

Öfke kontrolü ise öfkenin kişiye zarar vermeden kontrolü sağlanarak ifade edilmesini tanımlar. Öfke kontrolü, öfkenin ifade edilmesini amaca ulaşmayı engellemeyecek şekilde yapar. Öfke denetimi ise bireyin ilişkilerinde öfke duygusunu ne derecede kontrol ettiği ve ne derecede sakinleşme eğiliminde olduğunu gösteren bir durumdur(44).

Öfkenin kontrol edilmesi Martin ve Watson(1997)'e göre öfke yaşantısının oluşturduğu negatif duygulanım ile daha sakin ve mantıklı şekilde, daha etkili olarak başa çıkmayı sağlayacak problem çözme ve iletişim becerilerini kullanma gibi durumları ifade eder(20).

Lerner(2004)' e göre öfke kontrolü öfkeyi doğru ifade etme becerisi kazanmaktır. Lulofs ve Cahn(2000) ise diğer iki öfke ifade tarzından (içte tutulan öfke ve dışa vurulan öfkeden) farklı olarak öfke kontrolünün sıklık olarak öfkenin azaltılması ve daha az saldırgan davranışlarla ifade edilmesini tanımladığını, öfkenin kontrol edilmesinin öfkenin ifade edilemeyeceği anlamında olmadığını belirtmiştir(21). Öfkelenildiğinde verilen tepkiler hayat boyu öğrenilmiş davranışlardan oluşur. Bu yüzden kişiye zarar verecek ve yanlış olarak öğrenilen davranışların yerini sağlıklı olanların alması sağlanmalıdır(37). Diğer bir ifadeyle öfke yönetimi tekniklerinin amacı, öfkenin ve kızgınlığın yol açtığı duygusal ve bedensel tepkileri azaltmaya çalışmaktır. Öfkeye, kızgınlığa sebep olan insanları, olayları değiştiremeyiz, yok edemeyiz. Yapılması gereken bu insanlar ya da olaylar karşısında gösterilen içsel ve dışsal tepkinin yapıcı olarak yöneltilmesi, kontrol edilmesidir. Öfkeyi ifade etmenin en sağlıklı yolu agresif olmadan bunu yapmaktır. Bunun için de istediklerimizin ne olduğunun farkına varıp, karşımızdakine bunları açık olarak ve incitmeyecek bir şekilde belirtmeliyiz(50).

2.7. Öfke ve Cinsiyet

Öfke oluşumu nedenleri temelde aynı olsa da Sharkin(1993)'e göre cinsiyet rolleri, öfkenin ifade edilebilme şekli ve toplum tarafından öğretilen değerlere göre de bu nedenler şekillenmektedir. Kadınların toplumda öfke tepkilerinin hoş karşılanmaması aksine öfkeli kadınların kötü ve alçaltıcı şekilde tanımlanması ancak erkeklerin öfke tepkilerinin güç anlamına gelmesi ve öfke duygusunun erkeğe özgü olarak kabul edilmesi öfke ifadesinde cinsiyet farkının oluşmasına neden olmuştur(20).

Vannatta (1997)' a göre erkekler kadınlara göre daha fazla öfke davranışı sergilemekte ve öfkelerini saldırgan davranışlarla göstermektedir. Kadınlar ise pasif yollarla (sigara içerek vb.) öfke davranışı sergilemektedir(19).

Erkeklerin, kadınların aksine öfke duygusu hariç diğer duyguları ifade etmekte zorlanması klinik gözlem sonuçlarıyla gösterilmiştir. Ayrıca erkekler üzüntü ve kıskançlık gibi olumsuz duygularını, öfkeye dönüştürerek ifade

edebilmektedirler(36). Bu durumun nedeni Sharkin(1993)'e göre, öfke duygusunun, erkeğe yakışan ve onu güçlendiren bir duygu olarak değerlendirilmesi ve bu duygunun sertlik, saldırganlık özellikleri nedeniyle “erkeksi” olarak algılanmasıdır. Diğer duyguların “kadınsı” olarak görülmesi nedeniyle öfke, erkek duygusu olarak ele alınmıştır ve erkekte olması gereken temel bir duygu şeklinde değerlendirilmiştir(51).

Öfkeye sebep olan kaynaklar cinsiyete göre değişiklik gösterebilmektedir. Örneğin kadınlarda kıskançlık ve çekememezlik gibi durumlar öfke nedeniyle, erkeklerde başka bir erkek tarafından hırpalanma, saldırıya uğrama ve küçük düşürülme öfke nedenlerini oluşturmaktadır(6).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Tasarımı

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki çalışmamızın evrenini İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalar oluşturmaktadır. Çalışmada veri kaynağı olarak tarafımızca hazırlanmış 10 soruluk sosyodemografik veri formu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği kullanılmıştır. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastalara ilk olarak çalışma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü bireylerin sözlü ve yazılı onamı alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan hastalara 10 soruluk sosyodemografik veri formu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği'nden oluşan anket uygulanmıştır.

3.2. Çalışmanın Örnekleme

Çalışmanın örnekleme ise 01.01.2019- 28.02.2019 tarihleri arasında İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran, gönüllü ve çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan 306 hasta oluşturmuştur.

3.3. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri

- Kendi isteği ile çalışmaya katılmayı kabul etmek
- İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvurmuş olmak
- İletişim engeli olmayan (işitme ve konuşma) bireyler
- Soruları fiziksel ve ruhsal olarak yanıtlayabilecek bireyler

- Mental olarak soruları anlayabilecek ve cevaplayabilecek durumda olan bireyler

3.4. Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeme
- Anket formunu eksik doldurma
- İletişim engeli olan (işitme ve konuşma) bireyler
- Soruları fiziksel ve ruhsal olarak yanıtlayabilmesinde bir engel olan bireyler
- Mental olarak soruları anlayabilecek ve cevaplayabilecek durumda olmayan bireyler

3.5. Veri Toplama Araçları

3.5.1. Sosyodemografik veri formu

Tarafımızca oluşturulmuş olan 10 soruluk sosyodemografik veri formu kullanılmıştır. Bu formda yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek, gelir düzeyi, kronik hastalık olup olmadığı, hangi kronik hastalığın olduğu, düzenli ilaç kullanım durumu, poliklinik başvuru nedenini içeren sorular vardır.

3.5.2. Sürekli öfke-öfke tarz ölçeği (SÖÖTÖ)

Spielberger ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiş, Özer (1994) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı olmak üzere iki ana ölçekten oluşmaktadır. Sürekli Öfke Ölçeği, kişinin kendisini genel olarak nasıl hissettiğini veya ne sıklıkta öfke yaşadığını ifade eden maddelerden oluşmaktadır. Öfke İfade Tarzı Ölçeği ise üç alt ölçekten oluşmaktadır. Öfke dışı alt ölçeği öfkenin kolayca ifade edilmesini, öfke içe alt

ölçeği öfkenin bastırılarak içte tutulmasını, öfke kontrol alt ölçeği öfkenin mantığa bürünme gibi çeşitli savunmalarla kontrol edilmesini ölçmektedir(30). Ölçek 34 maddeden oluşan dörtlü likert tipi bir ölçektir. Ölçek sorularına verilen puanlar hemen hiçbir zaman (1 puan), bazen (2 puan), çoğu zaman (3 puan) ve hemen her zaman (4 puan) şeklindedir. Sürekli Öfke Ölçeği 10 maddeden oluşmakta, puanlaması her bir maddeden elde edilen puanların toplanmasıyla elde edilmektedir. En düşük 10, en yüksek 40 puan elde edilir. Öfke İfade Tarzı Ölçeği 24 maddeden oluşmakta, 8 maddesi öfke dışı, 8 maddesi öfke içe, 8 maddesi öfke kontrol ölçeğini oluşturmaktadır. Öfke dışı ölçeği 12, 17,19,22,24,29,32,33. maddelerden; öfke içe ölçeği 13, 15,16,20,23,26,27,31. maddelerden; öfke kontrol ölçeği ise 11,14,18,21,25,28,30, 34. maddelerden oluşmaktadır. Her bir alt ölçeğin puanlaması bu maddelerin puanları toplanarak yapılmaktadır. Öfke dışı, öfke içe, öfke kontrol alt ölçeklerinden en düşük 8, en yüksek 32 puan elde edilmektedir(30).

