



**ADÖLESANLARDA UYKU KALİTESİNİ
VE ÖFKE KONTROLÜNÜ ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Pelin GÖKOĞLU GÜRER

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı**

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Yüksek Lisans Tezi - 2018

**T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**ADÖLESANLARDA UYKU KALİTESİNİ VE ÖFKE
KONTROLÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Pelin GÖKOĞLU GÜRER

**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU**

**ERZURUM
2018**

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

**ADÖLESANLARDA UYKU KALİTESİNİ VE ÖFKE KONTROLÜNÜ
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Pelin GÖKOĞLU GÜRER

Tez Savunma Tarihi : 13.07.2018


Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU (Mersin Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Prof. Dr. Ayşe OKANLI (İstanbul Medeniyet Üniversitesi)

Jüri Üyesi : Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU (Atatürk Üniversitesi)

Onay

Bu çalışma yukarıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans** olarak kabul edilmiştir.


Prof. Dr. Duygu ARIKAN
Enstitü Müdürü

**Yüksek Lisans Tezi
ERZURUM - 2018**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Adölesan Dönem ve Özellikleri.....	4
2.2. Uykunun Tanımı, Fiziyojisi ve Adölesanda Uyku	8
2.2.1. Uykunun Değerlendirilmesi ve Uyku Döngüsü.....	9
2.2.2. Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler	13
2.3. Öfkenin Tanımı, Nedenleri ve Adölesanda Öfke	15
2.3.1. Öfkeyi Etkileyen Faktörler	17
2.4. Uyku Kalitesinin Öfke Kontrolüne Etkisi ve Hemşirelik Bakımı	19
3. MATERYAL VE METOD	22
3.1. Araştırmanın Şekli	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1. Soru Formu	23
3.5.2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi.....	23
3.5.3. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği.....	30

3.5.4. Verilerin Toplanması	31
3.6. Verilerin Analizi ve Yorumu	31
3.7. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları:.....	32
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA.....	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
KAYNAKLAR	64
EKLER	82
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	82
EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU	83
EK-3. SORU FORMU	84
EK-4. PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ	86
EK-5. SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZLARI ÖLÇEĞİ.....	90
EK-6. ETİK KURUL İZİN BELGESİ.....	93
EK-7. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI RESMİ KURUM İZİNİ	95

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkıları ile yöneten, tezimin her aşamasında yardımlarını esirgemeyen hocam Sayın Prof. Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU' na en derin saygı ve şükranlarımı sunarım.

Yüksek lisans tez süreçlerinde yardımlarını esirgemeyen Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Sayın Prof. Dr. Duygu ARIKAN'a, Sayın Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU'na ve Sayın Arş. Gör. Semra KÖSE'ye, Sayın Arş. Gör. Arzu ÇELEBİ' ye teşekkür ederim.

Tez kapsamında istatistiksel analizlerin yapılması ve yorumlanmasında destek olan Dr. Mahmut Turan EKTİREN' e (Marmara Üniversitesi, İstanbul) ve Öğr. Gör. Ebru YILDIZ' a (Mersin Üniversitesi, Mersin), her türlü destek ve kolaylığı sağladıkları için araştırmanın yapıldığı okulların idarecilerine ve okul rehber öğretmenlerine, çalışmalarım sırasında ilgi ve desteklerini esirgemeyen dostlarıma, yoğun eğitim dönemim boyunca sabırla beni destekleyen eşime ve aileme teşekkür ederim.

Pelin GÖKOĞLU GÜRER

ÖZET

Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Amaç: Araştırmanın amacı, adölesanların uyku kalitesini ve öfke kontrolünü etkileyen faktörleri belirlemektir.

Materyal ve Metot: Bu araştırma Adana ilinde bulunan altı farklı türde lisenin öğrencileri ile yürütülmüştür. Araştırmaya 646 kız, 483 erkek olmak üzere toplam 1129 adölesan katılmıştır. Verilerin toplanmasında; soru formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinden oluşan bir form kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımlar, ortalamalar, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson Korelasyon analizi hesaplamaları kullanılmıştır.

Bulgular: PUKİ puanlarına göre araştırmaya katılan adölesanların %32,6' sının uyku kalitesi iyi, %67,4' ünün uyku kalitesi kötü olarak belirlenmiştir ($p<0.05$). Adölesanların uyku kalitesi ve öfke ifadesi- öfke kontrolü döngüsünde yaş, cinsiyet, sınıf düzeyi, aile tipi, aile yapısı, ebeveynlerin eğitim durumu, aile içinde şiddete maruz kalma durumu, kötü alışkanlıklar kullanmanın etkili olduğu, doğum sırası, kardeş sayısı ve ebeveynlerin hayatta olma durumu değişkenlerinin döngüde etkili olmadığı görülmüştür. Adölesanların, sürekli öfke puanlarının $22,11\pm 6,09$; öfke içe vurum puanlarının $15,87\pm 4,24$; öfke dışı vurum puanlarının $15,89\pm 4,63$; öfke kontrol puanlarının ise $21,05\pm 4,89$ olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerini ilgisiz olarak tanımlayan adölesanların uyku kalitesi diğer grup adölesanlardan kötü, öfke düzeyleri yüksek ve öfke kontrolü düşük olarak tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Adölesanların uyku kalitesi kötüleştikçe öfke içe vurumu, öfke dışı vurumu ve sürekli öfke düzeylerinin arttığı, öfke kontrolünün azaldığı tespit edilmiştir. Adölesanların bilgiyi davranışa dönüştürmede desteğe ve uyku hijyeni ile öfke yönetimi konusunda eğitime ihtiyaçları olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Öfke, Öfke Kontrolü, Uyku, Uyku Kalitesi

ABSTRACT

The Relationship Between Sleep Quality and Anger Control in Adolescents and Determining The Affecting Factors

Aim: The purpose of the study is to determine the factors that affect adolescents sleep quality and anger control.

Material and method: This study was conducted with students from six different high school in the province of Adana. A total of 1129 adolescents, 646 female and 483 male, participated in the study. The data were collected with Question Form, Pittsburgh Sleep Quality Index and Continuous Anger and Anger Expression Scale. In evaluating the data; Percentage distributions, averages, significance test of difference between two means, one way variance analysis, Pearson Correlation analysis calculations were used.

Results: According to PUKI scores, 32.6% of the adolescents participating in the study had a good sleep quality and 67.4% had poor sleep quality ($p < 0.05$). Adolescents 'sleep quality and anger expression - age, gender, class level, family type, family structure, parents' educational status, exposure to family violence, bad habits were effective in terms of anger control, number of siblings and parental survival were not found to be effective in the cycle. Adolescents had 22.1 ± 6.09 of continuous anger scores; 15.87 ± 4.24 of anger-in-victory points; anger out-of-sight scores of 15.89 ± 4.63 ; and anger control scores of $21,05 \pm 4,89$. Sleep quality of adolescents who defined their parents as irrelevant was found to be worse than other group adolescents, high level of anger and low level of anger control ($p < 0.05$).

Conclusion: As the sleep quality of the adolescents deteriorated, anger, anger outburst and constant anger levels increased, and anger control decreased. It is believed that adolescents need support for transforming into information behavior and education about sleep hygiene and anger management.

Key Words: Adolescent, Anger, Anger Management, Sleep Quality, Sleep

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANOVA	: Tek Yönlü Varyans Analizi
AAP	: American Academy of Pediatrics
COH	: Cinsel Olgunlaşma Hızı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EEG	: Elektroensefalografi
EMG	: Elektromiyografi
EOG	: Elektrookülografi
HÜNEE	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
Non- REM	: Non-Rapid Eye Movement/ Hızlı Göz Hareketlerinin Olmadığı Uyku
PUKI	: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi
REM	: Rapid Eye Movement/ Hızlı Göz Hareketlerinin Olduğu Uyku
SF	: Soru Formu
SÖÖİTÖ	: Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for Social Science
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural/ Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü
UNİCEF	: United Nations International Children's Emergency Fund/ Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
WHO	: World Health Organization

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil No</u>	<u>Sayfa No</u>
Şekil 2.1. Tanner Evreleri.....	6
Şekil 2.2. Adölesanların Psikososyal Gelişim Dönemleri.....	7
Şekil 2.3. İnsanda Uyku Uyanıklık Döngüsü	10
Şekil 3.1. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksinin Puanlanması.....	29



TABLolar DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 4.1. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 4.2. Adölesanların Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı	35
Tablo 4.3. Adölesanların PUKI Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	36
Tablo 4.4. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre PUKI Alt Ölçekleri ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	37
Tablo 4.5. SÖÖİTÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı	41
Tablo 4.6. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SÖÖİTÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.7. Adölesanların PUKI Alt Boyutları ile SÖÖİTÖ Alt Boyutları Korelasyonu	46

1. GİRİŞ

Puberte ile başlayan adölesan çağ, insan yaşamındaki en etkileyici fizyolojik ve ruhsal geçiş süreçlerinden biri olarak görülmektedir. Adölesan çağı; içinde yaşanılan topluma, zaman dilimine ve bireysel özelliklere göre değişiklikler gösterebilir. Bu dönemdeki değişiklikler belirli bir düzen içinde gerçekleşir fakat başlangıcı ve seyri bireylere göre değişkenlik gösterir.¹ Dünya Sağlık Örgütü² (DSÖ), ‘10-19 yaşlar arasını “adölesan”, 15-24 yaşlar arasını “genç” ve 10-24 yaşlar arasını “gençlik” olarak tanımlamaktadır.² Dünya nüfusunun toplamı yedi milyarın üzerinde, bunun içinde adölesan bireylerin nüfusu ise yaklaşık 1,2 milyardır.³ Ülkemizde ise 10-19 yaş grubu nüfusun %17,2’sini oluşturmaktadır.⁴

Adölesan dönem fırtınalı, dengesiz, değişken, öfke kontrolünün zorlaştığı, çatışmalı ve stresli bir dönemdir. Bu dönemde adölesanlar fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimlerinin karşılanmasına ihtiyaç duyarlar. Adölesanın bu temel gereksinimlerinin karşılanması onun sağlıklı bir birey olmasını sağlar. Adölesan dönemde “büyüme gelişme, psikososyal gelişim, sağlığın geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması” amacıyla üzerinde durulması gereken önemli davranış ve gereksinimlerden birisi uyku aktivitesidir.⁵ Çünkü uyku problemlerinin adölesanlarda artan olumsuz uyku ve ruh haline neden olabildiği ve yaşamlarında bazı sorunlara yol açabildiği bildirilmektedir.⁶

Yapılan çalışmalar^{164,165,166} uyku kalitesini olumsuz etkileyen bazı etmenler tanımlamaktadır. Stres ve duygusal sorunları olan adölesanlar, özellikle uyku hijyeninin iyi olmadığı zamanlarda irritabilite ve olumsuz ruh hali yaşamaktadırlar.⁷ Ayrıca uyku örüntüsünün düzensiz olmasının uyku kalitesinde azalmaya, uyku kalitesinde ki azalmanın ise yaşam kalitesinin bozulmasına sebep olduğu bilinmektedir.⁸ Özellikle adölesan dönemde olup uykusunu yeterli alamayan ve dinlenemeyen birey, öfke

duygusuyla kendisine veya diğere insanlara zarar verebilir. Aynı zamanda öfke kontrolünde zorlanan bireyler de uykusuzluk problemleri yaşayabilirler.

İnsanın yaşamı boyunca öfke en fazla adölesan dönemde görölmektedir. Yetişkin yaşamına hazırlık olan adölesan dönemde birey, bir yandan özgürlüğünü yaşamak ve kendine ait yaşam alanına sahip olmak isterken öteki yandan ailesinin desteğine ihtiyaç duyabilir. Bir yandan karşı cins ile birlikte hayatı paylaşma isteğı, diğere yandan reddedileceğı korkusu yaşayabilir. Bir yandan mesleki seçim belirleme ve bu yönde çalışmalar yapma ihtiyacı hissederken, diğere yandan oluşacak rekabetten ve alınacak sorumluluktan kaçmak öfke duygusu hissetmesine neden olmaktadır. Eğer öfke tepkilerini kendi içerisinde yaşamayı tercih ederse ‘kendi kendini eleştirme, kendini suçlama, başarısızlık korkusu ve kendine acıma’ şeklinde duyguları olabilmektedir.⁹

Adölesanlarda öfkenin, fiziksel rahatsızlıkların yanı sıra, sigara- alkol kullanımına yönelme, akademik başarısızlık, okuldan kaçma, okulu bırakma gibi okul ve akran ilişkilerinde zorluklara ve yaşlıları tarafından reddedilmeye neden olduğu belirtilmiştir.^{10- 12}

Yaşam içerisinde hissedilen pek çok duygu gibi öfkenin de kontrol edildiğı takdirde birey için olumlu sonuçlar doğabileceğı bilinmelidir. Bireyin öfkesi ile başa çıkması öfkesini bastırarak değil, öfkesini tanıyarak mümkün olmaktadır. Öfkeyi tanımak, ‘öfkeye neden olan ve öfke ifadesini etkileyen’ adölesanın biyolojik yapısı, inançları ve yetiştiğı ortam gibi çevresel etkilerin bilinmesi ile sağlanır. Adölesanların öfke davranışları ardından yaşayacakları pişmanlıkları olmaması ve adölesanın öfkesini yapıcı bir şekilde ifade ederek kullanabilmeleri için öfke davranışlarını çok iyi tanımaları gerekir.¹³

Kaliteli uyku ile ‘öfke kontrol edebilme becerileri’ adölesanın sağlıklı bir birey olmasında önemli bir anlama sahipken, birbiri ile ‘döngüsel ilişki’ içerisinde.¹⁴

Adölesan dönemde elde edilen her türlü kazanım, erişkin bireyin yapıtaşısıdır.¹⁵ Çünkü öfkelerini kontrol edebilen bireyler problemleri daha iyi tanıyarak, daha sağlıklı düşünceler üretip, daha doğru kararlar ile sonuca ulaşmaktadırlar.¹⁶ Aynı şekilde karşlarına çıkan problemleri de çözdükleri için öfke duyguları daha az olmakta ve yaşadıkları öfke duygusunu daha sağlıklı ifade ederek, daha kaliteli uyku deneyimleyebilmektedirler.¹⁶

Bu sonuçtan yola çıkılarak literatür incelendiğinde, uyku kalitesi ve öfke kontrolü ilişkisini araştıran az sayıda araştırmaya rastlansa da adölesanlar üzerinde uyku kalitesi ve öfke kontrolü ilişkisini inceleyen araştırmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışma adölesanların yaşamında önemli yeri olan uyku kalitesi ve öfke kontrolünün arasındaki ilişkiyi ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen verilerin fizyolojik ve psikolojik yönden büyüme ve gelişmenin önemli olduğu adölesanlarda uyku kalitesinin iyileştirilmesi ve öfke kontrolünün sağlanmasında izlenebilecek yollarla ilgili önemli bilgilerin elde edilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Adölesan Dönem ve Özellikleri

Adölesan kelimesi Latince de ‘‘olgunluğa doğru büyüyen’’ anlamındadır.^{17,18} Adölesan dönem ise bireyde, fiziksel, psikososyal ve biyokimyasal olarak, hızlı, çocukluktan erişkinliğe geçiş zamanıdır.^{17,19-21}

Amerikan Psikiyatri Birliği (Psychiatric Glossary) adölesan dönemi, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal gelişme ile başlayan, bireyin bağımsızlığını ve sosyal üretkenliğini kazandığı, her bireye göre değişen bir zamanda sona eren kronolojik ve hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişmelerle karakterizedir’ diye açıklamıştır.²²

Adölesan döneme ilişkin yaş aralığı farklı kuruluşlara göre aşağıda görüldüğü gibi verilmiştir:

UNESCO, adölesan döneminin 15- 25 yaş arası, Birleşmiş Milletler 10- 19 yaş arası olduğunu belirtmiştir.²³

Dünya Sağlık Örgütüne göre ise adölesan dönemi 10-19 yaş arası^{24- 27} olarak tanımlanmaktadır.

Adölesan döneminin genellikle kızlarda 10-12, erkeklerde ise 11-14 yaş aralığında başlangıcı olduğu bilinmektedir.²⁷ Kişiler arası farklılıklar gözlenmekle birlikte, adölesan dönemin bireylerin yaşamış olduğu bedensel, zihinsel ve cinsel gelişim özelliklerine göre üç aşaması bulunmaktadır.²⁸⁻³² Erken adölesan dönem (11- 14 yaş) pubertal değişiklikler ve adölesanın bu değişikliklere yanıtları ile karakterizedir.³³

Orta adölesan dönem (15- 17 yaş) baskın akran uyumuna geçiş ile karakterizedir, adölesanlar ve onlarla etkileşim halinde bulunan bireyler için en zor zaman dilimini kapsamaktadır.³³

Geç adölesan dönem (18- 21 yaş), yetişkin ilişkiler geliştirmeyi ve yetişkin

rollerini üstlenmeyi içeren döneme geçişle karakterizedir. Birey çocukluk kimliğinden kurtulup aileden ayrılmaya ve yeni bir kimlik geliştirmeye, yetişkin dünyasına geçmeye çalışır.³³

Adölesan dönemde belirgin olarak boy, ağırlık, kemik ve kas kütlesinde artış gözlenmektedir. Adölesan dönemdeki değişimler cinsiyet, sosyo-ekonomik durum, kültür, çevresel etmenler ve geleneklerden etkilenir.^{34,35}

Adölesan dönemde fiziksel büyüme ve gelişmenin yanı sıra, cinsel olgunlaşmanında başladığını gösteren birincil ve ikincil cinsiyet özellikleri denilen kıllanma, memelerin büyümesi, ses değişiklikleri gibi değişiklikler ikincil cinsiyet özellikleri, erkeklerde penis, testis, kızlarda yumurtalıklar, vajina ve rahim gibi organların büyümesi ve işlevlerini yerine getirmeye başlaması gibi değişimler meydana gelir.³⁶

Adölesanların sağlık bakımı gereksinimlerinin saptanmasında, gelişimsel problemlerinin tanımlanmasında Cinsel Olgunlaşma Hızı (COH) evrelemesi kullanılmaktadır. COH, pubertede oluşan ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişiminin, Tanner evreleme yöntemi ile değerlendirilmesidir.³⁷⁻⁴³ Bu yöntem ile gelişimsel olarak adölesanın olgunlaşmasını kontrol etmeyi sağlar.⁴³

COH	Kızlarda	Erkeklerde
1. Aşama	Meme; infantil Kıllanma; pigmentli kıl yok.	Penis; infantil Testisler; pigmentli kıl yok.
2. Aşama	Meme; göğüs tomurcuğu belirmiş, papilla yükselmiş, areolanın çapı artmaya başlamıştır (telarş) (9- 13 yaş) Kıllanma; labia bölgede dağınık, hafif koyu ve düz kıl (adrenarş) (10- 11,5 yaş)	Penis; yumuşak ve genişlemiş (10,5- 14,5 yaş) Testisler; testis ve skrotum genişlemiş, skrotal deri pembe ve kıvamı değişmiş (9,5- 13,5 yaş) Kıllanma; penisin tabanında hafif koyu, yumuşak, uzun ve düz (12- 12,5 yaş)
3. Aşama	Meme; meme ve areola genişlemiş, yandan bakıldığında devamlılık gösteren kontur (12- 13 yaş) Kıllanma; daha koyu ve sert, kıvrıcıklaşmaya başlamış ve pubisin üzerine doğru artmıştır (11,5- 13 yaş)	Penis; boyuna ve enine büyümüş (13,5- 14,5 yaş) Testisler; Genişlemiş (13,5- 14,5 yaş) Kıllanma; daha koyu, kıvrıcık ve az miktarda (12,5- 14,5 yaş)
4. Aşama	Meme; areola ve papilla daha da büyümüş, ikisi de göğsün geri kalanının konturunu aşan bir çıkıntı oluşturmuştur (14- 17 yaş) Kıllanma; sert, kıvrıcık, erişkine göre daha az miktarda, tipik kadın pubik kıllanma, üçgeni doldurmamış (14,5- 16,5 yaş)	Penis; hem eni hem boyu belirgin büyümüş, glans gelişmiştir (13,5- 17yaş) Testisler; daha uzun ve skrotal deri daha koyudur (13,5- 17 yaş) Kıllanma; erişkin düzeydeki gibi sert ve kıvrıcık, fakat daha az miktarda (13,5- 16,5 yaş)
5. Aşama	Meme; erişkin göğsü, areola kabartısı düzleşmiş, tipik düz yuvarlak kontur, sadece papilla çıkıntılıdır (14- 17 yaş) Kıllanma; pubik üçgeni sık kaplamıştır (14,5- 16,5 yaş)	Penis; erişkin düzey şeklinde ve büyüklüğünde (13,5- 17 yaş) Testisler; erişkin düzey (13,5- 17 yaş) Kıllanma; erişkin düzey dağılım ve iç uyluğa yayılma (13,5- 16,5 yaş)

Şekil 2.1.Tanner Evreleri^{34, 161}.