3.6. İstatistiksel Yöntem

Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS StatisticsVersion 24 programında yapıldı. Verilerin normal dağılım özellikleri histogram ve dal-yaprak grafikleri, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Verilerin normal dağılım özelliğinde olmadığı saptandı(Kolmogorov-Smirnov $p<0,05$). Bu nedenle iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann Whitney U, ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda Kruskal Wallis H (posthocBonferroni düzeltmeli Mann Whitney U) istatistiksel analizleri kullanıldı. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 306 hasta dahil edilmiştir. Katılanların %67,3' ü (n:206) kadın ve %32,7' si (n:100) erkektir. Kadınların yaş ortalaması 43,86±15,37 ve erkeklerin yaş ortalaması 43,07±17,7'dir. İncelemeye alınan kadın olguların yaşları ile erkek olguların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (p>0,05) (Tablo 1).

Tablo 1: Olguların cinsiyetlerine göre yaş ortalama dağılımı

Cinsiyet	n	%	Yaş		Z	p
			Ort.±SS	Median (Min.-Max.)		
Kadın	206	67.3	43.86±15.37	45 (17-78)	-0.533	0.594
Erkek	100	32.7	43.07±17.7	42.5 (17-79)		
Total	306	100	43.6±16.14	45 (17-79)		

Çalışmaya katılanların %16,7' si (n:51) 17-24 yaşlarında, %12,7' si (n:39) 25-30 yaşlarında, %30,7' si (n:94) 31-49 yaşlarında, %30,1' i (n:92) 50-64 yaşlarında, %9,8' i (n:30) 65 yaş ve üzerindedir. Çalışmaya katılanlarda en küçük yaş 17, en büyük 79'dur. %25,5' i (n:78) bekâr, %62,4' ü (n:191) evli, %12,1' i (n:37) boşanmış-dul olarak tespit edildi. Öğrenim durumlarına bakıldığında % 2,6'sı (n:8) okuryazar değil, %35,6' sı (n:109) ilkokul mezunu, %27,5' i (n:84) üniversite mezunu idi. Katılanların %43,8' i (n:134) çalışıyor, %56,2' si (n:172) çalışmıyordu. Çalışmaya katılan hastaların %32' si (n:98) ev hanımı, %14,4' ü (n:44) emekli, %8,2' si (n:25) öğrenci, %45,4' ü (n:139) ise diğer meslek(maaşlı çalışan meslek grupları) gruplarındandı. Gelir düzeylerine bakıldığında ise %43,1' i (n:132) 1500 TL ve altında, %44,1' i (n:135) 1500 TL-3500 TL arasında, %12,7' si (n:39) 3500 TL ve üstü olduğu görüldü. %64,1' inin(n:196) kronik hastalığı vardı. Diabetes mellitus(DM) hastalığı olanlar %11,8 (n:36), hipertansiyon(HT) hastalığı olanlar

%17,6 (n:54), tiroid hastalığı olanlar %15,4 (n:47), kronik obstrüktif akciğer hastalığı(KOAH)-astım hastalığı olanlar %5,6 (n:17), migren hastalığı olanlar %4,6 (n:14), kalp hastalığı olanlar %9,8 (n:30), romatizmal hastalığı olanlar %17,3 (n:53), psikiyatrik hastalığı olanlar %9,8 (n:30), diğer hastalık gruplarından hastalığı olanlar ise %21,6' ini (n:66) kapsamaktaydı. Çalışmaya dahil edilen hastaların %55,9' u (n:171) düzenli olarak ilaç kullanıyordu. Poliklinik başvuru sebeplerine bakıldığında ise %49,7' sinin (n:152) muayene amaçlı, %26,1' inin (n:80) tetkik yaptırmak için, %11,1' inin (n:34) ilaç yazdırmak için, %8,8' inin (n:27) sevk amaçlı, %4,2' sinin (n:13) rapor için başvurduğu belirlendi(Tablo 2).

Tablo 2: Olguların demografik özellikleri

	n	%	
Yaş	17-24 yaş	51	16.7
	25-30 yaş	39	12.7
	31-49 yaş	94	30.7
	50-64 yaş	92	30.1
	65 yaş ve üzeri	30	9.8
Medeni durum	Bekâr	78	25.5
	Evli	191	62.4
	Boşanmış-dul	37	12.1
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	8	2.6
	İlkokul	109	35.6
	Ortaokul	35	11.4
	Lise	70	22.9
	Üniversite	84	27.5
Çalışma durumu	Çalışıyor	134	43.8
	Çalışmıyor	172	56.2
Meslek	Ev hanımı	98	32.0
	Emekli	44	14.4
	Öğrenci	25	8.2
	Diğer*	139	45.4
Gelir düzeyi	1500 TL ve altı	132	43.1
	1500 TL- 3500 TL	135	44.1
	3500 TL ve üstü	39	12.7
Kronik hastalık**	Evet	196	64.1
	Hayır	110	35.9
DM	36	11.8	
HT	54	17.6	
Tiroid	47	15.4	
KOAH-Astım	17	5.6	
Migren	14	4.6	
Kalp hastalığı	30	9.8	

	Romatizmal hastalık	53	17.3
	Psikiyatrik hastalık	30	9.8
	Diğer	66	21.6
Düzenli ilaç	Evet	171	55.9
	Hayır	135	44.1
Poliklinik başvuru sebebi	Muayene	152	49.7
	İlaç yazdırmak	34	11.1
	Rapor	13	4.2
	Tetkik	80	26.1
	Sevk	27	8.8

*Maaşlı çalışan meslek grupları

**Birden fazla kronik hastalığı olanlar her kategoriye dahil edilmiştir.

Tablo 3: Olguların SÖÖTÖ alt boyut puanları ortalamalarının dağılımı ve C. Alfa katsayıları

	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Cronbach' Alfa
Sürekli öfke	18.85±5.12	18 (10-36)	0.807
Öfke içte	15.68±4.12	15 (8-28)	0.678
Öfke dışı	14.14±3.94	14 (8-29)	0.758
Öfke kontrol	23.37±5.29	24 (9-32)	0.882

Tablo 3' te çalışmaya katılan hastaların SÖÖTÖ alt ölçekleri puan ortalamaları ve c. Alfa katsayıları verilmiştir. Sürekli öfke alt ölçeği puan ortalaması 18,85±5,12, c. Alfa katsayısı 0,807, öfke içte alt ölçeği ortalaması 15,68±4,12, c. Alfa katsayısı 0,678, öfke dışı alt ölçeği ortalaması 14,14±3,94, c. Alfa katsayısı 0,758, öfke kontrol alt ölçeği ortalaması 23,37±5,29, c. Alfa katsayısı 0,882 olarak bulunmuştur.

Tablo 4: Olguların yaş gruplarına göre Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği puanları ortalamalarının dağılımı

	Yaş grup	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	X ²	p
Sürekli öfke	17-24 yaş	20.04±4.87	20 (13-34)	4.779	0.311
	25-30 yaş	19.15±5.82	17 (11-36)		
	31-49 yaş	18.7±4.89	18 (10-33)		
	50-64 yaş	18.2±4.67	17 (10-32)		
	65 yaş ve üzeri	18.9±6.45	17.5 (10-35)		
Öfke içte	17-24 yaş	15.24±3.71	15 (9-26)	2.334	0.675

	25-30 yaş	15.74±5.43	15 (8-28)		
	31-49 yaş	15.43±3.55	15 (9-28)		
	50-64 yaş	16.17±4.3	15 (8-27)		
	65 yaş ve üzeri	15.6±4.03	15.5 (9-23)		
Öfke dışı	17-24 yaş	14.84±3.52	14 (9-26)	7.497	0.112
	25-30 yaş	14.23±4.47	13 (9-29)		
	31-49 yaş	14.33±3.77	14 (8-25)		
	50-64 yaş	13.26±3.68	13 (8-28)		
	65 yaş ve üzeri	14.93±4.84	14 (9-27)		
Öfke kontrol	17-24 yaş	21.88±4.76	22 (13-31)	19.375	0.001
	25-30 yaş	21.87±5.75	23 (9-32)		
	31-49 yaş	22.89±4.73	24 (11-32)		
	50-64 yaş	25.15±5.5	25.5 (11-32)		
	65 yaş ve üzeri	23.83±5.3	24 (14-32)		

Olguların yaş gruplarına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde;

Öfke kontrol puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için yapılan post hoc Bonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde; “50-64 yaş” grubu olguların *öfke kontrol* puanları “17-24 yaş”, “25-30 yaş” ve “31-49 yaş” grubu olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p < 0,05$). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5: Olguların cinsiyetlerine göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Cinsiyet	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Kadın	18.75±4.95	18 (10-36)	-0.344	0.731
	Erkek	19.05±5.48	18.5 (10-34)		
Öfke içte	Kadın	15.98±3.99	15 (8-28)	-2.141	0.032
	Erkek	15.06±4.33	14 (8-28)		
Öfke dışı	Kadın	13.91±3.82	13 (8-29)	-1.380	0.168
	Erkek	14.61±4.15	14 (8-26)		
Öfke kontrol	Kadın	23.27±5.1	24 (9-32)	-0.426	0.670
	Erkek	23.57±5.69	24 (9-32)		

Olguların cinsiyetlerine göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde;

Kadın olguların *öfke içte* puanları erkek olguların *öfke içte* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 5).

Tablo 6: Olguların medeni durumlarına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Medeni durum	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	X ²	p
Sürekli öfke	Bekâr	19.47±5.12	18.5 (12-34)	1.642	0.440
	Evli	18.51±4.98	18 (10-36)		
	Boşanmış-dul	19.3±5.82	18 (12-35)		
Öfke içte	Bekâr	15.68±4.07	15 (9-26)	2.741	0.254
	Evli	15.49±4.13	15 (8-28)		
	Boşanmış-dul	16.62±4.15	17 (9-24)		
Öfke dışı	Bekâr	14.55±3.38	14 (9-26)	3.375	0.185
	Evli	13.82±3.9	13 (8-29)		
	Boşanmış-dul	14.95±5	14 (8-28)		
Öfke kontrol	Bekâr	22.63±4.88	23 (13-32)	2.929	0.231
	Evli	23.61±5.28	24 (9-32)		
	Boşanmış-dul	23.65±6.17	24 (11-32)		

Olguların medeni durumlarına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7: Olguların öğrenim durumlarına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Öğrenim durumu	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	X ²	p
Sürekli öfke	Okuryazar değil	17.88±8.54	14 (10-35)	3.722	0.445
	İlkokul	19.21±5.27	18 (10-33)		
	Ortaokul	19.46±5.09	18 (12-29)		
	Lise	19.00±5.06	18 (10-34)		
	Üniversite	18.10±4.60	17.5 (10-36)		
Öfke içte	Okuryazar değil	16.13±4.58	17 (9-23)	4.636	0.327
	İlkokul	16.23±4.18	15 (8-28)		
	Ortaokul	15.63±4.32	14 (10-28)		
	Lise	14.91±3.62	14 (8-23)		
	Üniversite	15.57±4.29	15 (8-26)		

Öfke dışı	Okuryazar değil	14.5±7.58	11.5 (8-27)	2.464	0.651
	İlkokul	13.98±4.42	13 (8-28)		
	Ortaokul	13.97±3.43	14 (9-21)		
	Lise	14.43±3.48	14 (9-29)		
	Üniversite	14.14±3.4	14 (9-28)		
Öfke kontrol	Okuryazar değil	23.38±5.34	23.5 (16-32)	6.354	0.174
	İlkokul	23.98±5.98	24 (9-32)		
	Ortaokul	22.86±5.98	24 (11-32)		
	Lise	22.39±4.21	22 (12-32)		
	Üniversite	23.6±4.83	24 (9-32)		

Olguların öğrenim durumlarına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8: Olguların çalışma durumlarına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Çalışma durumu	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Çalışıyor	18.56±5.19	18 (10-36)	-1.015	0.310
	Çalışmıyor	19.08±5.08	18 (10-35)		
Öfke içte	Çalışıyor	15.14±4.19	14.5 (8-28)	-2.153	0.031
	Çalışmıyor	16.09±4.03	15 (9-28)		
Öfke dışı	Çalışıyor	14.25±3.88	14 (8-29)	-0.482	0.630
	Çalışmıyor	14.05±3.99	14 (8-28)		
Öfke kontrol	Çalışıyor	23.16±5.19	24 (9-32)	-0.633	0.526
	Çalışmıyor	23.52±5.39	24 (11-32)		

Olguların çalışma durumlarına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde; Çalışan olguların *öfke içte* puanları çalışmayan olguların *öfke içte* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 9: Olguların mesleklerine göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Meslek	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	X ²	p
Sürekli öfke	Ev hanımı	19.34±5.24	18 (10-35)	4.646	0.200
	Emekli	17.95±4.76	17 (10-31)		
	Öğrenci	20.2±4.96	20 (13-34)		
	Diğer*	18.55±5.15	18 (10-36)		
Öfke içte	Ev hanımı	16.85±4.04	16 (10-28)	12.499	0.006
	Emekli	15.18±3.91	14 (9-23)		
	Öğrenci	15.08±3.88	15 (9-26)		
	Diğer*	15.12±4.15	14 (8-28)		
Öfke dışı	Ev hanımı	14.04±4.31	13 (8-28)	3.301	0.348
	Emekli	13.57±3.62	14 (8-24)		
	Öğrenci	15.12±3.59	14 (10-26)		
	Diğer*	14.22±3.82	14 (8-29)		
Öfke kontrol	Ev hanımı	23.65±5.27	24 (11-32)	3.445	0.328
	Emekli	24.11±5.59	24 (11-32)		
	Öğrenci	21.88±5.57	22 (13-31)		
	Diğer*	23.19±5.16	24 (9-32)		

*Maaşlı çalışan meslek grupları

Olguların mesleklerine göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde;

Öfke içte puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için yapılan post hoc Bonferroni düzeltilmeli Mann Whitney U analizinde; Ev hanımlarının *öfke içte* puanları, “diğer” meslek grubu (maaşlı çalışan meslek grupları) olgularının *öfke içte* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,0083$). Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 10: Olguların gelir düzeylerine göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Gelir düzeyi	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	X ²	p
Sürekli öfke	1500 TL ve altı	19.17±5.31	18 (10-35)	2.384	0.304
	1500 TL- 3500 TL	18.93±5.15	18 (10-36)		
	3500 TL ve üstü	17.51±4.2	18 (11-27)		
Öfke içte	1500 TL ve altı	15.61±3.59	15 (8-26)	0.225	0.893
	1500 TL- 3500 TL	15.73±4.42	15 (8-28)		
	3500 TL ve üstü	15.72±4.76	16 (8-25)		
Öfke dışı	1500 TL ve altı	13.98±4.24	14 (8-28)	2.558	0.278
	1500 TL- 3500 TL	14.5±3.89	14 (8-29)		
	3500 TL ve üstü	13.41±2.81	13 (8-19)		
Öfke kontrol	1500 TL ve altı	23.51±5.42	24 (11-32)	0.730	0.694
	1500 TL- 3500 TL	23.06±5.51	24 (9-32)		
	3500 TL ve üstü	23.95±4	24 (15-31)		

Olguların mesleklerine göre Öfke Tarz Ölçeği puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 11: Olgularda kronik hastalık varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Kronik hastalık	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Evet	18.76±5.02	18 (10-33)	-0.196	0.844
	Hayır	19.01±5.32	18 (10-36)		
Öfke içte	Evet	15.92±4.14	15 (8-28)	-1.361	0.174
	Hayır	15.25±4.06	15 (8-28)		
Öfke dışı	Evet	13.9±3.87	13 (8-29)	-1.443	0.149
	Hayır	14.57±4.04	14 (8-28)		
Öfke kontrol	Evet	23.91±5.41	24 (11-32)	-2.476	0.013
	Hayır	22.39±4.95	23 (9-32)		

Olgularda kronik hastalık varlığına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde;

Kronik hastalığı olan olguların *öfke kontrol* puanları, kronik hastalığı olmayan olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 12: Olgularda DM varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	DM	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Yok	18.77±5.09	18 (10-36)	-0.645	0.519
	Var	19.47±5.37	18.5 (12-32)		
Öfke içte	Yok	15.53±4.06	15 (8-28)	-1.615	0.106
	Var	16.75±4.43	17 (10-24)		
Öfke dışı	Yok	14.17±3.95	14 (8-29)	-0.329	0.742
	Var	13.94±3.91	14 (8-28)		
Öfke kontrol	Yok	23.2±5.19	24 (9-32)	-1.640	0.101
	Var	24.64±5.93	24.5 (11-32)		

Olgularda DM varlığına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 13: Olgularda HT varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	HT	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Yok	19.05±5.14	18 (10-36)	-1.705	0.088
	Var	17.91±4.98	17 (10-32)		
Öfke içte	Yok	15.61±4.07	15 (8-28)	-0.402	0.688
	Var	15.98±4.36	15 (9-24)		
Öfke dışı	Yok	14.3±3.9	14 (8-29)	-1.870	0.061
	Var	13.41±4.08	13 (8-28)		
Öfke kontrol	Yok	23.09±5.24	24 (9-32)	-2.151	0.031
	Var	24.67±5.38	25.5 (11-32)		

Olgularda HT varlığına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde;