Fizyolojik anlamda ‘büyüme ve gelişme’ ile ilgili değişikliğin yoğun yaşandığı yaşlar 12–16 yaşları arasındır.^{24,36,37,39,17,40- 42,44} Adölesanlar, bu dönemde vücutlarında meydana gelen hızlı fiziksel değişimlere karşı şaşkınlık ve endişe içerisindedirler. Adölesanlar bu duruma ayak uyduramazlar ve kişilere karşı davranış ve tepkilerinde ani çıkış yaparak tepki verirler. Yaşadıkları endişeler ise vücut yapılarının, hayallerindeki vücut yapısına uygun olup olmayacağına dairdir.^{36,17,39,45- 47}

Adölesanlar psiko- sosyal gelişim sürecinde inandıkları fikirleri, değerleri ve

inançları sorgularlar. Farklı inanç ve hayat tarzlarını merak eder ve seçtiği inanç- değer sistemine bağlanır.⁴⁸ Adölesanların psikososyal gelişimi ise üç dönemde incelenmektedir.

	ERKEN ADÖLESAN DÖNEM	ORTA ADÖLESAN DÖNEM	GEÇ ADÖLESAN DÖNEM
Bağımsızlık	Aile ile ilgili olaylara ilgisizlik.	Aile ile çatışmalarda pik noktasına ulaşma. Aileden bağımsız olma isteği.	Ailenin tavsiyesi ve değer yargılarını kabullenme. Aile ilişkilerinde dengeye ulaşma.
Vücut imajı	Pubertal değişimler hakkında endişelenme, görünümü hakkında emin olmama.	Vücut görüntüsünü kabul etme, cazip vücut görünümü için ilgi gösterme.	Pubertal değişimlerin kabulü.
Akran ilişkisi	Aynı cinsiyette arkadaşlarla yakınlaşma ve bir gruba ait olma dürtüsü.	Akran değerlerinin kabulü, cinsel aktivite değerlerinde artış, vakit ayırma.	Akranlar daha az önemli ve derinlemesine ilişkiler daha fazla.
Kişilik gelişimi	Soyut kavramlarda gelişme, hayal kurma, gerçekçi olmayan meslek seçimleri, dürtü kontrolünde eksiklik.	Duygusalılıkta artış, entelektüel kapasitede artış, güçlü olma duygusu, riskli davranışlar.	Gerçekçi meslek seçimleri, sosyal, dinsel, cinsel ve ruhsal değer yargılarını değerlendirme, uzlaşmada artış, sınırlar belirleme.

Şekil 2.2. Adölesanların Psikososyal Gelişim Dönemleri^{24,34,49}.

Adölesan dönemde sosyal gelişim toplumda saygınlık kazanma ve statü sahibi olma ile ilişkilidir.⁵⁰ Adölesanların bağımsız kararlar alabilme yetisi ve özgüven duygusunun gelişebileceği yönde desteklenmesi gerekir.⁵¹

Adölesan dönemde birey şefkat, mutluluk, sevgi gibi pozitif duyguların yanında korku (somut şeylere, benliğe, toplumsal ilişkilere, bilinmeyene karşı), fobiler (yükseklik, kan, açık alan, sosyal fobi), kaygı, öfke gibi negatif duyguları da sık yaşarlar.⁵² Bu duygusal gelişim ve değişim konusunda ki en önemli nokta, duygu yoğunluğundaki dalgalanmalardır.⁵³ Bu dönemde adölesanlarda karşı cinse âşık olma, utangaçlık, aşırı hayal kurma, tedirginlik, yalnız kalma isteği, çalışmaya karşı isteksizlik ve çabuk heyecanlanma gibi duygulanım durumları sıklıkla görülmektedir.

Adölesanların duygusal problemlerinin; yaşa, okula devam durumlarına, aile tutumlarına, adölesanların bireysel zekalarına ve yaşadıkları çevrede kabul edilme derecelerine göre değişiklik gösterdiği bildirilmektedir.^{36,54}

Adölesan dönemde birey sosyalleşme süreci içerisine girer ve yaşlılarıyla daha sık beraber olmak ister. Araştırmalar, gençlerin beyinlerinde, fiziksel ve mental becerileri etkileyen nöronlar arasındaki bağlantıların adölesan dönemin sonuna kadar gelişimini tamamlamadığına ve gençlerin duygularını, dürtülerini ve kararlarını kontrol etmedeki tutarsızlıklarının buna bağlı olabileceğine işaret etmektedir.³⁷ Geçmişin sorgulandığı gelecekle ilgili kararların verildiği adölesan dönem çocukluğun bağımlılığından, erişkinin bağımsızlığına geçiş dönemidir.⁴⁵

2.2. Uykunun Tanımı, Fizyolojisi ve Adölesanda Uyku

Uyku, kendi içinde belirli bir düzene sahip, fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan fiziksel ve ruhsal yönden sağlıklı olmanın temel koşulu olan kompleks bir süreçtir.^{55,56}

Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin geri döndürülebiyecek biçimde geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması halidir. Yaşamımızın 1/3' ünü oluşturan uyku insanlar için ortak bir gereksinimdir. Uyku, sadece günlük yaşamın dışında kalmış bir zaman parçası olmamakla birlikte, vücudun kendisini yenileyip, nefes alma, yemek yeme ve boşaltım kadar önemli, sağlıklı ve uzun yaşamın temeli olan bir gerekliliktir.⁵⁵⁻⁵⁸

Uyku, beyin sapı, hipotalamus, bazal ön beyinde ki yapı ve sistemlerinin iş birliği içinde çalışması ile oluşmaktadır.⁵⁹ Ortamda ki ısı ve ışık uyku için önem arz etmektedir. 24 saatlik gece- gündüz ya da uyku- uyanıklık dönemi sirkadyen ritim olarak adlandırılır.^{55,56} Sirkadyen süreçte, uyku/uyanıklık siklusunun zamanlaması ve ritmi, gün ışığına göre düzenlenmiştir.⁶⁰ Hipotalamusun ventroanterior bölgesindeki suprakiazmatik nucleus, 8 saatlik uyku, 16 saatlik uyanıklıktan oluşan sirkadyen ritmi kontrol eder.^{61,62,63}

Sirkadiyen ritmin çalışmasında, adölesan dönemdeki gelişimsel değışiklikler önemli rol oynar.⁶³ Bu gelişimsel değışiklikler biyolojik ritmi bozarak uykunun kalitesini bozar ve dolayısıyla fiziksel- mental işlevlerin de azalmasına neden olur.^{55,56,64,65}

2.2.1. Uykunun Değerlendirilmesi ve Uyku Döngüsü

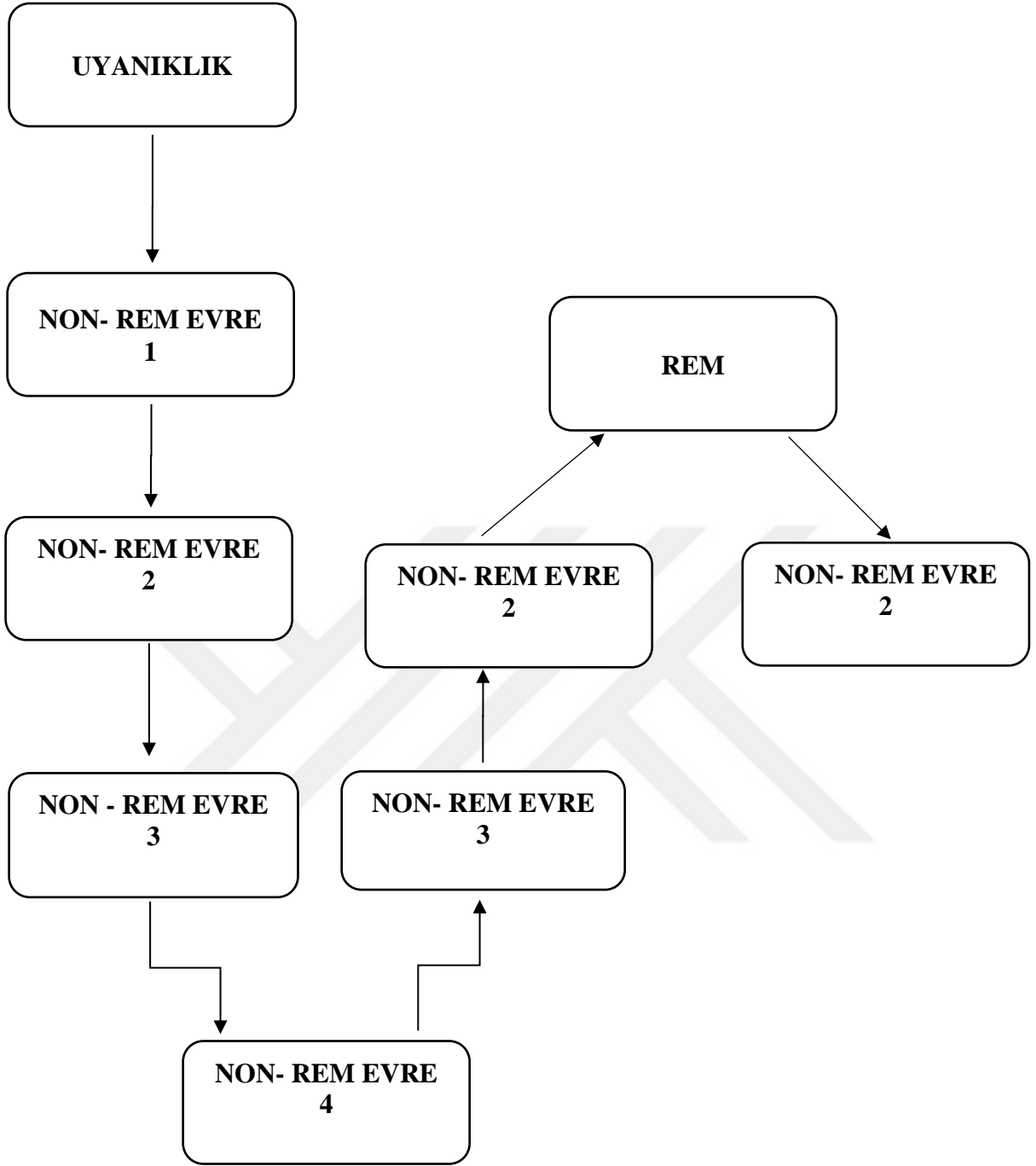
Uyku ve uykunun evreleri EEG ile beynin elektriksel aktivitesi, EMG ile kasların istirahat durumunda kasılıp gevşeme durumu ve EOG ile göz hareketleri saptanarak polisomnografik incelemelerle değerlendirilir.⁶⁶

Günlük yaşamın 1/3' lük kısmını oluşturan uyku, her gece birbirini izleyen iki farklı uyku tipinden oluşan aşamalar yaşar.⁶⁷

Bunlar;

1. Non-Rapid Eye Movement (Non-REM)
2. Rapid Eye Movement (REM) aşamalarıdır.

Uykunun başlangıcından 90 dakika sonra, ilk REM dönemi ortaya çıkar. Yaklaşık 90 dakika aralıklı, 1 gecede 3-5 REM dönemi geçilir,⁶⁸ uykunun başlangıcı ile ilk REM uykusunun bitimine kadar olan süre bir uyku siklusudur.⁶⁹



Şekil 2.3. İnsanda Uyku Uyanıklık Döngüsü⁶²

NON- REM Uykusu

Non- REM uykusunun 4 aşaması vardır.

I. Evre: Uyku ile uyanıklık arası geçiş dönemi olup⁷⁰, uyku çok hafiftir. Göz küresi hareketleri vardır,⁷¹ gözler yavaş dönme hareketleri gösterir.⁷² Solunum düzenli ve yavaştır, kalp vuruş oranı azalır.⁷² Dış uyaranlara tepki azalmıştır. Düşünceler, dağınık,⁷¹

kısa rüyalar görülebilir.⁷² Çoğu adölesan, bu evrede, öznel olarak kendini uyanık hisseder,⁷² hemen uyanabilir.⁷¹

Bu evrede, havada uçma ya da düşme hissi, düşüncelerin amaçsızca sürüklenmesi, yüz – el ve ayak kaslarında kasılma gibi durumlar olabilir.⁷⁰ Bu evre, tüm uykunun % 5'ini kapsar.⁷¹

II. Evre: Daha derin bir uyku evresidir.⁷¹ Adölesan, gevşemiş olup, kolayca uyandırılabilir.⁷⁰ Düşüncelerde bütünlüğün kaybolması ön plandadır.⁷² Gözler hareketsiz olup,⁷¹ çok az vücut hareketi görülür.⁷² Beden sıcaklığı ve kan basıncı düşer. Bütün uykunun yaklaşık %45-50'sini kapsar.⁷¹

III. Evre: Bu evrede, uykunun derinliği artmıştır. Uyanmak daha zordur. Parasempatik sinir sisteminin etkisine bağlı olarak, nabız ve solunum hızı düzenli ve oldukça yavaştır.⁷¹ Kaslar gevşektir. Isı kaybı yüksek ve vücut ısısı düşüktür.⁷⁰ Beyin dalgaları düzensiz olup, bütün uykunun yaklaşık %10'unu kapsar.⁷¹

IV. Evre: Çok derin uyku evresi olup, adölesanı uyandırmak oldukça güçtür, “delta uykusu” olarak da adlandırılır. Kan basıncı, nabız, solunum hızı ve oksijen tüketimi normalin altına düşer. Uyuyan adölesanın, nabız ve solunum sayısı, uyanık olduğu döneme göre %20- %30 oranında azalmıştır. Kasların gevşediği ve dinlenmenin sağlandığı evredir. Metabolizma yavaşlar, beden sıcaklığı düşer. Bu evre, kan kolesterol düzenini ve vücudun iyileşme sürecini etkiler. Gece gelen astım krizleri, bu evrede çok nadirdir. Büyüme hormonunun salgılanması da bu evrede olur.^{71,68} Diğer anabolik hormonların miktarında artış olur. Protein sentezi ve bazı dokuların onarımı gibi anabolik olaylar gerçekleşir, vücut fiziksel olarak dinlenir.⁷⁰

Bu evre, asıl uykunun olduğu evre olup, ‘fiziksel ve mental sağlığın’ iyi olması açısından gereklidir. Horlama, uykuda yatak ıslatma, uyurgezerlik, uykuda anlamsız konuşma^{70,71} bu evrede gerçekleşir. Bu evre, bütün uykunun %10'unu kapsar.⁷¹

REM Uykusu

Uykunun, beynin bazı bölgelerinin aktif iken, bazı bölgelerinin baskıda olduğu, desenkronize uyku veya paradoksal uyku diye tanımlanan kısmıdır.^{70,71} IV. evre uykusuna eklenerek sürer. Normal bir gece uykusunda, 5-10 dakika süren paradoksal uyku periyotları, ortalama 90 dakikada bir ortaya çıkar.⁷¹

En derin uyku evresi olan REM'de⁷¹, adölesanı uyandırmak, diğer dönemlere göre daha zordur. Bu yüzden, REM uykusu “disosiyatif durum” olarak da tanımlanır.⁷⁰ REM uykusunda, dışarıdan gözlenen bir durum olan göz kapaklarının altından gözün iki yana hareket etmesi hareketleridir.⁷¹ Bu evrenin tek karakteristiği, hızlı göz hareketleridir. Bazı REM uyku dönemlerinde, göz hareketleri aktivitesi oldukça yoğun iken, diğer bazı zamanlarda bu hareketler çok az ya da yoktur.⁷² Kalp atımında bradikardi, taşikardi dönemleri gözlenmekte, solunum sayısı ve derinliği değişmektedir.⁶⁸ Solunum, nabız hızı ve kan basıncı, yüksek ve düzensizdir. Gastrik salgılar artar, beden sıcaklığı ve metabolizma hızı yükselir, adrenal hormonlar salgılanır.⁷¹

Rüyaların %80'inin REM sırasında görüldüğü bilinmektedir.⁶⁸ REM uykusundan uyanan adölesanların, yaklaşık %80'inde rüyalar hatırlanır.⁷² REM uykusu rüyaları, non-REM' in tersine canlı, duygusal ve gerçekçidir.⁷¹ REM uykusu, ruhsal olarak bedenin dinlendiği ve onarıldığı evredir. Beyinde sorunlar çözülür ya da sorunlar, konular hakkında daha fazla çözümler üretilir. Önemli kararları alırken veya çözüm isteyen sorunlar öncesi uyumak, iyi sonuç verebilir.⁷¹ Ayrıca, öğrenme ile REM arasındaki ilişkinin varlığı, çeşitli deneylerle kanıtlanmıştır.⁷³

Bütün evrelerin yaşanması için, 1,5 saat yeterli olup,⁷¹ herhangi bir durum nedeniyle non-REM veya REM ortadan kalktığında, bir sonraki gecede, adölesanın, bir önceki gecenin eksikliğini tamamlar gibi, yoğun REM veya non-REM uykusu uyuduğu farkedilmiştir. Bu duruma “rebound fenomeni” adı verilir. Bu yüzden REM ve non-REM

çok önemlidir.⁶⁸

Delta uykusunda harcanan zaman, erken adölesan dönemde en yüksek seviyeye çıkar.⁷⁴ Adölesanlarda günlük ortalama 7- 10 saat uyku gereksinimi⁷⁵ olmakla birlikte 'kişisel alışkanlıklar, günlük aktiviteler, fiziksel ve ruhsal sağlık durumu' gibi faktörlere bağlı bu döneme özgü uyku gereksinimi artar. Ayrıca gece geç uyuma ve sabah geç kalkma adölesanların özelliklerindedir.⁷⁶

2.2.2. Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Bireyin uyandıktan sonra kendini enerji dolu, formda ve yeni güne hazır hissetmesi kaliteli bir uykunun göstergesidir.^{6,77- 81,84} Uyku kalitesi 'uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini ve uykunun derinliği, dinlendiriciliği' gibi daha öznel yönlerini kapsar. Hastalıklar, ilaçlar, nikotin, kafein, alkol, uykusuzluk, yorgunluk, ajitasyon gibi nedenler uyku kalitesini bozar. Kötü uyku kalitesi birçok psikolojik bozukluğa ve diğer tıbbi hastalıklara sebep olabilmektedir.^{6,77- 79}

Bireyin geleceğinin şekillendiği adölesan dönemde de uyku ihtiyacını ve uyku kalitesini pek çok faktör bozmaktadır. Bu faktörler aşağıda belirtilmiştir:

Yaş: Uykunun süresi ve uyku evrelerinin uzunluğu yaş dönemlerine göre bireylerde değişiklik göstermektedir.