HT olan olguların *öfke kontrol* puanları, HT olmayan olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 14: Olgularda Tiroid hastalığı varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Tiroid hastalığı	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Yok	18.9±5.21	18 (10-36)	-0.111	0.911
	Var	18.6±4.63	18 (10-31)		
Öfke içte	Yok	15.6±4.15	15 (8-28)	-1.045	0.296
	Var	16.09±3.97	16 (9-24)		
Öfke dışı	Yok	14.2±3.94	14 (8-29)	-0.792	0.429
	Var	13.81±3.94	13 (8-27)		
Öfke kontrol	Yok	23.32±5.41	24 (9-32)	-0.099	0.921
	Var	23.6±4.67	24 (14-31)		

Olgularda Tiroid hastalığı varlığına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 15: Olgularda KOAH-Astım varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	KOAH-Astım	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Yok	18.86±5.11	18 (10-36)	-0.066	0.947
	Var	18.65±5.52	19 (10-32)		
Öfke içte	Yok	15.66±4.14	15 (8-28)	-0.432	0.666
	Var	15.88±3.77	16 (10-23)		
Öfke dışı	Yok	14.2±3.94	14 (8-29)	-0.865	0.387
	Var	13.06±3.77	14 (8-19)		
Öfke kontrol	Yok	23.24±5.26	24 (9-32)	-1.594	0.111
	Var	25.53±5.65	27 (16-32)		

Olgularda KOAH-astım varlığına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16: Olgularda Migren hastalığı varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Migren	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Yok	18.83±5.12	18 (10-36)	-0.372	0.710
	Var	19.36±5.44	18 (12-29)		
Öfke içte	Yok	15.69±4.15	15 (8-28)	-0.113	0.910
	Var	15.36±3.5	15 (9-21)		
Öfke dışı	Yok	14.1±3.88	14 (8-28)	-0.267	0.789
	Var	14.93±5.01	13.5 (10-29)		
Öfke kontrol	Yok	23.49±5.21	24 (9-32)	-1.647	0.100
	Var	20.71±6.57	21.5 (11-30)		

Olgularda Migren hastalığı varlığına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 17: Olgularda kalp hastalığı varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Kalp hastalığı	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Yok	18.79±5.08	18 (10-36)	-0.564	0.573
	Var	19.4±5.57	19 (10-32)		
Öfke içte	Yok	15.61±4.11	15 (8-28)	-1.117	0.264
	Var	16.33±4.22	15.5 (8-24)		
Öfke dışı	Yok	14.14±3.84	14 (8-29)	-0.238	0.812
	Var	14.13±4.81	14 (8-28)		
Öfke kontrol	Yok	23.22±5.2	24 (9-32)	-1.374	0.170
	Var	24.7±6	23.5 (11-32)		

Olgularda kalp hastalığı varlığına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 17).

Tablo 18: Olgularda romatizmal hastalık varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Romatizmal hastalık	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Yok	18.9±5.21	18 (10-36)	-0.126	0.900
	Var	18.6±4.7	18 (10-33)		
Öfke içte	Yok	15.65±4.11	15 (8-28)	-0.208	0.835
	Var	15.79±4.2	14 (10-28)		
Öfke dışı	Yok	14.13±4.03	14 (8-29)	-0.293	0.769
	Var	14.17±3.48	13 (8-24)		
Öfke kontrol	Yok	23.26±5.16	24 (9-32)	-0.756	0.450
	Var	23.87±5.93	24 (11-32)		

Olgularda romatizmal hastalık varlığına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 19: Olgularda psikiyatrik hastalık varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Psikiyatrik hastalık	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Yok	18.45±4.88	18 (10-36)	-3.748	0.000
	Var	22.53±5.85	23 (12-33)		
Öfke içte	Yok	15.45±4.13	15 (8-28)	-3.473	0.001
	Var	17.8±3.41	18.5 (11-24)		
Öfke dışı	Yok	13.88±3.68	13 (8-28)	-2.706	0.007
	Var	16.5±5.34	16 (9-29)		
Öfke kontrol	Yok	23.62±5.18	24 (9-32)	-2.372	0.018
	Var	21.03±5.85	22 (11-32)		

Olgularda psikiyatrik hastalık varlığına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde; Psikiyatrik hastalığı olan olguların *sürekli öfke*, *öfke içte* ve *öfke dışı* puanları, psikiyatrik hastalığı olmayan olguların *sürekli öfke*, *öfke içte* ve *öfke dışı* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$).

Psikiyatrik hastalığı olan olguların *öfke kontrol* puanları, psikiyatrik hastalığı olmayan olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 20: Olgularda diğer hastalıkların varlığına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Diğer	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Yok	18.85±5.1	18 (10-36)	-0.128	0.899
	Var	18.86±5.25	19 (10-32)		
Öfke içte	Yok	15.6±4.12	15 (8-28)	-0.866	0.386
	Var	15.94±4.15	16 (8-26)		
Öfke dışı	Yok	14.09±3.97	13 (8-29)	-0.863	0.388
	Var	14.33±3.85	14 (8-27)		
Öfke kontrol	Yok	23.05±5.26	23 (9-32)	-1.982	0.047
	Var	24.52±5.32	24 (13-32)		

Olgularda diğer hastalıkların varlığına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde; Diğer hastalıkları olan olguların *öfke kontrol* puanları, diğer hastalığı olmayan olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 21: Olguların düzenli ilaç kullanımına göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Düzenli ilaç	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	Z	p
Sürekli öfke	Evet	18.68±5.03	18 (10-33)	-0.625	0.532
	Hayır	19.06±5.24	19 (10-36)		
Öfke içte	Evet	15.86±3.95	15 (8-27)	-1.075	0.282
	Hayır	15.44±4.32	15 (8-28)		
Öfke dışı	Evet	13.87±3.96	13 (8-29)	-1.611	0.107
	Hayır	14.48±3.89	14 (8-28)		
Öfke kontrol	Evet	23.95±5.38	24 (11-32)	-2.214	0.027
	Hayır	22.63±5.11	23 (9-32)		

Olgularda düzenli ilaç kullanımına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde; Düzenli ilaç kullanan olguların *öfke kontrol* puanları, düzenli ilaç kullanmayan olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 21).

Tablo 22: Olguların poliklinik başvuru nedenlerine göre SÖÖTÖ puanları ortalamalarının dağılımı

	Poliklinik başvuru sebebi	Ort.±SS	Median (Min.-Max.)	X ²	p
Sürekli öfke	Muayene	18.39±5.16	18 (10-35)	8.538	0.074
	İlaç yazdırmak	19.26±5.23	20 (10-32)		
	Rapor	16.85±5.11	16 (12-27)		
	Tetkik	19.45±5.07	19 (10-36)		
	Sevk	20.11±4.73	20 (13-30)		
Öfke içte	Muayene	15.22±4.08	15 (8-26)	6.845	0.144
	İlaç yazdırmak	16.06±3.75	15,5 (10-25)		
	Rapor	14.38±4.25	14 (9-24)		
	Tetkik	16.18±4.01	15 (8-28)		
	Sevk	16.93±4.75	16 (11-28)		
Öfke dışı	Muayene	13.63±4.00	13 (8-29)	10.455	0.033
	İlaç yazdırmak	14.82±3.93	14 (8-27)		
	Rapor	13.23±2.71	12 (10-19)		
	Tetkik	14.70±4.21	14 (8-28)		
	Sevk	14.96±2.78	16 (10-20)		
Öfke kontrol	Muayene	23.14±5.47	24 (9-32)	3.355	0.500
	İlaç yazdırmak	23.56±4.38	24 (16-32)		
	Rapor	25.15±4.91	24 (17-32)		
	Tetkik	22.98±5.61	23,5 (9-32)		
	Sevk	24.70±4.44	25 (17-32)		

Olguların poliklinik başvuru nedenlerine göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde;

Öfke dışı puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu bulmak için Wilcoxon düzeltmesi kullanılarak yapılan post hocBonferroni düzeltmeli Mann Whitney U analizinde; muayene amaçlı polikliniğe başvuran olguların *öfke dışı* puanları, sevk amaçlı polikliniğe başvuran olguların *öfke dışı* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0,020$).

Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 22).

5. TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada polikliniğe başvuran hastaların %11,8' inde DM hastalığı olduğu tespit edilmiş olup, TURDEP 2(Türkiye Diyabet Epidemiyoloji Çalışması)' de 20 yaş üzerinde DM prevalansı %13,7, CREDIT(Cronic Renal Disease In Turkey: Türkiye Kronik Böbrek Hastalığı Prevalansı Araştırması) çalışmasında 18 yaş üzerinde %12,7, PURE(Prospective Urban Rural Epidemiological Study: İleriye Dönük Kent- Kırsal Epidemiyolojik Çalışması) çalışmasında 35 yaş üzerinde %14,7 olarak saptanmıştır(52).

Çalışmaya katılanların %17,6' sında HT olduğu belirlenmiştir. TURDEP 2 de HT sıklığı %25,6' dır(52).

Çalışmada “50-64 yaş” grubu olguların *öfke kontrol* puanları “17-24 yaş”, “25-30 yaş” ve “31-49 yaş” grubu olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Atan ve Yılmaz' ın esansiyel hipertansiyonlu hastalarda yaptığı bir çalışmada hastaların yaş gruplarına göre sürekli öfke, öfke kontrol, öfke dışı ve öfke içe puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(53). Keskin, Gümüş ve Engin' in bir grup sağlık çalışanında yaptığı bir çalışmada yaş arttıkça SÖÖTÖ' de içe yönelik öfke puanlarının arttığı belirlenmiştir(54). Hoşgör' ün evli çiftlerde yaptığı çalışmada yaş gruplarına göre SÖÖTÖ alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunmamıştır(9). Cesur' un bir grup çalışan yetişkinde yaptığı çalışmada 40 yaş ve altı ve 40 yaş üzeri yaş grupları arasında SÖÖTÖ alt ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır(55).

Çalışmada hastaların cinsiyetlerine göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde; kadın olguların *öfke içte* puanları erkek olguların *öfke içte* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Diğer değişkenler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Literatürde erkeklerde SÖÖTÖ puanlarının anlamlı yüksek olduğu çalışmalar ve cinsiyete göre puanlarda anlamlı fark olmayan çalışmalar vardır. Köksal ve Gençdoğan' ın depresif olan ve olmayan bir grup üniversite öğrencisinde yaptığı çalışmada erkeklerin sürekli öfke ve öfke kontrol puanlarının kadınlardan anlamlı olarak yüksek olduğu tespit edilmiş, öfke içte ve öfke dışta alt ölçek puanları açısından anlamlı fark bulunmamıştır(56).

Sezan'ın üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada erkeklerin öfke dışı puanları kadınlardan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(57). Keskin, Gümüş ve Engin'ın bir grup sağlık çalışanında yaptığı çalışmada SÖÖTÖ'de sürekli öfke puanının erkeklerde istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir(54). Hoşgör'ün yaptığı çalışmada erkeklerin öfke dışı puanları anlamlı olarak yüksek bulunmuştur(9). Yöndem ve Bıçak'ın öğretmen adaylarında yaptığı çalışmada erkeklerin sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışı puanlarının yüksek olduğu gözlenmiştir(58). Farklı olarak Atan ve Yılmaz'ın esansiyel hipertansiyonlu hastalarda yaptığı çalışmada cinsiyetlerine göre sürekli öfke, öfke kontrol, öfke dışı ve öfke içe puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır(53).

Çalışmada hastaların medeni durumlarına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Cesur'un ve Aksu'nun çalışmalarında bu çalışmaya benzer olarak medeni duruma göre SÖÖTÖ puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır(19,55).Ancak bazı çalışmalarda medeni durum ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Erkek, Özgür ve Gümüş'ün hipertansiyonlu hastalarda yaptığı çalışmada evli olanların öfke dışı ve sürekli öfke puanları anlamlı yüksek bulunmuş, bekârların öfke kontrol puanları anlamlı yüksek bulunmuştur(59).Atan ve Yılmaz'ın yaptığı çalışmada bekârların sürekli öfke düzeylerinin evlilere göre düşük olduğu tespit edilmiştir(53).

Çalışmada hastaların öğrenim durumları ile SÖÖTÖ puanları arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Literatürde Atan ve Yılmaz'ın yaptığı çalışmada da SÖÖTÖ alt ölçek puanlarında öğrenim durumuna göre anlamlı fark bulunmamıştır(53). Beyece'nin koroner arter hastalığı(KAH) olan hastalar ve sağlıklı eşlerinde yaptığı çalışmada da öğrenim durumuna göre öfke puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır(60). Erkek, Özgür ve Gümüş'ün yaptığı çalışmada ise üniversite mezunlarının daha düşük eğitim düzeyi olanlara göre öfke dışı puanları anlamlı yüksek bulunmuştur(59). Cesur'un yaptığı çalışmada da üniversite mezunlarının sürekli öfke düzeyleri anlamlı yüksek bulunmuştur(55). Keskin, Gümüş ve Engin'ın yaptığı çalışmada ise yüksekokul ve üniversite mezunlarının sürekli öfke ve öfke dışı puanları eğitimi lise ve altı olanlardan anlamlı yüksek saptanmıştır(54).

Çalışmaya katılan çalışan hastaların *öfke içte* puanları çalışmayan hastaların *öfke içte* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu. Beyece' nin yaptığı çalışmada çalışma durumu ile *öfke* puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır(60).

Çalışmadaki hastaların mesleklerine göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde; *öfke içte* puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.Ev hanımlarının *öfke içte* puanları, “diğer” meslek grubu(maaşlı çalışan meslek grupları) olgularının *öfke içte* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.Atan ve Yılmaz' ın yaptığı çalışmada ev hanımlarının *öfke dışa* puanları diğer hastalara göre anlamlı düşük bulunmuştur(53). Beyece'nin KAH olanlar ve sağlıklı eşlerini karşılaştırdığı çalışmasında sağlıklı eşlerin işçi olanlarının sürekli *öfke* puanları, memurlar ve ev hanımlarından yüksek saptanmış, eşlerin *öfke dışa* puanlarında ise serbest meslek çalışanları ev hanımlarına ve memurlara göre, işçiler memurlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur(60).

Çalışmaya katılan hastaların gelir düzeylerine göre SÖÖTÖ puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır., Cesur' un yaptığı çalışmada, Erkek, Özgür ve Gümüş' ün yaptığı çalışmada, Beyece' nin yaptığı çalışmada da gelir düzeyine göre SÖÖTÖ puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır(55,59,60).

Çalışmada kronik hastalığı olan hastaların *öfke kontrol* puanları, kronik hastalığı olmayan olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.

Çalışmada DM hastalığı olup olmamasına, tiroid hastalığı olup olmamasına, KOAH-astım hastalığı olup olmamasına, kalp hastalığı olup olmamasına, romatizmal hastalık olup olmamasına, migren hastalığı olup olmamasına göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Öz ve arkadaşlarının migren hastalarında yaptığı çalışmada sürekli *öfke* ve *öfkeiçe* alt ölçeklerinden alınan puanlar kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek, *öfke dışa* puanları ise kontrol grubundan düşük olarak saptanmıştır(61). Karşıyaka, Kavakçı, Kuğu ve Güler' in yaptığı çalışmada sürekli *öfke* alt ölçeği ve *öfke içe* alt ölçeği puanları migren grubunda, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur(62). Bu farklılık çalışmamızdaki migren hastalarının sayısının az olmasından kaynaklı olabilir. Beyece' nin KAH hastaları ve sağlıklı eşlerinde yaptığı çalışmada sürekli *öfke* düzeyi hastalarda eşlerden anlamlı olarak daha

yüksek, öfke içe düzeyi hastalarda eşlerden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Öfke kontrol düzeyi hastalarda eşlerden anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur(60).

Çalışmada HT olanların *öfke kontrol* puanları, HT olmayan olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Çelik ve arkadaşlarının esansiyel hipertansiyonlu hastalarda yaptığı çalışmada sürekli öfke düzeyleri hasta olanların kontrol grubuna göre anlamlı yüksek bulunmuş(63).

Çalışmada psikiyatrik hastalığı olan olguların *sürekli öfke*, *öfke içte* ve *öfke dışa* puanları, psikiyatrik hastalığı olmayan olguların *sürekli öfke*, *öfke içte* ve *öfke dışa* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Psikiyatrik hastalığı olan olguların *öfke kontrol* puanları, psikiyatrik hastalığı olmayan olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu. Köksal ve Gençdoğan'ın depresif olanlar ile olmayanlarla yaptığı çalışmada SÖÖTÖ puanlarına göre depresyonu olanların sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta ölçeklerinden aldıkları puanların depresyonu olmayanlardan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmış, öfke kontrol puanları açısından fark saptanmamıştır(56).

Çalışmada diğer ek hastalıkları olan olguların *öfke kontrol* puanları, diğer ek hastalığı olmayan olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.

Düzenli ilaç kullanan olguların *öfke kontrol* puanları, düzenli ilaç kullanmayan olguların *öfke kontrol* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu.

Çalışmada poliklinik başvuru nedenlerine göre SÖÖTÖ puanları incelendiğinde;öfke dışa puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Muayene amaçlı polikliniğe başvuran olguların *öfke dışa* puanları, sevk amaçlı polikliniğe başvuran olguların *öfke dışa* puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu.