Cinsiyet: Kadınların uyku süresinin erkeklere göre daha fazla olmasına rağmen erkeklerden daha fazla uyku sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu durum, toplumsal normlar gereği kadınların, erkeklere göre uyku ritmindeki ve ruhsal durumundaki değişikliklerden daha fazla etkilendiğini ve buna bağlı olarak anksiyete düzeylerindeki artış nedeniyle daha sık uyku problemi yaşadıklarını göstermektedir.⁸²

Egzersiz: Egzersiz yapan bireylerde salgılanan serotonin hormonu egzersiz yapmayan bireylere göre daha çok olacağından uyku kalitesinin egzersiz yapan bireylerde

daha iyi olabileceği düşünülmektedir. Aşırı yorgunluk dönemlerinde ise REM uykusunun ilk evresi kısa olurken, dinlendikçe REM uykusunun evreleri uzamaya başlamaktadır.^{6,78,83}

Beslenme: Yiyecek ve içeceklerin besin içeriğine göre uyku durumunu etkilediği bilinir. Protein içeren yiyecek ve içecekler uykuya dalmayı kolaylaştırırken, kafein içeren içecekler uyumayı zorlaştırır. Kilo durumunun da uyku düzeni üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir.^{6,78,83} Yapılan bir çalışmada, uyku bozukluğu ve uyku yoksunluğu ile beden kitle indeksi (BKİ) arasında ilişki olduğu saptanmıştır.⁸⁵ Taheri ve arkadaşları⁸⁶ topluma dayalı Wisconsin Kohort Uyku çalışmalarına katılanların 8 saatten az uyduğunu, beden kitle indeksi arttıkça uyku süresinin azaldığını bulmuşlardır. Adölesanlara yapılan Valencia- İspanya Sağlık ve Beslenme araştırmasında 9 saat ve üzeri ya da 6 saat ve altı uyku uyuyan adölesanların, obezite konusunda risk taşıdıkları görülmüştür.⁸⁵ Gündüz uyku hali ve yorgunluk obez bireylerde sık görülen şikâyetlerdendir.⁸⁷

Alkol ve Sigara kullanımı: Başlangıçta alkol alınması bireylerde uyku verici etki yaparak, uykuya dalmayı kolaylaştırmaktadır. Fakat ilerleyen süreçte uyku ritmini bozarak, uykunun bölünüp, uyku evreleri arasındaki geçişi artırır, Non-REM IV ve REM uykusunda azalmalara neden olur. Kafein içeren içeceklerin (sigara içme, çay, kahve, kakao gibi) fazla miktarda alınması uykuya dalmayı güçleştirip, uyku ritmini bozarak, gece sıklıkla, sabah erkenden uyanmaya sebep olur.^{87,83}

Hastalıklar ve ilaç kullanımı: Hastalıklar vücut için fiziksel ve psikolojik stres kaynağı oluşturur. Bu nedenle uyku ritmini bozarak uyku düzenini etkiler. Pek çok hastalık yaşattığı ağrı, fiziksel sıkıntı, anksiyete ve depresyon nedeniyle uykusuzluğa yol açar.^{78,83} Bazı ilaçlar uykunun kalitesini ve süresini etkileyebilir. Bazen hastalıkların tedavisi için kullanılan ilaçlar kombine etkiler nedeniyle ciddi uyku problemleri yaratabilir. Bunun dışında uyumak için önerilmiş bazı ilaçların yararlarından çok yeni

problemlere neden olduğu görülmüştür.^{87,78}

Çevresel ve Ailesel faktörler: Çevre, değişen koşullar nedeniyle bazen uykuya dalmayı kolaylaştırırken bazen de uykuyu engelleyebilmektedir. Gürültü ile uyku arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Gürültülü ortamlarda uyku yüzeyseldir, uyku süresi azalır. İyi havalandırılmış ortam dinlendirici uyku için gereklidir. Uyku kalitesini etkileyen diğer etmenleri ise ‘yatılan yatağın ölçüsü, rahatlığı, pozisyonu, tek ya da çift kişi ile yatmak’ gibi durumlarla açıklayabiliriz. Odanın ısısı da uykuya dalma ya da uykunun devamında önemli bir etkidir. Aşırı sıcak ya da soğuk ortam uyku kalitesini bozabilir.^{78,83}

Yaşantımız içinde olan anksiyete, stres, diğer emosyonel sorunlar ve durumsal krizler uyku düzeninde bozulmaya yol açar. Korku, üzüntü, yas, kuşku veya sevinç bireyin gevşeyip, uyumasına engel olur. Bireylerin yaşantıları ile ilgili mutsuzlukları ve endişeleri var ise uykularının da doyumsuz ve huzursuz olacağı düşünülür.⁷⁸

2.3. Öfkenin Tanımı, Nedenleri ve Adölesanda Öfke

İnsanın doğasında bulunan duygulardan olan öfke,⁸⁸ engellenme, haksızlık, adaletsizlik ve benliğine yönelik tehdit algılandığında, bireyin kendini savunmak ve karşıdakini uyarmak amacıyla sergilediği bir duygulanım biçimi’ olarak tanımlanabilir.⁸⁹⁻

92

Biyolojik faktörler, ailesel özellikler, okul yapısı, akran grupları, yaşam stili, kültürel ve ekonomik faktörler öfke üzerinde etkilidir. Gelişim dönemlerine baktığımızda, her insan yaşamı evresinde, özgün öfke yaşama nedenleri olduğunu görürüz.⁸⁸ Özellikle, adölesanın bireyselleşmeye başladığı bu dönemde, aileleriyle fikirlerinin örtüşmemesi ve özerklik arayışı gibi nedenler adölesanın öfkelenmesine neden olabilir.^{88,93-95} Bu dönem başarı ile atlatıldığında adölesanda kimlik ve rol bütünleşmesi oluşur. Bu durumda öfke, yapıcı özelliğiyle, ifade edilen, normal sağlıklı

bir duygu olur. Öfkenin sağlıklı olduğu durum ise bireyde saldırganlığın olduğu duygu halidir.^{88,96}

Öfke değişik biçimlerde ortaya çıkmaktadır, sağlıklı biçimde ifade edilmesi ve öfkeyi hafifletmek için farklı yöntemlere başvurmak önemlidir.^{97,98}

Öfke duygusunu açıklayan pek çok kuram öne sürülmektedir. Aşağıda bu kuramlardan bazı örnekler verilmiştir:

Biyolojik kurama göre öfke ‘saldırgan ve suça eğilimli davranışlarıyla, otonom sinir sisteminin öfke davranışını yönlendirmesine’ odaklanırlar. Bu yaklaşıma göre Lorenz (1966), insan genetiğinin kavga içgüdüsüne sahip olduğunu anlatır⁹⁹.

Davranışçı kurama göre öfke ‘engellenme ve saldırganlık’ ile birlikte ele alınır. Bu yaklaşıma göre birey engellendiği zaman saldırganlık davranışı ile tepki verir. Engellenme ise “Bireyin doyum sağlayıcı, amaçlı davranışlarına ulaşmasının bölünmesi” şeklinde tanımlanır.¹⁰⁰ Davranışçı kuram temsilcilerinden Skinner’ a göre öfke ‘çevresel uyarıcılara verilen öğrenilmiş tepkiler olduğunu ve ödüllendirilen bu davranışların tekrar ettiğini’ vurgulamaktadır. Araştırmacılara göre çocuk öfkeyle tepinmeye başladığında, isteklerini ele geçiriyorsa, öfkenin işe yaradığına karar vererek istediklerini elde etmek için sürekli öfkeli davranışları kullanacaktır.¹⁰¹

Sosyal öğrenme kuramına göre öfke ‘bireyin davranış özelliklerinin nedeni onların öğrenme geçmişlerinde yatar’ şeklinde açıklanır. Birey olaylar karşısında saldırgan davranışlarda bulunuyorsa, bunun nedenini onun geçmiş deneyimlerinden kaynaklandığını düşünmek gerekir. Birey farklı durumlar karşısında saldırganlığı ile istediklerine ulaşarak davranışı pekiştirilmiştir. Büyük olasılıkla bu kişinin saldırgan davranışları devam edecektir.⁹⁹

Psikoanalitik yaklaşıma göre öfke ‘bilinç dışında gizlenmiş güçlerin varlığının olduğunu’ vurgulamaktadır. Eğer birey öfkesi altında yatan nedenleri anlarsa, öfkeli

davranışlarını çözebilir. Psikoanalitik kuram dürtülerle ilişkili olduğundan öfke gibi güçlü duyguların bastırılmadan boşaltılması gerekir.¹⁰²

Öfkenin ifade edilmesi ile ilgili çeşitli ayrımlar vardır. Bunlar öfkenin dışa vurumu, öfkenin içe vurumu ve öfke kontrolüdür.

Öfkenin dışa vurumu; durumsal öfke düzeyindeki artış, öfkenin dışarıya yöneltilmesi ve saldırgan davranışların ortaya çıkması anlamına gelmektedir.

Öfkenin içe vurumu; kişinin öfkesini bastırarak, öfke etkenlerine karşı bilinçli şekilde uyum mekanizması geliştirmesidir. Öfkenin içe yöneltilmesinde uzak durma, sessizlik, mutsuzluk, küsme, ağlama gibi davranışlar ortaya çıkmaktadır.^{103,104,105} Bu durum bireyin kendisine zarar vermesine neden olur.¹⁰⁶ Adölesanların anoreksik ve bulimik tutumlarının ebeveynlerine karşı olan öfkenin bir ifadesi olduğu belirtilmektedir.^{107,108}

Öfke kontrolü ise; öfke ifadesini kontrol edebilme yeteneğidir.^{98,109} Bu konu üzerindeki çalışmalar kişinin öfke oluşturabilecek davranışlarını besleyen çevresel özelliklerini değiştirip, yerine daha uygun davranışlar kazanılması ve öfke davranışını etkili iletişim, atılgan davranışların kazanılması, sosyal desteklerin kullanımı, empatik olma, problem çözümleri, duygusal kontrolün artırılması, gevşeme yöntemlerinin kullanılması gibi çözümlerle kontrol etmeyi sağlamaktır.¹⁰⁴

2.3.1. Öfkeyi Etkileyen Faktörler

Öfke genellikle, ulaşılmak istenen hedefe ulaşmanın engellendiği, dışsal bir kaynaktan algılanan saldırganca ya da tehdit edici davranışlarla karşılaşılması durumunda ortaya çıkan bir durumdur.^{110,113} Öznel nedenlerle oluşan öfke, kişinin cinsiyet, toplum kültürü, yaş v.b. özelliklerine göre farklılık göstereceğinden, bireylerin ne zaman öfkelenecekleri konusunda kesin bir yargıya varılmaz.¹¹¹

Öfke ile ilgili yapılan bir araştırmada kız öğrencilerin öfkelerini dışa vurmaları

sırasında daha kontrollü davrandıkları, erkek öğrencilerin ise daha agresif davranışlarla öfkelerini dışa vurdukları görülmüştür.¹¹² Bireylerin çevreleriyle kurduğu iletişim ve sosyal yaşamları öfkenin dışa vurulmasına ve öfkenin şiddetine etki etmektedir.

Özmen ve Ark.'nın¹⁰⁶ yaptığı çalışmada adölesanların sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade şekillerini en çok etkileyen etkenlerin anksiyete, cinsiyet ve aile tipi olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Batıgün ve Utku¹¹⁴ yaptıkları araştırmada yeme davranışı ile öfke arasında anlamlı ilişki olduğu ve öfkenin yeme davranışını yordayan bir değişken olduğu, erkeklerin öfke ile ilişkili olarak, saldırgan tutumları daha fazla sergiledikleri saptanmıştır.

Albayrak ve Kutlu'nun¹⁰⁹ yaptığı çalışmada sürekli öfke düzeyi arttıkça, öğrencilerin öfkeyi içe atması ve öfkeyi dışa atması artmakta; öfke kontrolünün ise azalmakta olduğu bulunmuştur. Ayrıca, öğrencilerin sağlık sorunlarından etkilenmeleri ve Beden Kitle İndekslerinin artması ile öfkeyi baskılayarak içte tuttıkları durumun arttığı belirlenmiştir.

Tambağ ve Öz'ün¹⁰² yaptıkları araştırmada aile ile birlikte kalanların yetiştirme yurdunda kalan adölesanlardan eleştiriye uğrama, haksızlığa uğrama, ciddiye alınmama ve kaygılı davranışlar puanı daha yüksek bulunmuştur. Yetiştirme yurdunda yaşayan adölesanlarda ise çevreye yönelik öfke puanı, diğer adölesanların öfke puanından yüksek, ayrıca ailesi ile yaşan adölesan kızların erkeklere göre tüm alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

Gök'ün¹¹⁵ yaptığı aile içi şiddet ile öfke ifade etme şekilleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmasında, aile içinde şiddet gören adölesanların aile içinde şiddet görmeyen adölesanlara göre 'Sürekli Öfke, Öfke İçe, Öfke Dışa alt ölçeklerinden' yüksek puanlar aldıkları görülmüştür.

Kanoğlu'nun¹¹⁶ yaptığı çalışma sonuçlarına göre ailesinden arkadaşları ile ilgili

kısıtlama gören, haksızlığa uğradığını düşünen, ailesi tarafından fiziksel cezaya maruz kalan lise öğrencilerinin sürekli öfke düzeyleri etkilenmiştir.

Lutwak ve ark.'nın¹¹⁷ yaptıkları çalışmada kızlar ve erkekler arasında öfkenin içe yansıtılması arttıkça utanç artarken öfke kontrolünün azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Puskar ve ark.'nın¹¹⁸ kırsal kesimde yaşayan adölesanlarda depresif belirtiler, anksiyete, ilaç kullanımı, iyimserlik, benlik saygısı, algılanan sosyal destek gibi psikososyal değişkenler ile öfke arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Sonuç olarak olumsuz yaşam olayları, anksiyete, ilaç kullanımı ve depresif belirtiler arttıkça öfke düzeyinin arttığı saptanmıştır.

Eser ve Üstün'ün¹¹⁹ yaptıkları çalışmada ebeveynlerin ruhsal yapısı ile adölesanların öfke davranışları arasındaki ilişkiye bakılmış öfkeyi dışa veya içe yansıtma halleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Adölesanların öfkelerini dışa vurma tutumlarının ebeveynlerine benzer olduğu, özellikle öfkenin dışa vurumunda adölesan tutumlarının babalarının tutumlarına benzediği sonucuna ulaşılmıştır.¹¹⁹

Günümüzde, toplumumuzda ve dünyada, insanların öfkelerini kontrol edememelerinin yaygınlaşması üzerine, dikkatler bu kavram üzerinde yoğunlaşmıştır.¹²⁰ Bu konu ile ilgili bireyin her yaş döneminde yaşadığı öfke ifade şekillerinin araştırılması gerekmektedir. Adölesanlarda öfkenin olumsuz sonuçları hakkında çalışmalar varken, öfke ifadesinin ortaya çıkmasında etkili olan durumlar ile ilgili yeterince araştırma yoktur.

2.4. Uyku Kalitesinin Öfke Kontrolüne Etkisi ve Hemşirelik Bakımı

Adölesanlar fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimlerinin karşılanmasına ihtiyaç duymaktadırlar. Adölesan bu gereksinimler karşılandığında fiziksel ve psikolojik olarak sağlıklı bir birey olacaktır. Adölesan dönemde 'büyüme gelişme, psikososyal gelişim, sağlığın geliştirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması' için üstüne düşülmesi gereken davranış ve gereksinimlerden biri uyku aktivitesidir.⁵

Bireyin sağlığındaki aksama öncelikle kendini, uykuda ortaya koyduğu gibi uyku düzeninde olan aksama da genel sağlığın ve günlük hayatın üzerinde kesin ve doğrudan etkiler yaratır. Uyku aktivitesinin nitelik ve niceliği de çok önemlidir. Yapılan çalışmalarda uykunun kalitesi ile ilgili şikâyetlerin çok fazla olması uyku kalitesinin bireyin sağlığında önemli bir kavram olduğunu düşündürmüştür.^{78,121}

Karşılanmamış gereksinimlerin işaretçisi olan öfke, sonuçta ortaya çıkışı nasıl olursa olsun diğer birçok duygu gibi ‘anlaşılabilen, kabul edilebilen, kontrol edilebilen, özenle üzerinde durulup çözümlenmesi gereken bir duygudur’. Öfke yaratan duygular öfkeyi yaratan davranışlardan ayırt edildiğinde etkin bir biçimde kullanılmış olup yarar sağlayacaktır.¹⁰⁴

Öfke kontrolünün zorlaştığı, fırtınalı, dengesiz, değişken, çatışmalı ve stresli bir dönem olan adölesan döneminde en sık yaşanan duygulardan olan öfkeye neden olan uyarımlar genellikle sosyal kaynaklıdır. Alay edilmek, gülünç düşürölmek, tenkit edilmek, haksız yere cezalandırılmak, adölesana hükmedilmesi, eşyalarının habersizce alınması, yaşanan gelecek kaygısı, okul basarisi gibi sorumluluklar ile birlikte gelişen uyku düzenindeki bozulmalar adölesan dönemdeki bireyleri öfkelendiren konulardandır.¹²¹ Adölesanların deneyimlediği bu durumlar uykunun başlangıcında beklenen gevşemeye engel olmakta ve bu nedenle uykuya geçiş gecikmekte ya da uykuya geçilememekte, hatta uyku başlasa bile kesintilerle sürmekte ve bu durum öfke kontrolünü zorlaştırabilmektedir. Sonuçta uyku kalitesi ve öfke kontrolü birbirini etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Temel insan ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamaya yönelik bir meslek olan hemşirelik mesleği üyelerinin, adölesana bütüncöl bir yaklaşımla yardım edebilmek amacıyla bireyin diğer sorunlarına ek olarak uykuya ilişkin bilgileri, uyku ile ilgili sorunları, uykuyu etkileyen hastalıkları bilmeleri ve gerekli durumda uyku sorununa

müdahale edebilmeleri öngörülmektedir.¹²² Bireyin diğer sorunlarına ek olarak adölesan dönemi gibi kritik dönemlerde yaşanan sorunları belirleyerek planlamalar yapmaları ve gerekli girişimleri uygulamaları beklenmektedir.

Koruyucu sağlık ve okul sağlığı hizmetleri kapsamında adölesanlara, öğretmenlere ve ebeveynlere kaliteli uyku ve öfke kontrolü için gerekli olan sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını geliştirmeyi hedefleyen, çevre uyaranlarının kontrol edildiği ve temel uyku hijyeni ilkelerinin anlatıldığı hemşirelik girişimleri hakkında eğitimler vererek adölesanların kendi bakım stratejilerini belirleme konusunda yol gösterici olunmalıdır.

3. MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, adölesanların uyku kalitesi ve öfke kontrolü arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma verileri, Adana ili Çukurova İlçesinde bulunan farklı tipteki liselerde (Anadolu Lisesi, Özel Lise, Sağlık Meslek Lisesi, İmam Hatip Lisesi, Düz Lise, Teknik Meslek Lisesi) Kasım 2013 tarihinde toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Adana il merkezinde Seyhan, Yüreğir ve Çukurova olmak üzere 3 merkez ilçe bulunmaktadır. Tüm ortaöğretim kurumlarından örnekleri içinde barındırdığı düşünülen Adana İli Çukurova İlçesi araştırmanın evreni olarak seçilmiştir. Adölesan dönemin kendi içinde farklılaşan evrelere sahip olması ve her evrenin uyku düzeni ve öfke kontrolüne ilişkin davranışları^{25,34,49,50} farklılık gösterebileceğinden araştırma evrenini en iyi temsil edebilecek olan orta adölesan dönem ve geç adölesan dönem olarak düşünülmüştür. Bu nedenle araştırmanın evrenini, Çukurova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Örgün eğitim yapan liselerin 2013-2014 eğitim-öğretim yılında 9. (Kız= 353/ Erkek= 304) ve 12. (Kız= 313/ Erkek= 305) sınıflarında öğrenim gören adölesanlar (n= 1275) oluşturmuştur.

Evreni oluşturan Adana İli Çukurova İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü 2013- 2014 verilerine göre 13'ü özel, 15'i ise devlet olmak üzere toplamda 28 ortaöğretim kurumu vardır. Araştırmanın örneklemini belirlemek amacıyla Adana İli Çukurova İlçesi merkezinde Milli Eğitim Müdürlüğü' ne bağlı her okul (Anadolu Lisesi, Özel Lise, Sağlık Meslek Lisesi, İmam Hatip Lisesi, Düz Lise, Teknik Meslek Lisesi) örneğini temsil eden okullar arasından kura ile tespit edilmiş 6 okul seçilmiştir. Bu liselerin 9. Sınıflarında

bulunan toplam 657 öğrenci, 12. Sınıflarında bulunan toplam 618 öğrenci çalışmaya davet edilmiştir. Çalışma ebeveynleri tarafından onay verilen (18 yaş altı öğrenciler için) ve verilerin toplandığı dönemde okulda bulunan araştırmaya katılmaya gönüllü 1129 (%88) öğrenci ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ve Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzları Ölçeğinden alınan toplam puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişkenler: Adölesanların cinsiyeti, yaşı, sınıf düzeyi, aile tipi, doğum sırası, kardeş sayısı, kötü alışkanlıkları, ebeveynlerin hayatta olma durumu, eğitim düzeyi, aile yapısı ve adölesanın aile içi şiddete maruz kalma durumu bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; Soru Formu (SF), “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi” (PUKI), “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği” (SÖÖİTÖ) kullanılmıştır.

3.5.1. Soru Formu

Araştırmacı tarafından literatür^{5,7,8,124,125,126} taranarak geliştirilen soru formu, öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, aile yapısı, sosyal güvence, okul başarısı, uyku düzeni, stres yaratan durumlar vb.) ile uyku kalitesi ve öfke düzeyini etkileyebilecek değişkenler, ailelerin adölesanlara yönelik davranış ve tutumlarına yönelik soruları içeren açık ve kapalı uçlu olmak üzere toplam 11 soru bulunmaktadır.

3.5.2. Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi

“Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi” (The Pittsburgh Sleep Quality Index), 1989 yılında Buysse ve arkadaşları¹²⁷ tarafından, “psikiyatri uygulamaları ve klinik araştırmalarda, uyku kalitesinin değerlendirilebilmesi için geliştirilmiştir”. PUKİ’deki

maddeler; “uyku bozukluğu olan hastaların klinik gözlemlerinden, uyku kalitesiyle ilgili literatürde belirtilmiş diğer ölçeklerden ve PUKİ ile ilgili 18 aylık bir klinik izlenim döneminden yararlanılarak” düzenlenmiştir. PUKİ global skoru; 5’den büyük olması, “kötü uyku kalitesini” göstermektedir. Bu ölçeğin Türkiye için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları, “1996 yılında Ağargün ve arkadaşları¹²¹ tarafından yapılmış, ölçeğin Cronbach' s alfa güvenilirlik katsayısı 0,804” olarak bulunmuştur. PUKİ son bir ay içerisindeki uyku kalitesini değerlendirmektedir. PUKİ’ nin içeriği olan, toplam 24 sorunun 19 tanesi öz bildirim sorusu olup, 5 soru ise bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanmaktadır. Bahsedilen son 5 soru yalnızca klinik bilgi için olup, puanlamaya katılmamaktadır. Öz bildirim niteliğinde olan sonuncu soru (19.soru) bir oda arkadaşının veya eşin bulunup bulunmadığı ile ilgilidir ve PUKİ toplam puanına ve bileşen puanların da hesaplanmaz. Öz bildirim soruları uyku kalitesini sorgulayan değişik durumları içermektedir. Bunlar “uyku süresinin, uyku latensinin ve uyku ile ilgili özel sorunların sıklık ve şiddetinin tahmini” ile alakalıdır. Hesaplamaya katılan 18 madde (item); 7 bileşen (component) puanı şeklinde gruplara ayrılmaktadır. Bileşenlerin bazısı tek bir madde ile belirtilirken, diğer bazıları ise birkaç maddenin gruplandırılmasıyla belirtilmektedir. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilir. “7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını verir”. “Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahiptir”. Toplam puanın “yüksek” olması uyku kalitesinin kötü olduğu anlamına gelmektedir^{6,121,127}.

PUKİ’ nin 7 adet bileşeni; “uykusuzluk ya da aşırı uyuma yakınmaları olan hastalarla yapılan klinik görüşme sırasında en çok üzerinde durulan noktaların standardize edilmiş uyarlamalarıdır”. Bu bileşenler; “öznel uyku kalitesi (bileşen 1), uyku latensi (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6), ve gündüz uyku işlev bozukluğu

(bileşen 7)dur”^{6,121,127}.

Tek bir madde ile belirtilen bileşenler;

“Bileşen 1 (soru 6)”,

“Bileşen 3 (soru 4)”,

“Bileşen 6 (soru 7)” dır.

Bileşen 2 puanı; “soru 2 ve soru 5a”,

Bileşen 4 puanı; “soru 1, soru 3 ve soru 4”,

Bileşen 5 puanı; “soru 5b-j”,

Bileşen 7 puanı; “soru 8 ve soru 9 puanlarının toplamından” elde edilmektedir.

“Soru 4, hem bileşen 3’ün hem de bileşen 4’ün puanlamasında” kullanılmaktadır.

“Tüm PUKİ’ nin doldurulması ortalama 5-10 dakika, puanlaması yaklaşık 5 dakika sürmektedir”. PUKİ, “iyi uyku” ve “kötü uyku” tanımlanmasında uyku kalitesinin niceliksel ölçümünü vermektedir^{6,121,127}.

Bileşen 1: “Öznel uyku kalitesi soru 6’nın puanlaması ile elde edilir”.	
<u>Cevap</u>	<u>Bileşen 1 puanı</u>
Çok iyi	0
Oldukça iyi	1
Oldukça kötü	2
Çok kötü	3
Bu değerlendirme sonucunda bileşen 1 puanı elde edilmektedir.	
Bileşen 2: “Uyku latensi soru 2 ve soru 5a’nın puanlaması ile elde edilir”.	

Soru 2 için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
<15 dakika	0
16-30 dakika	1
31-60 dakika	2
>60 dakika	3

Buradan soru 2'nin puanı elde edilir.

Soru 5a için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Buradan soru 5a'nın puanı elde edilir.

Daha sonra soru 2 ve soru 5a'nın puanları toplanır ve aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır.

<u>Soru 2 ve soru 5a'nın toplamı</u>	<u>Bileşen 2 puanı</u>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

“Böylece elde edilen puan ile **bileşen 2** puanı bulunmuştur”.

Bileşen 3: “Uyku süresi soru 4'ün puanlaması ile elde edilir”.

<u>Cevap</u>	<u>Bileşen 3 puanı</u>
> 7saat	0
6-7 saat	1
5-6 saat	2
<5 saat	3
“Bu değerlendirme sonucunda bileşen 3 puanı elde edilmiştir”.	
Bileşen 4: “Alışılmış uyku etkinliği soru 1, soru 3 ve soru 4 ile hesaplanır”.	
<p>“Yatma saati (soru 1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki fark hesaplanıp, yatakta geçirilmiş süre bulunur”. “Daha sonra soru 4 ile uyuma saatinin süresi saptanıp, aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır”.</p> <p style="text-align: center;">Alışılmış uyku etkinliği (%) = $\frac{\text{Uyuma saatlerinin süresi}}{\text{Yatakta geçen saatlerin süresi}} \times 100$</p>	
<u>Alışılmış Uyku Etkinliği Cevap</u>	<u>Bileşen 4 puanı</u>
<%85	0
%75-84	1
%66-75	2
%65	3
“Alışılmış uyku etkinliği yukarıdaki gibi puanlandıktan sonra bileşen 4 puanı elde edilmiştir”.	
Bileşen 5: “Uyku bozukluğu soru 5b- j’ nin puanlaması ile elde edilir”. “Soru 5b, c, d, e, f, g, h, i, j soruları aşağıdaki gibi puanlanır”.	

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3
“Daha sonra soru 5b- 5j puanları toplanıp tekrar aşağıdaki gibi puanlanır”.	
<u>Soru 5b-5j toplamı</u>	<u>Bileşen 5 puanı</u>
0	0
1-9	1
10-18	2
19-21	3
“Bu değerlendirme sonucu bileşen 5 puanı elde edilir”.	
Bileşen 6: “Uyku ilacı kullanımını soru 7’nin puanlanması ile elde edilir”.	
<u>Cevap</u>	<u>Bileşen 6 Puanı</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3
Bu değerlendirme sonucunda bileşen 6 puanı elde edilir.	
Bileşen 7: “Gündüz işlev bozukluğu soru 8 ve soru 9 puanlanmasıyla elde edilmiştir”.	

Soru 8 için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç	0
Haftada birden az	1
Haftada bir veya iki kez	2
Haftada üç veya daha fazla	3

Bu değerlendirme sonucunda soru 8 puanı elde edilmiştir.

Soru 9 için:

<u>Cevap</u>	<u>Puan</u>
Hiç problem oluşturmadı	0
Yalnızca çok az problem oluşturdu	1
Bir dereceye kadar problem oluşturdu	2
Çok büyük problem oluşturdu	3

“Bu değerlendirme sonucunda soru 9 puanı elde edilmiştir”.

“Soru 8 ve soru 9 puanları toplandıktan sonra aşağıdaki gibi değerlendirme yapılır”.

<u>Soru 8 ve soru 9’un toplamı</u>	<u>Bileşen 7 puanı</u>
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

“Bu değerlendirme sonucunda **bileşen 7** puanı elde edilmiştir”.

Şekil 3.1. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Puanlanması^{6,121,127}

“Tüm bu değerlendirmeler sonucunda 1,2,3,4,5,6,7 bileşen puanları toplanıp

“Global Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi” (Global PSQI) puanı bulunur”^{6,121,127}.

3.5.3. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği

Orjinal adı “The State Trait Anger Scale” (STAS) olan ölçek, Spielberger¹²⁶ (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Özer¹²⁵ (1994) tarafından yapılmıştır. “Ölçek durumluluk ve süreklilik açısından öfke duygusu ve ifadesini ele almaktadır”. “Adölesana ve yetişkinlere uygulanan ölçek kendi kendine uygulanabildiği gibi grup olarak da kullanılabilir”. Aslı 44 madde olan bir ölçektir. Fakat Türkçeye Sürekli Öfke alt ölçeği çevrilmiştir^{125,103}.

“Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzı Ölçeği”, 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; “Sürekli Öfke, Öfke İçte, Öfke Dışa ve Öfke Kontrol” alt ölçekleridir. “Sürekli Öfke alt ölçeği puanı ilk 10 maddenin toplanmasıyla, Öfke İçte alt ölçeği puanı 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no’ lu maddelerin toplanmasıyla, Öfke Dışa alt ölçeği puanı 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no’ lu maddelerin toplanmasıyla ve Öfke Kontrol alt ölçeği puanı 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no’ lu maddelerin toplanmasıyla elde edilmektedir”. Ölçekte ters şekilde puanlanan madde bulunmamaktadır^{126,103}.

34 maddeden oluşan ölçek 4’lü Likert tipinde “(1-Hiç Tanımlamıyor, 2-Biraz Tanımlıyor, 3-Oldukça Tanımlıyor, 4-Tümüyle Tanımlıyor)” derecelendirilmektedir. “Sürekli Öfke’ den alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu, Öfke İçte alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin bastırılmış olduğunu, Öfke Dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin dışa yansıtıldığını ve Öfke Kontrol alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini göstermektedir”.

Ölçeğin uyarlanması aşamasında çeşitli örneklemelerden elde edilen güvenilirlik katsayıları Sürekli Öfke için $\alpha=67-92$ arasında, Öfke İçte için $\alpha=58-76$ arasında, Öfke Dışa için $\alpha=69-91$ arasında ve Öfke Kontrol için $\alpha=80-90$ arasında değişmiştir^{125,8}.

Mevcut araştırma için yapılan güvenilirlik katsayıları; “Sürekli Öfke için $\alpha=82$ ”,

“Öfke İçte için $\alpha=73$ ”, “Öfke Dışa için $\alpha=83$ ” ve “Öfke Kontrol için $\alpha=87$ ” olarak tespit edildi.

3.5.4. Verilerin Toplanması

Gerekli yasal izinler alındıktan sonra, araştırma kapsamındaki liselerin yöneticileri ile görüşüldü ve araştırma için çalışma saatleri belirlendi. Ailelere Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-5), 11 sorudan oluşan soru formu (EK-2) ve 34 maddeden oluşan “Sürekli öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği” (SÖÖITÖ) (EK-4) ile 19 sorudan oluşan “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi” (PUKI) (EK-3) adölesanlar aracılığıyla gönderildi. Adölesanın çalışmaya katılmasına izin veren ailelerden bilgilendirilmiş onam formunu imzalayarak belirtilen günde okul rehber öğretmenine ulaştırmaları istendi. Ebeveynleri tarafından çalışmaya katılmasına izin verilen (18 yaş altı öğrenciler için) ve planlanan günde okulda bulunan, araştırmaya katılmaya gönüllü öğrencilere (%88,54) veri toplama formları belirlenen tarihler ve saatlerde uygulandı. Veri toplanmasından önce rehber öğretmenlere tüm soru formları ile ilgili bilgi verildi, soruları yanıtlandı. Öğrenciler arasında etkilenmeyi engellemek amacıyla okullardaki tüm öğrencilere formlar rehber öğretmenlerin yardımıyla aynı anda uygulandı. Tüm formların uygulanması 30 dakika, verilerin toplanması yaklaşık iki hafta sürdü.

3.6. Verilerin Analizi ve Yorumu

Araştırma sonucundan elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar ortamı ile “SPSS 16 (Statistical Package for Social Science) paket programında” yapıldı.

- Verilerin analizinde adölesanların sosyo- demografik özelliklerini incelemek amacıyla normal dağılımlar, yüzdeler dağılımlar ve ortalamalar kullanıldı.
- “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi” ile ilgili verilerin analizinde “korelasyon analizi, bağımlı ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA)” kullanıldı.

- “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ölçeği” ile ilgili verilerin analizinde “Pearson Korelasyon yöntemine” göre analiz edildi.
- Sonuçların yorumlanmasında “ $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi” kabul edildi.

3.7. Araştırmanın Genellenebilirliği ve Sınırlılıkları:

Araştırma 2013-2014 eğitim-öğretim yılında Adana İli Çukurova İlçesi bulunan 6 lisenin 9. ve 12. sınıfında okuyan öğrenciler ile yürütüldü. Bu nedenle araştırmanın sonuçları, bu gruba genellenebilir.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmayı yapabilmek için ilgili kurumların müdürlüklerinden, yasal izinler alınıp, 18.09.2013 tarihli ve 19266 sayılı etik kurulun kararı ile çalışmaya başlandı (EK-6). Araştırma verileri için İl Milli Eğitim Müdürlüğü (EK-7) ve belirlenen okulların idarecilerinden milli eğitim müdürlüğünün yazılı izinleri doğrultusunda sözlü izin alınarak çalışmaya başlandı. Anket uygulanmasında cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiğinden araştırmaya alınanların (adölesan ve ailelerin) gönüllü ve istekli olmasına dikkat edilerek, çalışmaya katılıp katılmamakta özgür oldukları açıklandı. Buna ek olarak adölesanlardan verilerin toplanmasından önce ailelerinden yazılı onam (18 yaş altı öğrenciler için) alınarak (EK-5), adölesanlara ve ailelerine verdikleri bilgilerin gizli tutulacağı, başka hiçbir yerde ifşa edilmeyeceği, istedikleri anda çalışmadan çekilmekte serbest oldukları açıklandı.

4. BULGULAR

Adölesanların uyku kalitesi ve öfke kontrolü arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin incelendiği bu araştırmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 4.1. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Yaş		
14 yaş	401	35.5
15 yaş	239	21.2
17 yaş	365	32.3
18 yaş	124	11.0
Cinsiyet		
Kız	646	57.2
Erkek	483	42.8
Sınıf düzeyi		
9. sınıf	640	56.7
12. sınıf	489	43.3
Aile tipi		
Çekirdek aile	991	87.8
Geniş aile	106	9.4
Parçalanmış aile	32	2.8
Doğum sırası		
İlk çocuk	500	44.3
Ortanca çocuk	257	22.8
Son çocuk	372	32.9
Kardeş sayısı		
1	70	6.2
Madde kullanma (sigara- alkol) durumu		
Kullanan	115	10.2
Kullanmayan	1014	89.8

Tablo 4.1 incelendiğinde; adölesanların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Tablo 4.1 görüldüğü gibi örneklem grubunda yer alan adölesanların, %35,5' i 14 yaş grubunda, %57,2' si kız öğrencilerden oluşmaktadır. Adölesanların

%56,7' sinin 9. sınıfta olduğu belirlenmiştir.

Çalışma kapsamına alınan adölesanların %87,8' i çekirdek aile yapısına sahip, %44,3' ü ailenin ilk çocuğu, %70,1' inin ise en az 2 ya da 3 kardeşe sahip olduğu bulunmuştur. Adölesanların %89,8' i herhangi bir madde kullanmadığını ifade etmiştir.