Çalışmada yaşa, cinsiyete, çalışma durumuna, mesleğe, kronik hastalık varlığına, hangi kronik hastalığı olduğuna, düzenli ilaç kullanım durumuna, poliklinik başvuru sebebine göre SÖÖTÖ puanları anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Bulgularımızı destekleyen çalışmalar olduğu gibi farklı sonuçlar elde edilmiş çalışmalar da vardır. Hekim olarak hastalarla ilişkimizi etkileyen öfke durumu ve etkenleri ile ilgili daha fazla bilgi edinmeli ve öfke yönetimini bilmeliyiz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan bu çalışmada polikliniğe başvuran hastaların %11,8' inde DM hastalığı, %17,6' sında HT olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular yapılan prevalans çalışmalarına benzerlik göstermektedir.

Öfkenin ifade tarzı bireysel farklılıklar, fizyolojik özellikler, hormonlar, kültürel nedenlere bağlı olarak değişmektedir. Hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puanları ile sosyodemografik verilerin karşılaştırıldığı bu çalışmada yaşa, cinsiyete, çalışma durumuna, mesleğe, kronik hastalık varlığına, hangi kronik hastalığı olduğuna, düzenli ilaç kullanım durumuna, poliklinik başvuru sebebine göre SÖÖTÖ puanları anlamlı olarak farklı bulunmuştur. 50-64 yaş grubu hastaların öfke kontrol puanları daha düşük yaş gruplarına göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Kadınların öfke içe puanları erkeklerden yüksek bulunmuştur. Bu sonuç toplumumuzda öfkenin erkek gücünün sembolü ve erkeksi bir duygu olarak görülmesi; kadınların öfke tepkisinin hoş karşılanmaması; öfkeli kadınların alçaltıcı, küçültücü terimler ile tanımlanmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşündürdü. Çalışanların öfke içe puanları çalışmayanlardan anlamlı düşük saptanmış olup bu durum çalışan bireylerin günlük hayatta daha fazla birey ile karşılaşarak kendilerini daha iyi ifade etmesi kaynaklı olabilir. Ev hanımlarının öfke içe puanlarının diğer meslek gruplarından(emekli, öğrenci harici) yüksek bulunmuştur. Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin tüm SÖÖTÖ puanları psikiyatrik hastalığı olmayanlardan anlamlı yüksek bulunmuştur. HT hastalarında ve düzenli ilaç kullananlarda öfke kontrol puanları yüksek saptanması, düzenli ilaç kullanımının tedavi etkinliği ve buna bağlı olarak da öfkeyi etkilemesiyle ilişkili olabileceğini düşündürebilir. Poliklinik başvuru sebepleri öfkeyi etkileyen diğer bir nedendir. Sevk için gelen hastaların muayene amaçlı başvuran hastalara göre öfke dışı puanları anlamlı yüksek saptanmıştır.

Son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları artmıştır. Aile hekimliği birinci basamakta yaş, cinsiyet, rahatsızlık ayrımı olmadan tüm bireylere hizmet vermekte ve sağlık sorunlarını fiziksel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluş boyutlarıyla bütüncül olarak ele almaktadır. Öfkenin nedenlerini, biçimini anlamamız ve bir hekim olarak öfkeyi yönetmemiz ve saldırgan biçimlerde ifadesini kontrol etmeye çalışmamız oldukça önemlidir. Sağlık çalışanlarına öfke yönetimi ile

ilgili eğitimler verilmelidir. Okullarda da öfke kontrolü ile ilgili eğitimler verilmesi hem sağlıkta hem günlük hayatımızda öfkenin sağlıksız biçimlerde yaşanmasını engelleyecektir.



7. TÜRKÇE ÖZET

Giriş: Öfke, isteklerin doyurulmaması, sonuçların istenmemesi ve beklentilerin karşılanmamasına verilen, son derece doğal, evrensel ve insani bir duygusal tepkidir. Sağlıklı olarak ifade edildiğinde kişiler arası iletişimi düzeltici ve yapıcı bir duygudur. Diğer taraftan, belki de en zarar verici olabilen duygumuzdur. Öfkenin kontrol edilememesi hem birey hem de toplumu önemli ölçüde etkiler. Bugün çocuk istismarlarında, ev içi şiddet olgularında, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında, terör olaylarında, sokak kavgalarında, trafikte sağlıklı olarak ifade edilemeyen öfke duygusunun etkisi görülmektedir. Öfkeyi sağlıklı olarak yaşayıp yönetebilmek için kabul etmek, sebeplerini ve biçimini anlamak ve saldırgan biçimlerde ifadesini önlemek gerekir. Hastalarla ilişkimizi etkileyen öfke ile ilgili genellikle hastayla ilk karşılaşan sağlık personeli olan biz aile hekimlerinin yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir.

Amaç: Çalışmanın amacı Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının değerlendirilmesi ve sosyodemografik özellikler ile bu değerlerin ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki çalışmamızın örneklemini Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 306 hasta oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik veri formu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeğinde oluşan anket formu kullanıldı. Veriler SPSS 24 programında sayı yüzde, ortalamalar, Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testleri kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %30,7' si 31-49 yaş grubunda, %67,3' ü kadın, %62,4' ü evli, %35,6' sı ilkokul mezunu, %56,2' si çalışmıyor, %45,4' ü emekli, ev hanımı, öğrenci dışındaki meslek gruplarında, %44,1' i 1500 tl-3500tl arası gelir düzeyinde, %64,1' inin kronik hastalığı var, %17,6' sında HT hastalığı var, %55,9' u düzenli ilaç kullanıyor, %49,7' si muayene amacıyla başvurmuştur. Hastaların öfke içe puan ortalaması $15,68 \pm 4,12$, öfke dışı puan ortalaması $14,14 \pm 3,94$, öfke kontrol puan ortalaması $23,37 \pm 5,29$ ve sürekli öfke puan ortalaması $18,85 \pm 5,12$ olarak saptanmıştır. Hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları yaşa, cinsiyete, çalışma durumuna, mesleğe, kronik hastalık varlığına, hangi kronik hastalığı olduğuna, düzenli ilaç

kullanım durumuna, poliklinik başvuru sebebine göre anlamlı olarak farklılık göstermektedir.

Sonuç: Öfkeli hastayla iletişim önemli bir problemdir. Öfke hem kişinin kendisini hem de karşısındaki kişiyi olumsuz bir durum içine sokmaktadır. Öfke diğer birçok nedeni gibi sosyodemografik özelliklerden de etkilenmektedir. Bir hekim olarak öfke nedenlerini, biçimini anlamamız, saldırgan şekilde ifadesini kontrol etmeye çalışmamız ve yönetmemiz oldukça önemlidir. Okullardan başlayarak tüm topluma ve özellikle sağlık çalışanlarına öfke yönetimi, kontrolü ile ilgili eğitimlerin verilmesi hayatidir. Böylece öfkenin sağlıksız olarak ifade edilmesinin önüne geçilmesine yardımcı olunabilir.

Anahtar Kelimeler: Öfke, Öfke İfade Tarzları, Aile Hekimliği

8. İNGİLİZCE ÖZET

Introduction: Anger is an extremely natural, universal and human emotional response to the failure to satisfy the wishes, to avoid the consequences and to meet the expectations. It is a constructive feeling that improves interpersonal communication when expressed healthy. On the other hand, it may be the most damaging feeling. The inability to control anger affects both the individual and society significantly. Today, the effects of anger feeling that cannot be expressed as healthy can be seen in child abuse, domestic violence cases, violence against health workers, terrorist incidents, street fights, traffic. In order to live and manage anger healthy, it is necessary to accept anger, to understand the causes and forms of anger, to prevent the aggressive expression of anger. The family physicians should have sufficient knowledge about the anger affecting our relationship with patients. Because they are the first health personnel who encounter the patient.

Objective: The aim of this study is to evaluate trait anger and anger expression scales of the patients who applied to the Family Medicine outpatient clinic and to investigate the relationship between sociodemographic characteristics, trait anger and anger expression scales of these patients.

Materials and Methods: The sample of our cross-sectional and descriptive study consisted of 306 patients who applied to the Family Medicine outpatient clinic. The questionnaire form which were formed in the sociodemographic data form and the Trait Anger and Anger Expression Scale were used to collect data. Data were evaluated, in SPSS 24 software program using Mann-Whitney-U and Kruskal Wallis tests, and expressed as number percentages, and means.

Results: 30,7% of the patients were in the 31-49 age group, 67,3% were female, 62,4% were married, 35,6% were primary school graduates, 5,2% did not work, 45,4% were other than the retired, housewife, student occupational groups, 44,1% between 1500 and 3500tl income level, 64,1% have chronic disease, 17,6% have HT disease, 55,9% have regular medication, 49,7% applied for examination. The mean score of anger-in of patients was $15,68 \pm 4,12$, mean score of anger-out was $14,14 \pm 3,94$, mean score of anger-control was $23,37 \pm 5,29$ and meanscore of trait anger was

18,85 ± 5.12. The situation of trait anger and anger expression scales of the patients varies according to age, gender, working status, occupation, presence and type of chronic disease, regular use of medication, the reason for application of patient.

Conclusion: Communication with the angry patient is an important problem. Anger brings both the person and the other person into a negative situation. Anger is also affected by sociodemographic characteristics like many other reasons. As a family physician, it is very important that to understand the reason and its type, way of offensive expression of anger such as trying control and managing anger. It is vital to give trainings about management and control of anger from beginning the school age to whole society especially health workers. Thus, it can be helped prevention of unhealthy expression of anger.

Keywords: Anger, Anger Expression Styles, Family Medicine

9. KAYNAKLAR

1. Romas A, Sharma M. Practical Stress Management Allyn&Bacon, Massachusetts,2000.
2. Soykan Ç, “Öfke ve Öfke Yönetimi”, Kriz Dergisi 11(2) 19-27
3. Deffenbacher J.L, Stark R.S. Relaxation and Cognitive-Relaxation Treatment of General Anger. Journal of Counseling Psychology, 1992;39: 158-167
4. Eşiyok B, Yasak Y. Korkusuz İ. Trafikte öfke ifadesi: Sürücü Öfke İfadesi Envanteri' nin Geçerlilik ve Güvenirliği, Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18(1)
5. Martin R, Watson D. Style of anger expression and its relation to daily experience Personality and Social Psychology Bulletin, 1997;23 (3):284-294
6. Öztürk E. İlköğretim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerin Öfke Nedenleri ve Öfke Kontrol Yönetimleri: Elazığ İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Elazığ,2012.
7. Balkaya F, Şahin N.H. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003; 14(3): 192-202
8. Törestad, B. What is anger provoking? A psychological study of perceived causes of anger, *Aggressive Behavior*, 1990;16: 9-26.
9. Hoşgör E.T, Evli Çiftlerin Öfke İfade Tarzları ile Evlilik Uyumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, İzmir 2013
10. Spielberg C. D, Crane, R. S, Kearns, W. D. Anger and Anxiety in Essential Hypertension. *Stress and Emotion: Anxiety, Anger and Curiosity* (Ed.Spielberg C. D.). New York: Taylor Francis.1991.
11. Büyükbayraktar Ç. Üniversite Öğrencilerinde Mükemmeliyetçilik ve Öfke İlişkisi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı, Konya 2011

12. Kassinove H, Sukhoddsy D.G. Anger disorders: Basic science and practice issues (Ed) H. Kassinove. Anger disorders: Definition, Diagnosis and Treatment (pp 1-26) Washington: Taylor&Francis.1995.
13. Sütçü, S. T, Aydın A, Sorias O. Ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmaya yönelik bilişsel davranışçı bir müdahale programının etkililiği. Türk Psikoloji Dergisi, Aralık 2010;25 (66): 57-67
14. Geçtan, E. İnsan olmak. İstanbul. Metis Yayınları.2004.
15. Akgül, H. Öfke denetimi eğitiminin ilköğretim 2. kademe öğrencilerinin öfke denetimi becerilerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2000.
16. Elmas H. E. A. Ortaöğretim öğrencilerinin benlik algı düzeyleri ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi (Kastamonu ili İnebolu ilçesi örneği). Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü, Ankara 2009.
17. Cartıllı K. Öfke ile Başa Çıkma Eğitiminin Tek Ebeveynli Öğrencilerin Öfke ve Olumlu Duygularına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Mevlana Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Konya 2016
18. Uğurlu M. Sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda öfke düzeyi ve öfke düzeyinin komorbidite ve işlevsellik üzerine etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara 2009.
19. Aksu Y. Şiddet içeren suçlardan kayıtları olan bireylerin bağlanma stilleri, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul 2015
20. İmamoğlu S. Öğretmen Adaylarının Öfke ve Öfke İfade Tarzları İle Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul 2003.

21. Beyazaslan T. Öfke kontrol eğitiminin hipertansiyon tanısı alan hastaların öfke ve duygu kontrol durumlarına etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep 2012.
22. Tatlıhoğlu K, Karaca M. Öfke olgusu hakkında sosyal psikolojik bir değerlendirme. The Journal of Academic Social Science Studies, 2013;6, p. 1101-23.
23. Ulu S. Ergenlerde algılanan duygusal istismar ile sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2011.
24. Tarhan N. Duyguların dili. İstanbul Timaş Yayınları Entegre Matbaacılık, 2008; s. 31-47.
25. Çelik H.C, Acar T. Kronik Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2007;12 (1):23-27.
26. Özmen, A. Öfke: Kuramsal Yaklaşımlar ve Bireylerde Öfkenin Ortaya Çıkmasına Neden Olan Etmenler, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*,2006;1, 39-56.
27. Cömert, H. E. Depresif Bozukluklarda Anksiyete Siddetine Göre Sürekli Öfkenin ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. Yüksek Lisans Tez. İstanbul Üniversitesi, İstanbul 2004.
28. Arslan S.H, Alparslan N.Z. ve Ünal M. Distimik bozuklukta öfke, kaygı ve depresyon eğilimlerinin bilişsel alt yapısıyla ilgili bir çalışma. *Düşünen Adam Dergisi*, 1998;Sayı: 11(3), 33-38.
29. Kısaç İ. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeyleri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 1997.
30. Özer K. Sürekli öfke (SL-ÖFKE) ve öfke ifade tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*,1994; Sayı: 9(31), 26-35.

31. Özer K.A. Öfke kaygı ve depresyon eğilimlerinin bilişsel alt yapısıyla ilgili bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1994;sayı: 31(9), 12-25.
32. Altıntaş E. ve Gültekin M. *Psikolojik Danışma Kuramları*. İstanbul: Aktüel Yayınları. 2005.
33. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları*. İstanbul: Remzi Kitabevi. 2000.
34. Özdemir E. Muş E-tipi Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda Kasten Adam Öldürmek Suçundan Gelen Hükümlü Erkeklerde Öfke ve Öfke İfade Tarzları İle Saldırganlık İlişkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi, Adana 2009.
35. Kaplan A. Öfke Yönetimi Becerileri Programının İlköğretim 5. sınıf Öğrencilerinin Saldırganlık Düzeyi ve Benlik Saygısına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir 2007.
36. Balkaya F. Çok Boyutlu Öfke Envanterinin Geliştirilmesi ve Bazı Semptom Gruplarındaki Etkisi. Yüksek Lisans tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara. 2001.
37. Kökdemir H. Öfke ve Öfke Kontrolü, *Pivolka*, Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Eleştirel - Yaratıcı Düşünme ve Davranış Araştırmaları Laboratuvarı 2004;3(12):7-10
38. Türker S. Öğretmenlerin çatışma yönetim stratejileri ile sürekli öfke ve öfke ifade düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya 2010.
39. Tuna D. Çözüm odaklı kısa süreli yaklaşıma dayalı öfke kontrolü eğitim programının lise öğrencilerinin öfke kontrolü ve iletişim becerileri düzeylerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir 2012.
40. Yıldız M. Farklı liglerde yer alan futbolcuların kişilik tipleri ile sürekli öfke-öfke ifade tarzlarının incelenmesi. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2008.

41. Balcıoğlu İ, Kılıç Ö. Şiddet bir iletişim biçimi midir? Dirim Tıp Gazetesi, 2008;83, 93-7.
42. Tambağ H, ve Öz F. Aileleri ile birlikte ve yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerin öfke ifade etme biçimleri. Kriz Dergisi, 2005;1(3), 11-21
43. Cüceloğlu D. İçimizdeki Çocuk. İstanbul: Remzi Kitabevi. 2007.
44. Starner T.M, Peters R.M. Anger expression and blood pressure in adolescents. The Journal of School Nursing,2004; 20 (6), 335-342.
45. Özmen A. Öfkeyle başa çıkma eğitiminin ve etkileşim grubu uygulamasının içe yönelik öfke üzerindeki etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2006;30 (2), 175-185.
46. Erdem M, Çelik C, Yetkin S, ve Özgen F. Yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2008;9, 203-207.
47. Güleç H, Sayar K., Topbaş M.,Karkucak M., ve Ak İ.Fibromiyalji sendromu olan kadınlarda aleksitimi ve öfke. Türk Psikiyatri Dergisi, 2004;15 (3), 191- 198
48. Bedel A. Kişiler arası sorun çözme beceri eğitiminin ergenlerin sürekli öfke ve ifade tarzlarına etkisinin incelenmesi. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya 2011.
49. Karadal F. Öfke yönetimi ve Niğde Üniveritesi' nde bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Niğde 2009.
50. Bayhan M. Öfke sizi kontrol edeceğine siz onu kontrol edin. Türk Psikologlar Derneği, 1999.
51. Batıgün A.D. ve Şahin N.H. Kişilerarası Tarz, Öfke ve Benlik Algısı: Psikopatolojilerde Ortak Ögeler, Bilimsel Araştırma Projesi Kesin Raporu, Ankara Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri 2009.
52. Satman İ, İmamoğlu Ş, Yılmaz C, Ayvaz G, Çömlekçi A. Türkiye' de ve Dünyada Diyabet(İnternet), Erişim tarihi: 20.02.2019, Erişim: www.turkjem.org