Tablo 4.1. (Devamı) Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Ebeveynlerin yaşama durumu		
Yaşayan	1103	97.7
Yaşamayan	26	2.3
Anne eğitim durumu		
Okur Yazar Değil	49	4.3
İlköğretim- Ortaöğretim	729	64.6
Üniversite	351	31.1
Baba eğitim durumu		
İlköğretim- Ortaöğretim	629	55.7
Üniversite	500	44.3
Aile yapısı algısı		
Baskıcı	147	13.0
Aşırı Koruyucu	164	14.5
Mükemmel	174	15.4
İlgisiz	47	4.2
Anlayışlı	597	52.9
*Aile içinde şiddet yaşama durumu		
Şiddet Yaşayan	53	4.7
Şiddet Yaşamayan	1076	95.3
Toplam	1129	100

*Adölesanların kendi ifadelerine göre

Adölesanların %97,7' sinin ebeveynlerinin hayatta olduğu, annelerini %64,6'sının, babalarını ise %55,7' sinin ilk ve orta öğretim mezunu olduğu ve %52,9' unun ailelerini anlayışlı olarak ifade etmişlerdir. Adölesanların %4,7'si aile içi şiddet yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.1. (Devamı) Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	n	%
Okul Tipi		
Düz Lise	170	15,3
Özel Lise	130	11,5
Anadolu Lisesi	205	18,1
Sağlık Meslek Lisesi	203	17,9
İmam Hatip Lisesi	258	22,8
Teknik Meslek Lisesi	163	14,4
Toplam	1129	100

Örneklem grubunda yer alan adölesanların %15,3'ü düz lise, %11,5'i özel lise, %18,1'i Anadolu lisesi, %17,9'u sağlık meslek lisesi, %22,8'i imam hatip lisesi, %14,4'ü teknik meslek lisesi öğrencilerinden oluşmaktadır.

Tablo 4.2. Adölesanların Uyku Kalitesi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Uyku Kalitesi	n	%
Uyku Kalitesi İyi (0- 5 Arası)	368	32,6
Uyku Kalitesi Kötü (5 ve 5'in üzeri)	761	67,4
TOPLAM	1129	100

Tablo 4.2 incelendiğinde PUKİ' ye göre adölesanların uyku kalitesi puan ortalamaları verilmiştir. PUKİ puanlarına göre araştırmaya katılan adölesanların %32,6'sının "uyku kalitesi iyi", %67,4' ünün "uyku kalitesi kötü" olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Adölesanların PUKİ Alt Boyut ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

PUKİ	n	X ±	sd	Min-	Max
Öznel Uyku kalitesi (1)	1129	0,87±	0,91	0-	3
Uyku latensi (2)	1129	1,12±	0,74	0-	3
Uyku süresi (3)	1129	0,75±	1,00	0-	3
Alışılmış uyku etkinliği (4)	1129	1,11±	0,64	0-	3
Uyku bozukluğu (5)	1129	0,70±	0,45	0-	1
Uyku ilacı kullanımı (6)	1129	0,91±	0,96	0-	3
Gündüz işlev bozukluğu (7)	1129	0,75±	0,69	0-	3
TOPLAM UYKU	1129	6,24±	3,37	0,00-	17,00

Tablo 4.3’de adölesanların PUKİ puan ortalamaları görülmektedir. Adölesanların PUKİ alt bileşenlerinden “öznel uyku kalitesi” puan ortalaması $0,87 \pm 0,91$, “uyku latensi” puan ortalaması $1,12 \pm 0,74$, “uyku süresi” puan ortalaması $0,75 \pm 1,00$, “alışılmış uyku etkinliği” puan ortalaması $1,11 \pm 0,64$, “uyku bozukluğu” puan ortalaması $0,70 \pm 0,45$, “uyku ilacı kullanımı” puan ortalaması $0,91 \pm 0,96$ ve “gündüz işlev bozukluğu” puan ortalaması $0,75 \pm 0,69$ olup, PUKİ toplam puan ortalaması $6,24 \pm 3,37$ olarak belirlendi.

Tablo 4.4. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre PUKI Alt Ölçekleri ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Öznel Uyku Kalitesi (1) X±SS	Uyku Latensi (2) X±SS	Uyku süresi (3) X±SS	Ahşılmış uyku etkinliği (4) X±SS	Uyku bozukluğu (5) X±SS	Uyku ilacı kullanımı (6) X±SS	Gündüz işlev bozukluğu (7) X±SS	Toplam Uyku X±SS
Okul Tipi								
Düz Lise	0,82±0,90	1,13±0,84	0,87±0,93	1,15±0,61	0,76±0,43	0,98±0,96	0,74±0,65	6,63±3,32
Özel Lise	0,80±0,72	1,25±0,65	0,77±1,02	1,07±0,58	0,74±0,46	1,08±0,98	0,79±0,63	6,77±3,24
Anadolu Lisesi	0,78±0,98	1,40±0,75	0,76±1,08	1,09±0,62	0,65±0,38	0,97±0,91	0,78±0,66	6,25±3,48
Sağlık Meslek Lisesi	0,88±0,73	1,43±0,66	0,65±0,94	1,16±0,66	0,61±0,41	0,86±1,08	0,71±0,65	6,20±3,27
İmam Hatip Lisesi	0,76±0,88	1,12±0,75	0,69±1,02	1,12±0,62	0,88±0,45	0,94±0,94	0,76±0,63	5,76±3,22
Teknik Meslek Lisesi	0,86±0,71	1,38±0,72	0,77±1,00	1,11±0,65	0,76±0,42	1,16±0,93	0,81±0,61	5,79±3,29
f	3,207	2,299	1,828	2,299	2,299	2,299	2,299	2,299
p	0,908	0,085	0,158	0,221	0,065	0,239	0,065	0,835
Yaş								
14 Yaş	0,81±0,88	1,06±0,74	0,66±0,98	1,06±0,62	0,66±0,47	0,81±0,92	0,69±0,68	5,77±3,33
15 Yaş	0,77±0,85	1,11±1,74	0,82±1,00	1,16±0,63	0,66±0,47	0,87±0,94	0,79±0,69	6,21±3,26
17 Yaş	0,97±0,95	1,20±0,76	0,77±1,02	1,12±0,64	0,77±0,41	0,98±0,97	0,77±0,68	6,61±3,39
18 Yaş	0,94±0,96	1,12±0,72	0,82±1,00	1,19±0,69	0,73±0,44	1,08±1,04	0,83±0,78	6,73±3,46
f	3,207	2,299	1,808	1,880	4,855	3,645	1,877	4,922
p	0,022	0,076	0,144	0,131	0,00	0,012	0,132	0,00
Cinsiyet								
Kız	1,06±0,95	1,13±0,74	0,80±1,02	1,17±0,64	0,75±0,43	0,87±0,93	0,81±0,68	6,61±3,44
Erkek	0,61±0,78	1,11±0,75	0,68±0,96	1,04±0,63	0,64±0,47	0,96±1,00	0,67±0,70	5,74±3,20
t	8,39	0,37	2,02	3,46	3,96	-1,57	3,19	4,32
p	0,00	0,71	0,04	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00
Sınıf Düzeyi								
9. sınıf	0,80±0,87	1,08±0,73	0,72±0,99	1,10±0,62	0,66±0,47	0,83±0,93	0,73±0,68	5,94±3,31
12. sınıf	0,96±0,95	1,18±0,75	0,78±1,01	1,13±0,65	0,76±0,42	1,01±0,99	0,78±0,70	6,64±3,40
t	-3,02	-2,22	-1,12	-0,89	-3,70	-3,04	-1,33	-3,47
p	0,00	0,02	0,26	0,37	0,00	0,00	0,18	0,00
Aile tipi								
Çekirdek aile	0,84±0,90	1,11±0,73	0,73±1,00	1,10±0,64	0,69±0,45	0,90±0,96	0,74±0,69	6,14±3,37
Geniş aile	1,08±0,92	1,18±0,79	0,82±1,02	1,20±0,65	0,76±0,42	0,90±0,97	0,82±0,67	6,79±3,24
Parçalanmış aile	1,09±0,99	1,25±0,84	1,09±0,99	1,15±1,62	0,81±0,39	1,15±0,84	0,90±0,73	7,46±3,35
f	4,318	0,885	2,296	1,183	1,880	1,071	1,355	3,941
p	0,014	0,413	0,101	0,307	0,153	0,343	0,258	0,020
Doğum Sırası								
İlk çocuk	0,87±0,94	1,10±0,73	0,77±1,03	1,13±0,65	0,73±0,44	0,85±0,95	0,77±0,70	6,25±3,31
Aradaki çocuk	0,87±0,91	1,18±0,74	0,81±1,02	1,12±0,65	0,71±0,45	0,93±0,94	0,78±0,70	6,41±3,49
Son çocuk	0,87±0,87	1,11±0,75	0,67±0,93	1,09±0,62	0,67±0,47	0,97±0,97	0,70±0,68	6,11±3,36
f	0,008	0,637	1,231	,217	1,322	1,724	1,226	,416
p	0,999	0,591	,297	,884	,266	,160	,299	,741

Tablo 4.4. (Devamı)

Özellikler	Öznel Uyku Kalitesi (1) X±SS	Uyku Latensi (2) X±SS	Uyku süresi (3) X±SS	Ahşılmış uyku etkinliği (4) X±SS	Uyku bozukluğu (5) X±SS	Uyku ilacı kullanımı (6) X±SS	Gündüz işlev bozukluğu (7) X±SS	Toplam Uyku X±SS
Kardeş Sayısı								
1	0,82±0,99	1,11±0,73	0,71±0,98	1,05±0,63	0,70±0,46	1,04±1,14	0,82±0,83	6,28±3,86
2- 3	0,85±0,89	1,12±0,74	0,73±0,99	1,11±0,62	0,72±0,44	0,90±0,94	0,74±0,67	6,20±3,28
4- 5	0,93±0,93	1,12±0,73	0,81±1,03	1,15±0,69	0,66±0,47	0,93±0,99	0,78±0,71	6,41±3,49
6- 8	1,00±1,03	1,10±0,74	0,75±1,08	1,12±0,64	0,65±0,48	0,57±0,81	0,65±0,69	5,85±3,54
9 ve üzeri	1,00±0,66	1,40±0,84	0,80±1,03	1,00±0,81	0,70±0,48	1,10±0,73	0,90±0,87	6,90±3,60
f	0,594	0,352	0,268	0,432	0,737	1,683	0,669	0,402
p	0,667	0,842	0,899	0,785	0,567	0,152	0,613	0,807
Madde kullanımı (sigara- alkol) durumu								
Kullanan	0,77±0,88	1,27±0,84	0,87±1,14	1,11±0,68	0,77±0,42	1,41±1,09	0,89±0,77	7,13±3,78
Kullanmayan	0,88±0,91	1,11±0,73	0,73±0,98	1,12±0,63	0,70±0,45	0,85±0,93	0,73±0,68	6,14±3,30
t	-1,23	2,29	1,43	-0,11	1,64	6,04	2,27	2,98
p	0,21	0,02	0,15	0,90	0,10	0,00	0,02	0,00
Ebeveynlerin Yaşama Durumu								
Yaşayan	0,87±0,91	1,13±0,75	0,75±1,00	1,11±0,64	0,71±0,45	0,90±0,96	0,75±0,69	6,25±3,38
Yaşamayan	0,88±0,86	0,92±0,48	0,73±0,91	1,19±0,63	0,57±0,50	1,00±0,97	0,73±0,77	6,03±3,01
t	-0,64	1,41	0,10	-0,58	1,48	-0,47	0,18	0,31
p	0,94	0,15	0,91	0,55	0,13	0,63	0,85	0,75
Anne Eğitim Düzeyi								
Oku Yazar Değil	1,00±0,97	1,34±0,75	0,75±0,96	1,10±0,68	0,71±0,45	0,91±0,88	0,93±0,77	6,77±3,34
İlköğretim- Ortaöğretim	0,88±0,92	1,12±0,75	0,77±1,01	1,17±0,64	0,70±0,45	0,88±0,96	0,75±0,67	6,30±3,37
Üniversite	0,82±0,89	1,10±0,73	0,70±0,98	0,99±0,61	0,71±0,45	0,97±0,96	0,73±0,72	6,04±3,36
f	0,953	2,327	0,576	9,747	0,035	1,054	1,892	1,317
p	0,386	0,098	0,562	0,000	0,966	0,349	0,151	0,268
Baba Eğitim Düzeyi								
İlköğretim- Ortaöğretim	0,87±0,90	1,13±0,77	0,80±1,01	1,16±0,64	0,69±0,46	0,87±0,95	0,78±0,69	6,33±3,37
Üniversite	0,86±0,92	1,11±0,71	0,68±0,98	1,06±0,63	0,72±0,44	0,95±0,97	0,72±0,70	6,13±3,36
t	0,24	0,38	1,88	2,69	-1,20	-1,28	1,44	0,98
p	0,81	0,70	0,05	0,00	0,22	0,19	0,15	0,32
Aile Yapısı Algısı								
Baskıcı	0,88±0,92	1,29±0,73	0,77±1,06	1,20±0,77	0,76±0,42	1,12±1,03	0,83±0,78	6,87±3,49
Aşırı Koruyucu	1,00±0,91	1,24±0,77	0,86±0,99	1,25±0,68	0,71±0,45	1,08±1,00	0,92±0,65	7,10±3,50
Mükemmel	0,77±0,93	1,02±0,75	0,73±1,01	1,09±0,60	0,60±0,48	0,68±0,89	0,65±0,65	5,58±3,25
İlgisiz	1,25±0,94	1,40±0,82	0,89±1,06	1,23±0,66	0,95±0,20	1,08±1,08	1,14±0,75	7,97±3,28
Anlayışlı	0,83±0,89	1,06±0,71	0,70±0,98	1,06±0,59	0,70±0,45	0,86±0,92	0,68±0,67	5,90±3,23
f	3,749	6,451	1,096	4,267	6,284	6,306	9,332	10,543
p	0,005	0,00	0,357	0,002	0,000	0,000	0,000	0,000
Aile İçinde Şiddete Yaşama durumu*								
Şiddet Yaşayan	0,84±0,92	1,52±0,74	0,84±1,16	1,35±0,78	0,81±0,39	1,24±1,10	0,88±0,77	7,52±3,60
Şiddet Yaşamayan	0,87±0,91	1,10±0,74	0,74±0,99	1,10±0,63	0,70±0,45	0,89±0,95	0,74±0,69	6,18±3,34
t	-0,19	4,10	0,72	3,33	4,23	2,59	1,60	4,15
p	0,84	0,00	0,46	0,00	0,00	0,01	0,10	0,00

Tablo 4.4'te PUKI alt ölçekleri ve toplam puan ortalamalarının adölesanların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması verilmiştir.

Okul tipi değişkenine göre adölesanların PUKI toplam puan ortalaması ve ölçek alt boyutları ortalamaları açısından “gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur” ($p>0,05$).

Yaş değişkenine göre 18 yaş grubu adölesanların PUKI puan ortalamaları ($6,73\pm 3,46$), diğer yaş grupları puan ortalamalarından yüksek ($p<0,05$), Cinsiyet değişkenine göre kızların PUKI puan ortalamaları ($6,61\pm 3,44$) ise erkeklerin puan ortalamalarından ($5,74\pm 3,20$) “yüksek” bulunmuştur ($p<0,05$).

Sınıf düzeyi değişkenine göre 12. sınıf adölesanların uyku kalitesi puan ortalamaları ($6,64\pm 3,40$), 9. sınıf adölesanların uyku kalitesi puan ortalamalarından ($5,94\pm 3,31$) yüksek bulunmuştur. Sınıf değişkenine göre PUKI'nin “toplam puan ortalamaları, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı” alt boyutları puan ortalamaları açısından “gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur” ($p < 0,05$). “Alışılmış uyku etkinliği, uyku süresi, gündüz işlev bozukluğu” alt boyutları puan ortalaması açısından ise “gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır” ($p>0,05$)”.

Aile tipi değişkenine göre parçalanmış aile tipine sahip adölesanların PUKI puan ortalamaları ($7,46\pm 3,35$), diğer grupların puan ortalamalarından yüksek olduğu, PUKI'nin öznel uyku kalitesi alt boyutu puan ortalaması açısından “gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur” ($p<0,05$).

Doğum sırası ve kardeş sayısı değişkenine göre PUKI toplam puan ortalaması ve ölçek alt boyutları puan ortalamaları açısından “gruplar arasındaki fark anlamsız bulunmuştur” ($p>0,05$).

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi madde kullanan adölesanların PUKI puan ortalamaları ($7,13\pm 3,78$), madde kullanmayan adölesanlardan ($6,14\pm 3,30$) yüksek bulunmuştur.

Madde kullanım durumuna göre PUKI' nin "toplam puan ortalamaları, uyku latensi, alışılmış uyku etkinliği, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu" alt boyutları puan ortalamaları açısından "gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur" ($p<0,05$).

Ebeveynlerinin yaşama durumu değişkenine göre PUKI toplam puan ortalaması ve ölçek alt boyutları ortalamaları açısından "gruplar arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır" ($p>0,05$).

Anne eğitim durumuna göre anneleri okuryazar olmayan adölesanların PUKI puan ortalamalarının ($6,77\pm3,34$), diğer grupların PUKI puan ortalamalarından daha yüksek olmasına karşın, anne eğitim düzeyine göre sadece PUKI alt ölçeği alışılmış uyku etkinliği puan ortalaması açısından arasında "gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmıştır" ($p<0,05$).

Baba eğitim düzeyine göre PUKI alt ölçekleri uyku süresi ve alışılmış uyku etkinliği puan ortalamasının diğer eğitim düzeylerinden anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

Aile yapısı algısına göre ilgisiz aile yapısına sahip olan adölesanların PUKI puan ortalamalarının ($7,97\pm3,28$), diğer grupların PUKI puan ortalamalarından anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aile yapısı değişkenine göre "uyku süresi" alt ölçeği dışındaki diğer alt ölçekler ve PUKI toplam puan ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur".

Tablo 4.4'te görüldüğü gibi aile içinde şiddet yaşama durumuna göre aile içerisinde şiddet yaşayan adölesanların PUKI puan ortalamalarının ($7,52\pm3,60$), şiddet yaşamayan adölesanların PUKI puan ortalamalarından ($6,18\pm3,34$) daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aile içinde şiddet yaşama değişkenine göre PUKI toplam puan ve "uyku latensi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı" alt ölçekleri puan ortalamaları açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$).

Tablo 4.5. SÖÖİTÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Dağılımı

	n	Min-	Max	X±SS
Sürekli Öfke	1129	10,00	40,00	22,11 ± 6,09
Öfke İçe	1129	8,00	32,00	15,87 ± 4,24
Öfke Dışa	1129	8,00	32,00	15,89 ± 4,63
Öfke Kontrol	1129	8,00	32,00	21,05 ± 4,89

Tablo 4.5’de Adölesanların “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği ve alt ölçekleri puan ortalamaları” verilmiştir. Adölesanların SÖÖİTÖ alt ölçekleri puan ortalamalarına bakıldığında, Sürekli Öfke alt ölçeğinin puanı 22,11±6,09, Öfke içe alt ölçeğinin puanı 15,87±4,24, Öfke dışa alt ölçeğinin puanı 15,89±4,63 ve Öfke kontrol alt ölçeğinin puanı 21,05± 4,89 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.6. Adölesanların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SÖÖİTÖ Alt Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler	Sürekli Öfke X±SS	Öfke İçe X±SS	Öfke Dışa X±SS	Öfke Kontrol X±SS
Okul Tipi				
Düz Lise	21,40±6,55	18,66±4,16	15,31±4,53	21,08±4,75
Özel Lise	22,32±5,43	15,12±4,88	16,71±4,52	20,97±4,69
Anadolu Lisesi	23,43±4,33	18,19±4,11	16,33±4,64	20,84±4,78
Sağlık Meslek Lisesi	21,31±6,22	17,12±4,48	15,34±4,63	21,81±4,82
İmam Hatip Lisesi	22,70±6,44	16,52±5,16	16,55±5,63	20,98±4,92
Teknik Meslek Lisesi	23,63±6,33	15,44±4,66	16,20±4,73	21,92±4,88
f	0,742	0,340	0,140	0,440
p	0,946	0,646	0,132	0,241
Yaş				
14 Yaş	21,38±5,88	15,35±4,04	15,26±4,44	21,47±4,88
15 Yaş	22,33±5,96	15,33±4,12	15,93±4,68	20,64±4,71
17 Yaş	22,37±6,26	16,54±4,23	16,21±4,63	20,85±4,92
18 Yaş	23,26±6,33	16,58±4,77	16,87±4,96	21,08±5,11
f	3,739	7,807	4,899	1,774
p	0,011	0,000	0,002	0,150
Cinsiyet				
Kız	21,93±6,10	15,88± 4,18	15,67±4,53	20,64±4,79
Erkek	22,35±6,09	15,87± 4,34	16,17±4,76	21,61±4,96
t	-1,13	0,036	1,793	3,319
p	0,25	0,971	0,073	0,001
Sınıf Düzeyi				
9. sınıf	21,74±5,92	15,34±4,07	15,51±4,54	21,16±4,83
12. sınıf	22,60±6,28	16,57±4,37	16,38±4,72	20,91±4,96
t	-2,35	-4,84	-3,11	0,86
p	0,01	0,00	0,00	0,38
Aile Tipi				
Çekirdek aile	22,01±6,11	15,81±4,23	15,82±4,59	21,05±4,90
Geniş aile	22,50±5,84	16,08±3,78	16,33±4,90	20,78±4,96
Parçalanmış aile	23,81±6,32	17,03±5,88	16,62±4,97	21,93±4,14
f	1,587	1,406	0,987	0,685
p	0,205	0,245	0,373	0,504

Tablo 4.6. (Devamı)

Özellikler	Sürekli Öfke X±SS	Öfke İçer X±SS	Öfke Dışa X±SS	Öfke Kontrol X±SS
Doğum Sırası				
İlk çocuk	22,09±6,05	16,14±4,46	15,87±4,60	20,88±4,84
Aradaki çocuk	22,18±6,12	15,58±4,10	15,79±4,57	21,06±4,79
Son çocuk	22,09±6,15	15,72±4,04	15,98±4,73	21,27±5,01
f	0,02	1,83	0,13	0,67
p	0,97	0,16	0,87	0,51
Kardeş sayısı				
1	22,12±6,77	15,81±4,94	15,71±4,77	20,70±5,16
2- 3	22,16±5,94	15,91±4,18	15,94±4,58	21,05±4,84
4- 5	22,06±6,41	15,80±4,18	15,94±4,79	20,91±4,97
6- 8	21,32±6,60	15,10±4,43	14,57±4,33	21,85±4,98
9 ve üzeri	22,10±4,43	16,5±5,48	17,00±5,79	23,60±3,74
f	0,185	0,440	1,007	1,077
p	0,946	0,780	0,402	0,366
Madde (alkol- sigara) kullanma durumu				
Kullanan	23,18±6,73	17,12±5,03	17,51±5,66	21,04±4,82
Kullanmayan	21,99±6,01	15,73±4,12	15,70±4,47	21,16±5,48
t	2,17	3,33	3,97	0,251
p	0,141	0,007	0,003	0,973
Ebeveynlerin Yaşama Durumu				
Yaşayan	22,09±6,12	15,84±4,23	15,88±4,63	21,07±4,86
Yaşamayan	22,76±5,12	17,60±6,22	16,60±6,42	23,40±3,91
t	0,55	0,743	0,991	1,312
p	0,58	0,292	0,885	0,754
Anne Eğitim Durumu				
Oku Yazar Değil	20,53±5,62	14,93±3,96	14,57±3,84	22,04±4,96
İlköğretim- Ortaöğretim	22,20±6,03	15,82±4,09	15,76±4,48	20,83±4,83
Üniversite	22,15±6,27	16,12±4,57	16,33±5,00	21,37±4,97
f	1,738	1,845	3,851	2,485
p	0,176	0,158	0,022	0,084
Baba Eğitim Durumu				
İlköğretim- Ortaöğretim	21,90±6,00	15,67±4,07	15,53±4,31	21,08±4,90
Üniversite	22,38±6,20	16,16±4,44	16,33±4,97	21,04±4,86
t	1,32	3,382	4,171	0,415
p	0,187	0,088	0,18	0,977
Aile Yapısı Algısı				
Baskıcı	24,49±6,27	17,37±4,48	17,68±5,26	19,82±5,37
Aşırı Koruyucu	23,57±6,24	16,50±3,79	15,62±4,58	20,37±4,73
Mükemmel	20,86±6,38	15,12±4,19	15,19±4,49	22,10±5,04
İlgisiz	24,87±5,11	18,76±4,93	17,29±4,59	20,51±4,99
Anlayışlı	21,27±5,70	15,32±4,06	15,34±4,38	21,28±4,67
f	15,819	15,480	11,054	5,705
p	0,000	0,000	0,000	0,000
Aile İçi Şiddet Yaşama Durumu*				
Şiddet Yaşayan	24,90±6,64	17,88±4,82	17,58±5,54	19,66±5,42
Şiddet Yaşamayan	21,97±6,04	15,77±4,19	15,80±4,57	21,12±4,85
t	3,42	3,546	2,729	2,133
p	0,00	0,001	0,009	0,088

*Adölesanların Kendi İfadelerine Göre

*p<0,05

Tablo 4.6’da SÖÖİTÖ alt ölçekleri puanlarının adölesanların sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması verilmiştir.

Okul tipi değişkenine göre adölesanların ‘SÖÖİTÖ’ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında gruplar arasında “istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir” ($p > 0,05$).

Yaş değişkenine göre adölesanlarda ‘SÖÖİTÖ’ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışı alt boyutları puan ortalamaları arasında “istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir” ($p < 0,05$). Öfke kontrol alt boyutu puan ortalaması açısından ise gruplar arasındaki fark anlamsız olsa da 14 yaşında ki adölesanların puanı ($21,47 \pm 4,88$) diğer yaş gruplarından yüksek bulunmuştur ($p > 0,05$). Yapılan ileri analiz (LSD) testi sonucunda Öfke içe alt faktöründe 14-17, 14-18, 15-17 ve 15-18 yaşları arasında 14 ve 15 yaşları lehine anlamlı fark görülmüştür. Öfke dışı alt faktöründe 14-18 ve 15-18 yaşları arasında 14 ve 15 yaşları lehine anlamlı fark görülmüştür ($p < 0,05$).

Cinsiyet değişkenine göre adölesanlarda ‘SÖÖİTÖ’ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında öfke kontrol alt boyutu puan ortalamaları arasında “istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir” ($p < 0,05$). Anlamlı bir fark olmasa da erkeklerin sürekli öfke ($22,35 \pm 6,09$) ve öfke dışı ($16,17 \pm 4,76$) alt boyutları puanı kızlardan yüksek bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sınıf Düzeyi değişkenine göre adölesanlarda ‘SÖÖİTÖ’ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışı alt boyutları puan ortalamaları arasında “istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir” ($p < 0,05$). 9. Sınıfta olan adölesanların öfke kontrol puanı ise ($21,16 \pm 4,83$) 12. Sınıfta olan adölesanlara göre yüksek bulunmuştur ($p > 0,05$).

Aile Tipi, Doğum Sırası, Kardeş Sayısı değişkenlerine göre adölesanlarda

‘SÖÖİTÖ’ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında “istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir” ($p>0,05$).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi madde (sigara- alkol) Kullanma değişkenine göre adölesanlarda ‘SÖÖİTÖ’ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında öfke içe ve öfke dışı alt boyutları puan ortalamaları arasında “istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir” ($p<0,05$). Madde kullanımı olan adölesanların öfke kontrol puanı ($21,16\pm 5,48$) diğer gruptan düşük, sürekli öfke puanı ($23,18\pm 6,73$) ise diğer gruptan yüksek bulunmuştur ($p>0,05$).

Ebeveynlerin yaşama durumu değişkenine göre adölesanlarda ‘SÖÖİTÖ’ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında “istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir” ($p >0,05$).

Anne eğitim durumu değişkenine göre adölesanlarda ‘SÖÖİTÖ’ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında sürekli öfke, öfke içe ve öfke kontrol alt boyutları puan ortalamaları arasında “istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir” ($p >0,05$). Anneleri lisans- yüksek lisans eğitim durumuna sahip adölesanların öfke dışı puanı ($16,33\pm 5,00$) diğer gruplardan anlamlı şekilde yüksek olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Baba eğitim durumu değişkenine göre adölesanlarda ‘SÖÖİTÖ’ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında “istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir” ($p>0,05$).

Aile yapısı algısı değişkenine göre adölesanlarda ‘SÖÖİTÖ’ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında “sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol” alt boyutları puan ortalamaları arasında “istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir” ($p <0,05$). İlgisiz aile yapısını ifade eden adölesanların sürekli öfke ($24,87\pm 5,11$) ve öfke içe puanı ($18,76\pm 4,93$), baskıcı aile yapısını ifade eden adölesanların öfke dışı puanı

(17,68±5,26) ve mükemmel aile yapısı olduğunu tanımlayan adölesanların öfke kontrol puanı (22,10±5,04) diğer gruplardan yüksek bulunmuştur. Yapılan LSD testi sonucunda “sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol” puanları baz alındığında anlayışlı aile ve diğer aile tipleri arasında anlayışlı aile lehine anlamlı fark görülmüştür (p <0,05).

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi aile içi şiddet yaşama değişkenine göre adölesanlarda ‘SÖÖİTÖ’ alt boyutlarının puanlarına bakıldığında sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı alt boyutları puan ortalamaları arasında “istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir” (p <0,05). Aile içinde şiddet yaşamayan adölesanların öfke kontrol puanı (21,12±4,85) ise diğer grup adölesanlardan yüksek bulunmuştur (p>0,05).

Tablo 4.7. Adölesanların PUKİ Alt Boyutları ile SÖÖİTÖ Alt Boyutları Korelasyonu

		Uyku Latensi	Öznel Uyku Kalitesi	Uyku süresi	Alışılmış uyku etkinliği	Uyku bozukluğu	Uyku ilacı kullanımı	Gündüz işlev bozukluğu	Toplam uyku	Sürekli öfke	Öfke içte	Öfke dışı	Öfke kontrol
Uyku Latensi	r	1	,202**	,282**	,327**	,212**	,258**	,261**	,578**	,256**	,206**	,209**	-,101**
	p		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001
Öznel Uyku Kalitesi	r		1	,264**	,274**	,243**	,227**	,323**	,611**	,143**	,159**	,109**	-,076*
	p			,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,010
Uyku süresi	r			1	,564**	,192**	,229**	,308**	,694**	,197**	,161**	,176**	-,126**
	p				,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Alışılmış uyku etkinliği	r				1	,262**	,238**	,333**	,677**	,227**	,217**	,183**	-,146**
	p					,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
Uyku bozukluğu	r					1	,207**	,278**	,472**	,189**	,232**	,152**	-,077**
	p						,000	,000	,000	,000	,000	,000	,009
Uyku ilacı kullanımı	r						1	,328**	,613**	,230**	,193**	,238**	-,121**
	p							,000	,000	,000	,000	,000	,000
Gündüz işlev bozukluğu	r							1	,638**	,221**	,208**	,169**	-,090**
	p								,000	,000	,000	,000	,002
Toplam uyku	r								1	,334**	,307**	,286**	-,172**
	p									,000	,000	,000	,000
Sürekli Öfke	r									1	,437**	,726**	-,451**
	p										,000	,000	,000
Öfke içte	r										1	,404**	-,076*
	p											,000	,010
Öfke dışı	r											1	-,448**
	p												,000
Öfke kontrol	r												1
	p												

** Korelasyon 0.01 seviyesinde (2-kuyruklu) anlamlıdır.

* Korelasyon 0.05 seviyesinde (2-kuyruklu) anlamlıdır.

Tablo 4.7’ de PUKİ alt boyutları ile SÖÖİTÖ alt boyutları arasındaki ilişki düzeyi verilmiştir. Buna göre alt boyutlar arasında zayıf korelasyonlar ($r= 0.00$ ile 0.39) bulunmuştur. Adölesanların PUKİ alt boyutları ile SÖÖİTÖ alt boyutlarından “Sürekli Öfke, Öfke İç ve Öfke Dışa” alt boyutları arasında zayıf, pozitif yönlü ve anlamlı ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. PUKİ alt boyutları ve SÖÖİTÖ’ nin alt boyutu “Öfke Kontrolü” alt boyutu arasında zayıf, negatif yönlü ve anlamlı ilişkinin var olduğu görülmüştür ($p<0,05$).



5. TARTIŞMA

Adölesan dönem; “fiziksel, biyokimyasal, ruhsal ve sosyal yönden hızlı büyüme, gelişme ve olgunlaşma aşamalarından oluşan çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemidir”. Bu geçiş döneminde adölesanlar bilişsel ve psikososyal yönden gelişimlerini devam ettirmektedirler. Adölesan dönemde birey ihtiyaçları olan uyku süresinin (8.5-9.25 saat) yalnızca %15’ini uyumaktadırlar.^{127,128} Teknolojinin gelişmesi ve okul yaşamındaki yoğunluk nedeniyle birçok adölesan AAP’ nin önerdiği günlük olarak uyuması gereken 8- 10 saat arası uyku ihtiyacını karşılayamamaktadır.¹²⁹

Fizyolojik bir gereksinim olan uykunun öğrenme, bellek oluşumu ve duygusal düzenlemeler ile yakından ilişkisi olduğu bilinir.¹³⁰ Bu yüzden sağlıklı olan uyku davranışı beden ve ruh sağlığını etkileyerek bağışıklık sisteminde ve diğer düzenleyici sistemlerde hayatı tehdit edebilecek bozulmalara sebep olabilmektedir.¹³¹

Bu araştırma, “orta öğretimde öğrenim görmekte olan 1129 adölesanın uyku kalitesi ve öfke kontrolü arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla değerlendirilmiş olup, elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır”.

Araştırma kapsamındaki adölesanların büyük oranı 14 yaş olup, çoğunluğu 9. Sınıf öğrencilerinden, yarısından fazlası kızlardan oluşmaktadır (Tablo 4.1). Adölesanların ailevi özellikleri yönünden incelenmesinde çoğunluğu çekirdek aile yapısına sahip ilk çocuk olduğunu, 2 ya da 3 kardeşli olduğu görülmüştür. Adölesanların çoğunluğu sigara ve alkol kullanmadığını belirtmişlerdir (Tablo 4.1). Adölesanların büyüme ve gelişmesinin sağlıklı olabilmesi için, çoğunluğunun madde kullanmıyor olması istenen bir sonuçtur. Adölesanların neredeyse tamamına yakınının anne babası yaşamakta, annelerinin ve babalarının yarısından fazlasının ilköğretim- orta öğretim mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 4.1).

Çalışmamızda PUKI toplam puanları incelendiğinde adölesanların yarısından

fazlasının uyku kalitesinin ‘‘kötü’’ olduğu sonucuna ulaşılmıştır. şenol ve ark.’ nin³¹ adölesanların uyku kalitesi ve etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında ve Tekeli’ nin¹⁶⁰ lise son sınıf öğrencilerinin uyku kalitelerini incelediği çalışmasında da adölesanların yarısından fazlasının kötü uyku kalitesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Uyku adölesanın düşünme, davranış ve duygu yeteneklerinin gelişimini önemli şekilde etkilemektedir. Öğretmenler, anne-babalar ve adölesanların kendisi, son 20 yıldır yapılan çalışmalarda adölesanların uykularını yeterince alamadıklarını ifade etmişlerdir.¹³³⁻¹³⁵ Adölesanın yoğun tempolu okul programı, okul dışı sosyal etkinlikleri ve heyecanlı yaşantı uyku düzeninin bozulmasına yol açar. Okul nedeniyle erken kalkmaya devam eden adölesanlar diğer etkinlikler nedeniyle de giderek daha geç yatmaya başlarlar.¹³⁵ Yukarıda belirtilen bu nedenler bu çalışmaya katılan adölesanların da uyku kalitelerinin kötü olması sonucunu doğurmuş olabilir. Çalışmanın sonuçları ‘‘kötü uyku kalitesi’’ sıklığı açısından ‘‘diğer çalışmalarla uyumludur’’^{31,133-135,160}. Bu durum ‘‘uyku kalitesi ile ilgili sorunların’’ adölesanlarda ‘‘yaygın’’ olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Çalışmamızda adölesanların uyku kalitesini kendilerinin bütünüyle nasıl değerlendirdiğini saptayan PUKI ‘‘özel uyku kalitesi’’ alt boyutu puanı sonucu ‘çok iyi’ olarak bulundu. Buna göre adölesanlar uykularının iyi olduğunu düşünmektedirler. Diğer alt boyutlara göre kötü olarak saptanan uyku kalitesinin adölesanların kendilerince çok iyi olarak tespit edilmesi düşündürücüdür.

Çalışmamızda, adölesanların yattıktan sonra uykuya dalma süresini değerlendiren PUKI ‘‘uyku latensi’’ alt boyutu adölesanların uykuya dalma süresinin 16-30 dk. arasında değiştiğini göstermektedir. Aynı şekilde şenol ve ark.,³¹ Xu ve ark.,¹³⁶ ve Gupta ve ark.,¹³⁷ yaptığı çalışmalarda da adölesanların uyku latensi puanı 16-30 dk. olarak belirlemiştir. ‘‘Uykuya dalma süresi’’ açısından, bulgularımız çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda, şenol ve ark.³¹ İle Xu ve ark.’nin¹³⁶ adölesanlarla yaptığı

çalışmalara benzer şekilde adölesanların PUKI “**uyku süresi**” alt boyutu puanlamasına göre “7 saat ve üzerinde” uyudukları bulunmuştur. “Uyku süresi” açısından, bulgularımız literatürle uyumludur. Uyku gereksinimi yaşa göre değişebilmektedir. Adölesanların 13 yaşından yetişkinliğe kadar 8,5- 9,5 saat uyumalarının zihin ve beden gelişimi açısından yeterli olacağı belirtilmektedir.^{132,138} Fakat çevresel faktörler (sosyal, akademik, okul programı) ve sirkadyen değişkenler (geç adölesan evresine girme vb.) nedeniyle, adölesanlar geç uyuyup, erken kalkmakta, uyku süresi yeterli olamamaktadır.^{132,138}

PUKI “**Alışılmış uyku etkinliği**” alt boyutu gece boyunca yatakta uyanık geçirilen zamanın toplamı ve gece sık uyanılması sonucunda artan bir durumdur. Çalışmamızda, adölesanların yatakta kalma süresi ve uyurken geçirilen süreyi kapsayan PUKI alt boyutu “alışılmış uyku etkinliği” puanlamasının %75-%84 aralığında olduğu bulunmuştur. Xu ve ark.’nin¹³⁶ ve Şenol ve ark.’nin³¹ çalışmalarına baktığımızda alışılmış uyku etkinliği puanlaması, bizim bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Bu durum yatakta uyku dışında fazla zaman geçirildiğini, bunun uyku kalitesini ve uyuyarak geçirilmesi gereken süreyi olumsuz etkileyerek uyku hijyenini düşürdüğünü ve böylece uyku kalitesinin kötüleşmesine neden olduğunu düşündürmektedir.

Gece yarısı veya sabah erkenden uyanmayı, lavaboya gitmek için uykudan uyanmayı, rahat nefes alıp verememeyi, uykuda öksürmeyi, aşırı derecede üşümeyi, aşırı derecede sıcaklık hissetmeyi, kötü rüya görmeyi, uykuda ağrı duymayı ve diğer faktörleri içeren PUKI “**uyku bozukluğu**” alt boyutu puan ortalaması, çalışmamızda $0,70 \pm 0,45$ olarak bulunmuştur. Bu sonuç adölesanların haftada bir kez uyku bozukluğu yaşadığını ya da hiç uyku bozukluğu yaşamadığını göstermektedir. Xu ve ark.¹³⁶, Bülbül ve ark.¹³⁵, Şenol ve ark.³¹ çalışmalarında da hiç uyku bozukluğu yaşamayanların oranı çalışmaya katılanların yarısından fazla olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki bulgular ile diğer

çalışmalar arasında benzerlik bulunmaktadır. Uyku bozukluğu; “dikkat toplamada güçlük, aşırı hareketlilikten gündüz aşırı uyku hali, dürtüsellik, huysuzluk, hırçınlık, okul performansında düşüklük, öğrenme bozuklukları, sosyal ilişkilerde sorunlar, kalp yetmezliği, yüksek tansiyon, patolojik derecede utangaçlık” gibi olumsuzluklara neden olmaktadır. Uyku bozuklukları, günlük yaşamda verimliliği etkileyen ve çeşitli kazalara yol açabilen psikososyal işlevlerde de problemlere neden olabilen halk sağlığı sorunudur.^{133,138} Çalışmamızda uyku bozukluğunun hiç yok denecek derecede olması sevindirici bir sonuç olup, adölesanların performanslarında olumlu etkileri olacağını düşündürmektedir.

PUKI “**uyku ilacı kullanımı**” alt boyutu puan ortalamasına göre adölesanların hiçbirinin uyku ilacı kullanımı olmadığı sonucu tespit edilmiştir. Xu ve ark.’nın¹³⁶ ve Şenol ve ark.’nin³¹ çalışmalarında da çalışmamızla benzer sonuçlar olduğu belirlenmiştir. Adölesan dönem büyüme gelişmenin aktif olduğu dönem olması nedeniyle uyku ilacı kullanımı istendik bir durum değildir. Bu yüzden uyku ilacı kullanımı olmaması olumlu bir sonuçtur.

Adölesanların yemek yemede veya sosyal bir aktivite anında ne kadar sıklıkta uyanık kalmak için kendilerini zorladığını ve bu durumun günlük işleri yeteri kadar istekle yapmada ne derece sorun oluşturduğunu kapsayan PUKI “**gündüz işlev bozukluğu**” alt boyutu puanlamasına bakıldığında adölesanların tamamına yakınının sorun yaşamadıkları bulunmuştur. Şenol ve ark.³¹ İle Xu ve ark.’nin¹³⁶ yaptığı çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Adölesanların gündüz maksimum verimlilikte iş görebilmesi ve bedensel süreçlerini sağlıklı sürdürebilmesi için yeterli ve etkili uyku almaları gerekmektedir.^{140,141} Bu nedenle kendi ifadeleri doğrultusunda gündüz işlev bozukluğu yaşamayanların çoğunlukta olması istenen bir sonuçtur.

Sosyo demografik özelliklere göre uyku kalitesi durumu incelenmiş ve 18 yaş

grubu adölesanların uyku kalitesi puan ortalamaları, diğer yaş gruplarının puan ortalamalarından yüksek tespit edilmiştir. Yaş faktörü adölesanlarda ‘uyku yapısı, uyku süresi ve uyku sürecinde’ değişikliklere neden olmaktadır.^{62,142,143} Çalışmamıza göre adölesanların yaşı arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Bu durum adölesanların artan sınav stresi ve gelecek kaygısının uyku kalitesini olumsuz etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda kız adölesanların uyku kalitesinin erkek adölesanların uyku kalitesinden daha kötü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Adölesanların uyku kalitesinin cinsiyete göre araştırıldığı farklı yaş gruplarında yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.^{82,14} Bu durumun kızların erkeklere göre ruhsal durum değişikliklerine daha duyarlı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Lise son sınıf adölesanların uyku kalitesi puan ortalamaları, lise birinci sınıf adölesanların uyku kalitesi puan ortalamalarından yüksek bulunmuş, yani uyku kaliteleri daha kötü olarak tespit edilmiştir. Yaş değişkenindeki duruma benzer şekilde lise son sınıf adölesanların yoğun okul programı, sınav stresi ve meslek seçimi ile ilgili gelecek planlamaları nedeniyle uyku kalitesi lise birinci sınıf adölesanlara göre daha kötü tespit edilmiş olabilir. (Tablo 4.4).

Aile tipi değişkenine göre yapılan incelemede parçalanmış aile tipine sahip adölesanların uyku kalitesinin diğer gruplara göre daha kötü olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Sosyal ve ailevi problemlerin olması uyku kalitesindeki düşüşün temel belirleyicisidir.³⁰ Çalışmamızla uyumlu olarak yapılan benzer çalışmalarda da parçalanmış aileye sahip adölesanların uyku kalitesinin kötü olduğu belirlenmiştir.^{30,135}

Çalışmamızda madde kullanan adölesanların PUKI puan ortalamalarının, kullanmayan adölesanlardan yüksek olduğu ve madde kullanımının PUKI’ nin “toplam puan ortalamaları, uyku latensi, alışılmış uyku etkinliği, uyku ilacı kullanımı, gündüz

işlev bozukluğu” alt boyutları puan ortalamalarını etkilediği bulunmuştur ($p < 0,05$). Uyku kalitesini etkileyen faktörlerin incelendiği, Chen¹⁶⁶ ve ark. Altıntaş¹⁷¹ ve ark., Lund¹⁷⁰ ve ark., Vail¹⁷² ve ark. ve Karatay¹⁷³ ve ark.’ in çalışmalarında da madde kullanımının uyku kalitesini düşürdüğü, uykuya dalmakta güçlük çekildiği belirtilmiştir. Bu sonuçlara göre adölesanların sigara ve/ veya alkol kullanmasının rem uyku süresinde azalmaya^{83,87} neden olarak bireylerin uyku kalitesini olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir (Tablo 4.4).

Anneleri okuryazar olmayan adölesanların PUKI puan ortalamalarının, diğer grupların PUKI puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve anne eğitim düzeyinin göre PUKI alışılmış uyku etkinliği alt boyutunu etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Bu duruma göre annenin eğitim düzeyindeki artışa paralel olarak adölesanın yatakta uyku için etkin vakit harcadığı ve gece uyanmalarının hiç olmadığı ya da en az düzeyde olduğu, böylelikle uyku kalitesinin arttığı söylenebilir (Tablo 4.4). Bu durum eğitilmiş annelerin kaliteli uyku için yapılması gerekenlere daha fazla dikkat ettiklerini düşündürebilir.

Babaları ilköğretim- ortaöğretim eğitim düzeyinde olan adölesanların uyku kalitesi puan ortalamaları, babaları üniversite eğitim düzeyinde olan adölesanların PUKI puan ortalamasından daha yüksek olduğu ve baba eğitim düzeyinin PUKI uyku süresi ve alışılmış uyku etkinliği alt boyutlarını etkilediği saptanmıştır ($p < 0,05$). Baba eğitim düzeyi arttıkça adölesanın uyku kalitesinde iyi yönde artış gözlenmiştir (Tablo 4.4). Bu durum annelere benzer şekilde eğitilmiş babaların kaliteli uyku için yapılması gerekenlere dikkat etmekte olduklarını düşündürebilir.

İlgisiz aile yapısına sahip olan adölesanların PUKI puan ortalamalarının, diğer grupların PUKI puan ortalamalarından daha yüksek olduğu ve aile yapısının PUKI “toplam puan ortalamaları” ve “uyku latensi, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu, öznel uyku kalitesi, alışılmış uyku etkinliği” alt boyutlarını

etkilediği bulunmuştur ($p < 0.05$). Ebeveynlerini ilgisiz olarak tanımlayan adölesanların uyku kalitesi diğer grup adölesanlardan daha kötü olarak tespit edilmiştir. Mükemmel aile yapısına sahip olduklarını ifade eden adölesanların uyku kalitesi diğer grup adölesanlardan daha iyidir (Tablo 4.4). Aileye ait özelliklerden biri olan aile yapısı uykuyu etkileyen faktörlerdendir¹³⁵. Bu nedenle ailesini mükemmel olarak algılayan adölesanların yaşam kalitelerinin diğer grup adölesanlardan daha iyi olacağını söyleyebiliriz. Literatürde aile yapısı açısından PUKI' nin ve alt boyutlarının incelendiği çalışmaya rastlanmamıştır.

Literatür incelendiğinde¹⁶⁹ bireyler üzerinde şiddetin çeşitli etkileri olduğu görülmektedir. Çalışmamızda aile içerisinde şiddete maruz kaldığını ifade eden adölesanların PUKI puan ortalamalarının, diğer adölesanların PUKI puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aile içi şiddete maruz kalma değişkeninin “uyku kalitesi, uyku latensi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı” durumlarını etkilediği belirlenmiştir. ($p < 0.05$) (Tablo 4.4). Bu durum şiddete maruz kaldığını belirten adölesanların uyku kalitesinin diğer gruptan daha kötü olduğunu göstermektedir. Bülbül^{77,135} ve ark.'nın adölesanlarla yaptığı çalışmada da aile içi şiddet ile karşılaşan adölesanların uyku kalitesinin daha kötü olduğu ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni aile içerisinde yaşanan sorunların, adölesanın kaygı duymasına ve bilişsel sorunlara yol açarak uyku düzeninde bozulmalara yol açması olabilir.

Çalışmada incelenmiş olan ve adölesan dönemde sık karşılaşılan tepki olan öfke, sonuç olarak ortaya çıkışı neden olursa olsun pek çok duygu gibi “anlaşılabilen, kabul edilebilen, kontrol edilebilen, özenle üzerinde durulup çözümlenmesi gereken bir duygudur”. Öfke yaratan duygular öfkeyi yaratan davranışlardan ayırt edildiğinde etkin bir biçimde kullanılmış olup yarar sağlayacaktır.¹⁰ Buna ilaveten adölesan dönemde, bireyin isteklerine karşı uygulanan yasaklar bireyin çevresine karşı öfkelenmesine sebep

olabilir. Bir yandan ailesinden kopmak ve bağımsız olmak isteyen adölesan birey diğer yandan yetişkinlerin desteğine duyduğu ihtiyaçtan dolayı öfke yaşayabilmektedir.¹⁴⁴ Tüm bu durumlara ek olarak stresin arttığı yükseköğrenime giriş sınavlarına hazırlanma döneminde, adölesanın bilişsel bakış açısı öfke duygusunu daha kolay yaşanmasına zemin oluşturmaktadır.⁶⁸

Çalışmadan elde edilen verilere göre adölesanların öfke kontrolünde kişinin genel olarak kendini nasıl hissettiğini, ne düzeyde öfke yaşadığını ifade eden ‘SÖÖİTÖ’ ‘**sürekli öfke**’ alt boyutu puanı arttıkça öfkenin baskılanmış olduğu, içte tutulduğunu ifade eden ‘SÖÖİTÖ’ ‘**öfke içe**’ alt boyutu ve öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu gösteren ‘SÖÖİTÖ’ ‘**öfke dışı**’ alt boyutu puan ortalamalarının arttığı; öfkenin kontrol edilebildiğini gösteren ‘SÖÖİTÖ’ ‘**öfke-kontrol**’ alt boyutu puan ortalamasının azaldığı bulunmuştur. Bu sonuçlar Türkiye’ de aynı ölçekle adölesanlarda yürütülen diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir ^{7,88,89,115,145,162,167,168} (Tablo 4.5). Yani adölesanların sürekli öfke düzeyleri arttıkça öfke içe vurumu ve öfke dışı vurumu düzeyleri artmakta; öfke kontrol düzeyleri azalmaktadır. Buna ek olarak öfke içe vurumu düzeyleri arttıkça, öfke dışı vurumu düzeylerinin arttığı görülmektedir. Bu durum sürekli öfkeli olan adölesanların öfkelerini kontrol etmekte de zorlandıklarını düşündürmektedir.

Sosyo demografik özelliklere göre öfke ifade tarzları ve öfke kontrol durumu incelenmiş ve 18 yaş grubu adölesanların öfke ifadeleri puan ortalamaları, diğer yaş gruplarının puan ortalamalarından yüksek tespit edilmiş, öfke kontrolü puan ortalamalarının ise yaş değişkeninden etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum yaş arttıkça adölesanların daha çok öfke duygusu yaşadıklarını ve öfkelerini kontrol etmekte güçlük yaşadıklarını göstermektedir. Eser’ in¹⁶² kronik hastalığı olan adölesanlarda öfke düzeylerini ve ifadesini incelediği çalışmada 16-18 yaş grubundaki adölesanların “sürekli öfke” ve “öfke dışı” puanları 10-12 ve 13-15 yaş gruplarına göre istatistiksel oranda daha

yüksek bulunmuştur. Özyürek' in¹⁴⁷ çalışmasında da 18 ve üzeri yaştaki adölesanların 16 ve 17 yaşındakilere göre sürekli öfke düzeylerinin yüksek olduğunu belirlenmiştir. Araştırmamızdaki bulgular bu sonuçlarla paralellik göstermektedir. Bireylerin öfkelerini uygun yollarla dışa vurmayı sosyalleşme sürecinde öğrendiği ve bu sürecin yaşla gelişme gösterdiği bilinmektedir.¹⁴⁹ Ayrıca adölesanların, yaş aldıkça olaylara farklı bakış açısı geliştirerek eleştirel bir yaklaşıma sahip olmaları beklenirken diğer taraftan yaşamın getirmiş olduğu gelecek planlaması ve sınavlara hazırlık gibi stresörlerle olumsuz duygularının artmasına sebep olduğu da düşünülebilir (Tablo 4.6). Bulgularımız adölesan dönemi boyunca beyinde oluşan yapısal değişimlere göre erken, orta ve geç adölesan evrelerinde öfkeyi yaşama ve ifade etme açısından farklılık olduğunu^{162,157,159} gösteren bilgiler ile de paralellik göstermektedir.

Yaşın öfke kontrolünde etkili bir değişken olmadığı ancak 14 yaşındaki adölesanların öfke kontrolünün diğer yaş gruplarının öfke kontrolünden daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p>0.05$). Tekin ve ark.¹⁴⁹ ve Üzüm ve ark.¹⁵⁰ yaptıkları çalışmalarda; yaş gruplarına göre öfke puan türlerinde öfke dışı, öfke içe alt boyutlarında yaş arttıkça anlamlı farkların olduğu, Öfke kontrol alt boyutu ile anlamlı farkların olmadığı tespit edilmiştir. Öfke içte ve Öfke dışıta alt boyutlarında yapılan ileri analizlerin sonucuna göre 14-15 yaş adölesanların olaylar karşısında öfkelerini içe atmayıp, dışa uygun şekilde yansıtarak, tepkiselliklerini diğer grup adölesanlardan daha başarılı bir şekilde ortaya koydukları sonucuna ulaşılmıştır. Bu yaş dönemi adölesanların fiziksel değişimlerinin birçoğunun tamamlandığı^{24,34,49}, güçlü olma duygusunun arttığı^{24,34,49} dönemdir. Bu nedenle tepkiselliklerini ifade etmekte daha uygun davranışlar sergiledikleri söylenebilir.

Çalışmamızda kız adölesanların öfke ifadelerinin erkek adölesanların öfke ifadelerinden farklı olmadığı tespit edilmiştir. Genel olarak düşünüldüğü zaman öfke

davranışının erkeklerde daha yaygın olduğu görülür. Buna göre, her cinsten beklentilerin değişkenlik göstermesi ve toplum olarak kadınların duygusal olması, erkeklerin öfke duygusunun desteklenmesi erkeklerin öfke kontrolünde daha zayıf olacağını düşündürür²⁰. Fakat çalışmamızda istatistiksel olarak fark olmamasına rağmen kız adölesanların öfke kontrolünün erkek adölesanların öfke kontrolünden daha zayıf olduğu ortaya çıkmıştır. Adölesanlarla yapılan çalışmalar incelendiğinde öfke ifadeleri açısından kız ve erkek adölesanlar arasında bizim çalışmamızın sonuçlarını destekleyen araştırmalar mevcuttur^{162,115,150-153,154} Sonuçlarımız ailesel ve çevresel faktörlere göre öfke ifadeleri ve öfke kontrolünün cinsiyetler üzerine etiketlenmiş rollerden farklı şekilde karşımıza çıktığını düşündürmektedir.

Lise son sınıf adölesanların öfke ifadeleri puan ortalamaları, lise birinci sınıf adölesanların öfke ifadeleri puan ortalamalarından yüksek bulunmuş, öfke kontrolünün ise etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu bulgular sınıf düzeyi ile yaş arasındaki paralelliği vurgulamaktadır. Kanoğlu' nun¹¹⁶ lise öğrencilerinin öfke düzeylerini incelediği çalışmasında sınıf değişkeninin öfke düzeyini ve öfke kontrolünü etkilemediği, Karataş'ın¹⁵⁶ lise öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise lise son sınıf öğrencilerinin öfkelerini dışa yansıtma puanlarının lise birinci sınıf öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kiraz' nın¹⁵⁷ adölesanların öfke düzeyini incelediği çalışmasında lise son sınıf adölesanların öfkelerini içe atmalarının diğer adölesanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. 'SÖÖİTÖ' ve sınıf düzeyi değişkeni arasında sonuca farklılık gösteren çalışmalara rastlanmaktadır. Bu durum adölesanların lise birinci sınıftan lise son sınıfa doğru yaklaşırken yaşadıkları stres durumlarının, öfke ifadelerini arttırdığını ve öfke kontrolünü azalttığını düşündürmektedir. Ek olarak çalışmanın yapıldığı bölgenin çevresel ve sosyo kültürel özellikleri, örneklemin büyüklüğü ve adölesanların aile yapısı gibi değişkenlerin etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 4.6).

Çalışmamızda madde kullanımının öfke içe ve öfke dışı puan ortalamalarını etkilediği (madde kullananlarda daha yüksek) sürekli öfke ve öfke kontrolünü ise etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Buna göre bağımlılık yapıcı madde kullanımının öfke duygusunu artırdığı ve öfkenin uygun ifade edilmesini engellediği söylenebilir. . Kiraz' ın¹⁵⁷ adölesanların öfke ifade şeklini incelediği çalışmasında bağımlılık yapıcı madde kullanan adölesanların sürekli öfke, öfke içe vurumu ve öfke dışı vurumu düzeyleri, bağımlılık yapıcı madde kullanmayan adölesanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Elkin' in⁷ çalışmasında da madde kullanımı olan öğrencilerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları diğer gruba göre daha yüksek, Albayrak' ın¹⁰⁸ çalışmasında alkol kullanan öğrencilerin öfke dışı vurum düzeyi, kullanmayan öğrencilere göre daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar bu araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Tablo 4.6).

Annelerinin eğitim düzeyi üniversite olan adölesanların öfke dışı vurum puan ortalamaları diğer grupların öfke dışı vurum puan ortalamalarından anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4.6). Buna göre eğitim düzeyi yüksek olan annelerin ayakları yere basan, güven duygusu gelişmiş bireyler yetiştirmede daha etkin rol oynadığı düşünülebilir. Kiraz' ın¹⁵⁷ çalışmasında da anne eğitim düzeyinin artmasının öfkenin dışı vurumunu arttırdığı tespit edilmiş olup, bu durum bulgularımızı destekler niteliktedir.

Baba Eğitim Durumunun öfke ifadeleri ve öfke kontrolünü etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4.6). Kiraz' ın¹⁵⁷ çalışması ile elde ettiğimiz sonuçlar benzerlik göstermektedir.

Aile yapısının “ilgisiz” olduğunu ifade eden adölesanların öfkelerini içe atmaları ve sürekli öfke düzeyleri diğer aile yapısına sahip adölesanlardan daha yüksek, “baskıcı” aile yapısına sahip olduğunu ifade eden adölesanların öfkelerini dışı yansıtılmaları diğer

adölesan gruplarından daha yüksek ve “mükemmel” aile yapısına sahip olduğunu ifade eden adölesanların öfke kontrolünde daha başarılı bireyler oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan ileri analiz incelemelerinde ise anlayışlı aile yapısı tüm gruplarda istenen aile yapısı olarak tespit edilmiştir. Yani anlayışlı aile yapısına sahip adölesanların öfke ifadeleri ve öfke kontrolünde uygun yaklaşımlar içinde buldukları sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.6). Bu durum bireyin yaşantısında, olaylara karşı tepkisinde, ailenin etkisini kanıtlar niteliktedir. Houltberg ve arkadaşlarının¹⁶⁷ 7-15 yaş arası çocuk ve adölesan ile “Çocuk Öfke Yönetimi Ölçeği” ni kullanarak yaptıkları çalışmada da ebeveyn desteğinin artması öfke yönetimi düzeyini arttırmış; aşırı hoşgörülü, serbest ebeveyn tutumunun artmasının ise öfke tepkisi düzeyini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Kiraz’ın¹⁵⁷ ve Houltberg ve Ark.’nin¹⁶⁷ çalışması ile elde ettiğimiz sonuçlar benzerlik göstermektedir. Ebeveynlerin adölesanlara ve sosyal çevrelerine karşı sergilediği tutumlar ve davranışlar adölesanların olumlu ya da saldırgan davranışları benimsemesine öncülük etmektedir.¹⁵⁹

Aile içi şiddete maruz kaldığını ifade eden adölesanların öfke ifadeleri puan ortalamalarının diğer adölesanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiş, öfke kontrolünün ise etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.6). Kiraz’ın¹⁵⁷ çalışması ile elde ettiğimiz sonuçlar benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlardan anlaşılacağı üzere aile içinde şiddet varlığı öfke düzeyini artırarak adölesanların öfke ifade tarzını olumsuz olarak etkilemektedir. Önemle belirtirsek var olan şiddetin temelinde, aile içinde yaşananlar yer alır. Şiddetin yer aldığı ailelerde büyüyen çocuklar, geleceğin şiddet kullanan yetişkinlerini, dolayısıyla toplumunu oluşturacaklardır.¹⁶⁰

Çalışma kapsamına alınan adölesanların uyku kaliteleri ve öfke durumları arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.7.) uyku kalitesi kötü olan adölesanlarda öfke içe vurumu, öfke dışı vurumu ve sürekli öfke ifadelerinin de arttığı, öfke kontrolünün

azaldığı tespit edilmiştir. Bu durum kötü uyku kalitesinin öfke ifadelerini negatif yönde etkilediği ve kaliteli uykunun öfke kontrolünü kolaylaştırdığı şeklinde yorumlanabilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Adölesanlarda uyku kalitesini ve öfke kontrolünü etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar ortaya çıkmıştır.

- Çalışmaya katılan adölesanların %32,6' sının uyku kalitesi 0- 5 puan aralığında (iyi), sürekli öfke ve öfke kontrol puanları ortalamanın üzerinde, öfke içe ve öfke dışı puanlarının ortalamanın altında olduğu tespit edilmiştir.
- 18 yaş grubu adölesanların uyku kalitesinin diğer yaş (17,15,16 yaş) grubu adölesanlardan daha kötü olduğu, sürekli öfke düzeyi ve öfke ifadelerinin daha yüksek olduğu, öfke kontrollerinin ise yaş ile ilişki olmadığı tespit edilmiştir.
- Kız adölesanların uyku kalitesinin erkek adölesanların uyku kalitesinden daha kötü olduğu, Erkek adölesanların ise öfke kontrollerinde kız adölesanlardan daha iyi olduğu, sürekli öfke düzeyi ve öfke ifadelerinde cinsiyetin etkisi olmadığı tespit edilmiştir.
- Lise son sınıfta okuyan adölesanların uyku kalitesinin lisenin ilk yıllarında olan adölesanlara göre kötü olduğu, sürekli öfke düzeyi ve öfke ifadelerinin daha yüksek olduğunu, öfke kontrolünde ise sınıf düzeyinin etkili olmadığı tespit edilmiştir.
- Parçalanmış aile tipine sahip adölesanlarda uyku kalitesinin diğer gruplardan daha kötü olduğu sonucuna ulaşılırken, sürekli öfke düzeyi- öfke ifadelerinin ve öfke kontrolünün aile tipinden etkilenmediği tespit edilmiştir.
- Alkol ve madde kullanmayan adölesanların uyku kalitesinin daha iyi olduğu, öfke ifadelerinin diğer gruba göre daha düşük olduğu, sürekli öfke düzeyi ve öfke kontrollerinin madde kullanımı ile ilişki olmadığı tespit edilmiştir.
- Ebeveynlerin eğitim düzeyi arttıkça adölesanların uyku kalitesinde iyi yönde

artış olduğu, alışılmış uyku etkinliğinin arttığı, öfke ifadelerinden öfkenin dışa vurumunun arttığı, öfke ile ilgili diğer parametrelerin etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır.

- Ebeveynlerini ilgisiz olarak tanımlayan adölesanlar en kötü uyku kalitesine sahipken, sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifadelerinden öfkeyi içe vurmaları yönünden diğer gruplardan daha yüksek puan aldıkları olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
- Aile içerisinde şiddete maruz kaldığını ifade eden adölesanların uyku kalitesinin diğer adölesanlardan daha kötü olduğu, sürekli öfke düzeyi- öfke ifadelerinin daha yüksek olduğu, öfke kontrolünün ise etkilenmediği tespit edilmiştir.
- Doğum Sırası, Kardeş Sayısı ve Ebeveynlerin Hayatta Olma durumu değişkenlerine göre uyku kalitesi, sürekli öfke düzeyi- öfke ifadelerinin ve öfke kontrolünün etkilenmediği tespit edilmiştir.

Sonuç olarak adölesanların uyku kalitesi kötüleştikçe öfke içe vurumu, öfke dışa vurumu ve sürekli öfke düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Adölesanların uyku kalitesi kötüleştikçe öfke kontrolünün azaldığı belirlenmiştir.

Öneriler;

Çalışmanın yapıldığı okul yöneticilerine, İl Milli Eğitim Müdürlüğü ilgili birimlerine, ailelere, klinisyen ve akademisyen hemşirelere çalışma sonuçları bildirilmesi,

Okullarda adölesanlara konuya ilişkin bilgi verilmesi amacıyla özellikle pediatri hemşirelerinin ve okul sağlığı hemşirelerinin uyku kalitesi ve öfke kontrolü ile ilgili eğitim programlarına bu bilgilerin entegre edilmesi,

Uyku kalitesi, öfke ifadeleri ve öfke kontrolü durumlarının belirlenmesinde

adölesanların kendi yaptıkları değerlendirmelerin yanında ebeveynlerinin ve arkadaşlarının da ifadelerinin değerlendirilmesi,

Okullarda rehberlik hizmetleri kapsamında aile ve öğretmenlere adölesan dönemin özellikleri, adölesanlara karşı olması gereken ebeveynlik tutumları ve öfke kaynaklarını bulmaya yönelik grup rehberliği veya psikolojik danışmanlık hizmetleri planlanması,

Adölesanların ebeveynleri ile birlikte katılabileceği öfke yönetimi programları ve ebeveynlere adölesanların öfke tutumlarına karşılık nasıl davranacaklarına ilişkin eğitimlerin planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Parlaz E, Tekgül N, Karademirci E, Öngel K. Ergenlik Dönemi: fiziksel büyüme, psikolojik ve sosyal gelişim süreci. *Turkish Family Physician*, 2013, 3(2): 10-16.
2. WHO (World Health Organization), (2014). <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html> (Erişim Tarihi 06/05/2016).
3. Census Bureau, 2013. United States Department of Commerce. <http://www.census.gov/population/international/data/idb/region.php?N=%20Results%20&T=10&A=aggregate&RT=0&Y=2013&R=1&C=>. Erişim Tarihi 05/01/2016.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014, “2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması”. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. Erişim tarihi: 01.02.2017.
5. Millman RP; Working Group on Sleepiness in Adolescents/Young Adults; AAP Committee on Adolescence. Excessive sleepiness in adolescents and young adults: causes, consequences, and treatment strategies. *Pediatrics*, 2005, 115 (6):1774–1786.
6. Ertekin Ş. Hastanede Yatan Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 1998.
7. Elkin N, Karadağlı F. Üniversite öğrencilerinin öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Anadolu Kliniği*, 2016, 21,1.
8. Tuna S. Aile içi çocuk istismarı: annelerin bazı risk faktörleri açısından incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Doktora

- tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.
9. Öz F. S. Öfke yönetimi eğitiminin ergenlerde öfke ile başa çıkma ve iletişim becerilerine etkisi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı. Doktora Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008.
 10. Acar S.B. Ön Ergenlerde Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının Yordayıcısı Olarak Anne Baba Tutumu Ve Örselenme Yaşantılarının İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Bilim Üniversitesi, 2015.
 11. Tekinsav Sütçü G. S. Ergenlerde Öfke Ve Saldırganlık Azaltmaya Yönelik Bilişsel Davranışçı Bir Müdahale Programının Etkililiğinin Değerlendirilmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Doktora Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2006.
 12. Şahin NH, Durak Batıgün A, Koç V. Kişilerarası tarz, kendilik algısı, öfke ve depresyon. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22 (1): 17-25.
 13. Doğan H, Üngüren E, Algür S. Öfke ve empati ilişkisine yönelik otel zincirinde bir araştırma. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,2010, 19, 3: 277-298.
 14. Bedel A. Kişiler arası sorun çözme beceri eğitiminin ergenlerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına etkisinin incelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Bilim Dalı. Doktora tezi, Konya: T.C. Selçuk Üniversitesi, 2011.
 15. Haspolat Y. K, Karabel M, Karabel D, Kelekci S, Tuncel T, Şen V, Uluca Ü, Tan İ. Ergen polikliniğine başvuran olguların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi*, 2016, 43 (1): 62- 66.
 16. Çetinkaya Ş. Lise Öğrencisi Erkek Ergenlerde Problem Çözme Eğitiminin Problem

- Çözme Becerisi, Kişilerarası İlişki Tarzı Ve Öfke Kontrolü Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, 2013.
17. Ercan O. Adölesanın Psikososyal Gelişimi. Ed: Ercan O, Alikışıfoğlu M, Ercan G. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Etkinlikleri. *Adölesan Sağlığı I, Sempozyum Dizisi*, 2005, 4; 3: 17-21.
 18. Yavuzer H. *Çocuk Psikolojisi*. İstanbul, Remzi Kitabevi, 1993.
 19. Eser, D. T. Liman, T. Bilge, A. “Kronik hastalığı olan ergenlerin öfke ifade biçimleri”. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2012, 3 (3):116-120.
 20. Uzunoğlu G, Baysan Arabacı L. Davranım Bozukluğu Tanılı Ergenlere Verilen Psikoeğitimin Öfke Yönetimine Etkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 2017, 30:344-353
 21. Şahin H. Öfke ve öfke denetiminin kuramsal temelleri. *Burdur Eğitim Fakóltesi Dergisi*, 2005.
 22. Amerikan Psikiyatri Birliği (2007). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı: (DSM-IV-TR), yeniden gözden geçirilmiş üçüncü baskı. Çev. Ed. E Köroğlu, Ankara: *Hekimler Yayın Birliği*.
 23. World Health Organization. 10 facts on adolescent health. http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/en/index.html. (Erişim tarihi: 13.05.2010). World Health Organization, Health, <http://www.who.int/health/about/en/> (Erişim tarihi: 29.04.2010).
 24. Tekgül N, Göktay GA, Dirik N, Karademirci E, Ongel K. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Alsancak Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi Örneği, ÇİDEM. *Smyrna Tıp Dergisi*, 2012, 2 (1-ek1):33-35.

25. Özcebe H. Birinci Basamakta Adölesan Sorunlarına Yaklaşım. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2002, 11,10; 374.
26. Tunç S, Kılıç S, Tülü İA, Devran A, Akın Su F, Mollamahmutoğlu L. 10-24 yaş arasındaki adölesan kızların ruhsal, sosyokültürel ve politik özelliklerinin incelenmesi. *J Koc University Faculty of Med*, 2008, 10: 20-36.
27. World Health Organization, 2003. Promoting the health of young people in custody. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/hiv/pub/idu/young/en/>. Erişim Tarihi: 09.03.2015.
28. WHO, 2011. Youth and health risks. Sixty-fourth World Health Assembly WHA64.28. Agenda İtem 13.16. 24 September. Erişim Tarihi: 02.10.2012.
29. Özcebe H (editor) (2012) Türkiye’de çocuk sağlığının durumu: Sokakta yaşayan/çalışan çocuklar. http://hasuder.org.tr/anasayfa/images/stories/.../cocuk-tsr-31mart_1.pdf. Erişim Tarihi: 13.01.2014.
30. Vardar S, Öztürk L, Vardar E, Kurt C. Ergen sporcu kızlarda egzersiz yoğunluğu ve öznel uyku kalitesi ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005, 6: 154-62.
31. Şenol V, Soyuer F, Pekşen Akça R, Argun M. Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal*, 2012,14: 93-102.
32. Hamburg B, Wortman R. Adolescent Development and Psychopathology. *Basic Book Publishers*, New York, 1989.
33. Kıdak L. B. Ergen Sağlığı Yönetimi: Ulusların Gelecekleri İle İlgili Umutlarının Anahtarı. *Celal Bayar Üniversitesi S.B.E. Dergisi*, 2008, 6; 1.
34. Arıkan D, Çelebioğlu A, Güdücü Tüfekçi. Çocukluk Dönemlerinde büyüme gelişme. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B (editörler). *Pediatric Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2013: 85- 92.

35. Ercan O. Adölesanın Fiziksel Gelişimi. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II, Sempozyum Dizisi*, 2008, 63:13-18.
36. Pekcan H. (2012). Adölesan (Delikanlı) Sağlığı. İçinde: Güler Ç, Akın L (ed), Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Genişletilmiş 2. Baskı, Hacettepe Üniversitesi Basımevi, Ankara, 486-537.
37. Koç M. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. *Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2004, 17: 231-256.
38. Huebner A. Adolescent Growth & Development. (In): Family and Child Development, Virginia Tech. 2004.
39. Schwitzgebel V. M. Puberty. 2004. http://www.gfmer.ch/Medical-education_En/PGC_RH_2004/Pdf/Puberty. *Electronic Journal*. Erişim tarihi: 06.01.2009.
40. Stang J, Story M. Adolescent growth and development. *Guidelines for Adolescent Nutrition Services*, 2005.
41. Büyükgebiz A (2005). Pubertenin Değerlendirilmesi. Adölesan Sağlığı- Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kitabı, Sağlık Bakanlığı, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü.
42. Set T, Dağdeviren N, Aktürk Z. Ergenlerde Cinsellik. *Genel Tıp Dergisi*, 2006, 16(3): 137-141.
43. Lee PA, Houk CP. Puberty and its disorders. In: Pediatric Endocrinology, Lifshitz F (ed), Informa Health Care USA, New York, 2007: 273-303.
44. Patton, D. D, Harris J. R. Ergenlik Gelişimi ve Tarama, Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. Çev: Mazıcıoğlu M.M, Kut A, Tokalak İ, Eminsoy M.G, Güneş Tıp Kitabevi, 2007: 129-38.
45. Derman O. Physical Growth and Sexual Development in Adolescence.

- Adolescence and Adolescent Reproductive Health. Teaching Materials for The Training Course. International Children's Center. With the support of UNFPA, Meteksan A.Ş., Ankara, 2003 :60-67.
46. Kırmızıtoprak E. Gençlerin Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Ve Güvenli Cinsel Yaşam Konusunda Bilgi Ve Davranışlarına Akran Eğitiminin Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa: Harran Üniversitesi, 2007.
47. Özakaraka S, Yıldız S. Riskli Çevredeki Adölesanlar ve Hemşirelik. *Psikiyatri / Nöroloji / Davranış Bilimleri Dergisi*, 2016, 9.
48. Steinberg L. Adolescence. Çok F (Ed), İmge Kitabevi. 2007.
49. Smylie L, Medaglia S, Maticka TE. The effect of social capital and socio-demographics on adolescent risk and sexual health behaviours. *The Canadian Journal Human Sexuality*. 2006, 15 (2): 95-112.
50. Ekşi A. Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psiko-Sosyal Yönü; Nobel Tıp Kitap Evi, İstanbul. 1999.
51. Yavuzer H. Çocuk Psikolojisi (22.Basım). İstanbul: Remzi Kitabevi, 2002.
52. Kılıçarslan, F. Çocuk ve Aile Sorunlarının Terapi ile Tedavisi (2.Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık, 2010.
53. İnanç BY, Bilgin M, Atıcı MK. Çocuk ve ergen gelişimi gelişim psikolojisi, Nobel Kitabevi, Adana. 2004.
54. Yörükoğlu A. Gençliğin Türk toplumundaki yeri ve sorunları. *III.Halk Sağlığı Günleri Bildiri Kitabı*, Kayseri. 1993: 72-75.
55. Yavuzer H. *Gençleri Anlamak*. 2. Baskı. İstanbul, Remzi Kitabevi, 2005.
56. Şahin L, Aşçıoğlu M. Uyku ve Uygunun Düzenlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013, 22 (1):93-98.

57. Lafçı D. Müziğin Kanser Hastalarının Uyku Kalitesi Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.
58. Batmaz M., 2009. Uyku ve Dinlenme. Ed (N. Sabuncu). Hemşirelik Bakımında İlke ve Uygulamalar 2:545-553.
59. Kiper S. Romatoid Artritli Hastalarda Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2008.
60. Yetkin, S. (2006). Uyku ve Uyku Bozuklukları. İçinde N Yüksel (Ed.), Ruhsal Hastalıklar. MN Medikal & Nobel Basım Yayın Ticaret ve Sanayi Ltd. Şti; 295-312.
61. Bingöl N. Hemşirelerin Uyku Kalitesi İş Doyumu Düzeyleri ve aralarındaki İlişkinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2006.
62. Kara M. Hastanede Yatan Hastaların Uyku İle İlgili Sorunları ve Hemşirelerin Bu Soruna İlişkin Tutumları. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 1996.
63. Vander AJ, Sherman JH, Luciano DS. Human physiology. Çeviri: Kaymak K. *İnsan Fizyolojisi*. İstanbul, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1997.
64. Carskadon M. A, Crowley S. J, Acebo C. Sleep, Circadian Rhythms and Delayed Phase in Adolescence. *