53. Atan G, Yılmaz E. K. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Öfke Düzeyi ve Öfke ifade Tarzlarının Değerlendirilmesi, Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni,2015;49(3):200-206.
54. Keskin G, Gümüş A.B, Engin E.Bir Grup Sağlık Çalışanında Öfke ve Mizaç Özellikleri: İlişkisel Bir İnceleme.Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2011;24:199-208
55. Cesur C, Bir Grup Çalışan Yetişkinde Kaygı Düzeyi, Mükemmeliyetçilik ve Öfke Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,2017.
56. Köksal F, Gençdoğan B. Depresif Olanlar ile Olmayanların Suçluluk, Utanç ve Öfke Tarzlarının İncelenmesi(İnternet), Erişim tarihi: 20.02.2019, Erişim:<http://www.acarindex.com>
57. Sezan T. Spor Yapan ve Yapmayan Üniversite Öğrencilerinin Öfke İfade Tarzları, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2016.
58. Yöndem Z.D, Bıçak B. Öğretmen adaylarının öfke düzeyi ve öfke tarzları. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 5:2 (İnternet). Erişim tarihi:20.02.2019. Erişim: <https://www.researchgate.net>
59. Erkek N, Özgür G, Gümüş A.B. Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların SürekliÖfke ve Öfke İfade Tarzları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(2):9-18.
60. Beyece S. Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde ve Eşlerinde Öfke. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2008
61. Öz O, Erdem M, Yücel M, Akgün H, Yozgatlı G, Balıkçı A. Migren hastalarında öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. Gülhane Tıp Dergisi 2011;53:85-88
62. Karşıyaka S, Kavakçı Ö, Kuğu N, Güler A.S et al. Migren Hastalarında Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Öfke. Düşünen Adam TheJournal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013;26:360-366

63. Çelik C, Özdemir B, Çaycı T, Aparıcı M, Özmenler K.N, Özgen F. et al.
Esansiyel hipertansiyonda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. Gülhane Tıp Dergisi 2009;
51: 158-161



10. EKLER

Ek 1:

Sosyodemografik veri formu

- 1- Yaşınız:.....
- 2- Cinsiyet:
1)Kadın 2)Erkek
- 3- Medeni durumunuz:
1)Bekar 2)Evli 3) Boşanmış-Dul
- 4- Öğrenim durumunuz:
1)İlkokul 2)Ortaokul 3)Lise 4)Üniversite
- 5- Mesleğinizi belirtiniz:.....
- 6- Gelir düzeyiniz:
1)1500 TL ve altı 2)1500-3500 TL 3)3500 TL ve üstü
- 7- Kronik bir hastalığınız var mı?
1)Evet(.....) 2)Hayır
- 8- Hangisi veya hangileri olduğunu işaretleyiniz.
1)Diabetesmellitus
2)Hipertansiyon
3)Tiroid hastalıkları
4)KOAH- astım
5)Migren
6)Kalp hastalıkları
7)Romatizmal hastalıklar
8)Diğer.....
- 9- Düzenli kullandığınız ilaç var mı?
1)Evet(.....) 2)Hayır
- 10-Aile Hekimliği polikliniğine başvuru nedeniniz?
1) Hastalık nedeniyle muayene olmak
2) Kullandığım ilaçların tekrar reçete edilmesi
3) İlaç raporu çıkartmak
4) İstirahat raporu almak
5) Tetkik yaptırmak
6) Diğer bir polikliniğe sevk

Ek 2:**Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği****I.BÖLÜM**

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

1. Hiç 2. Biraz 3. Oldukça 4. Tümüyle

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
1.Çabuk parlarım.				
2.Kızgın mizaçlıyım.				
3.Öfkesi burnunda bir insanım				
4.Başkalarının hataları, yaptığın işi yavaşlatınca kızarım.				
5.Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.				
6.Öfkelenince kontrolümü kaybederim.				
7.Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.				
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.				
9.Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.				
10.Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.				

II.BÖLÜM

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duygunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan bölüme (x) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA....

Sizi ne kadar tanımlıyor?

	Hiç	Biraz	Oldukça	Tümüyle
11. Öfkemi kontrol ederim.				
12. Kızgınlığımı gösteririm.				
13. Öfkemi içime atarım.				
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.				
15. Somurtur ya da surat asarım.				
16. İnsanlardan uzak dururum.				
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.				
18. Soğukkanlılığımı korurum.				
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.				

20. İçin için kprtr ama gösteremem.				
21. Davranışlarımı kontrol ederim.				
22. Başkalarıyla tartışırım.				
23. İimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim.				
24. Beni ileden çıkararak her neyse saldırırım.				
25. fkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.				
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.				
27. Belli ettiğimden daha fkeliyim.				
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.				
29. Kötü Şeyler söylerim.				
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.				
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.				
32. Sinirlerime hâkim olamam.				
33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.				
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.				

Ek 3: SÖÖTÖ Ölçeği Kullanım İzni

ozer.akadir <ozer.akadir@gmail.com>

20 Ara 2018
Per 16:20

Alıcı: sumeyradasdelen@gmail.com

SnDaşdelen

Söz konusu ölçekleri çalışmanızda kullanabilirsiniz

Başarı dileklerle

ProfDr Kadir Özer



Ek 4: Tez Araştırma İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

İZMİR KATIP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - İZMİR KATIP ÇELEBİ
ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

30.01.2019 14:04 - 47104536 - 799 - E 4429



Sayı : 47104536-799
Konu : Tez İzni (Sümevra YAŞAR)

İZMİR KATIP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNE
(Aile Hekimliği Kliniği İdari Sorumlu ve Program Yöneticisi)

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği'nde görev yapmakta olan Ass. Dr. Sümevra YAŞAR'ın "Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının değerlendirilmesi" konulu uzmanlık tezi araştırmasının, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olmak koşulu ile hastanemizde yürütülmesi Hastanemiz Başhekimliği tarafından uygun görülmüş olup, Bilimsel Araştırma İzin Onay belgeleri ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op.Dr.Hilmi GÜNGÖR
Başhekim Yardımcısı.

Ek: Bilimsel Araştırma İzin Onay belgeleri

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim
AR-GE Birimi Karabağlar-İZMİR

Telefon: Faks No:

e-Posta: ilknur.gul1@saglik.gov.tr İnternet Adresi: ilknur.gul1@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 1b80db2b-6a3f-4849-a647-0090e0b5543d kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: İlknur GÜL

HEMŞİRE

Telefon No: 232 244 44 44-2873

Ek 5: Etik kurul kararı

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Sayın Doç. Dr. Berna ERDOĞMUŞ MERGEN

Karar No: 412
Tarih : 19.12.2018

KARAR

Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının Değerlendirilmesi adlı araştırma başvuru dosyasız kurumumuzda gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç. Dr. Özgür TOKALP
Başkan

Doç. Dr. Serdar BAYATA
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Yasemin TOKEM
Üye

T.KATILMADI
Prof. Dr. Belde Kasap DEMİR
Üye

Doç. Dr. Özgür TOSUN
Üye

Doç. Dr. Aslı BAYSAL
Üye

T.KATILMADI
Uzm. Dr. Ayşenur ATAY
Üye

T. KATILMADI
Dr. Mehmet ERTAN
Üye

Uzm. Dr. Doğu Barış KILIÇÇIOĞLU
Raportör Üye

Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem ÖYER ÇELİK
ÜYE

KARSI OY :

0692

T.C.
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ UNIVERSITY
Non-Interventional Clinical Studies
Institutionel Review Board

To : Berna ERDOĞMUŞ MERGEN, MD
From : Assoc. Prof. Orhan GÖKALP, MD, Chair
Date : 19.12.2018
IRB # : 412

Study Title : Evaluation of Trait Anger and Anger Expression Styles in Patients Applying to Family Medicine Outpatient Clinic.

At its board meeting **19.12.2018** your submission for the above referenced research study has received review and approval from İzmir Kâtip Celebi Non-Interventional Clinical Studies Institutional Review Board.

Assoc. Prof. Orhan GÖKALP



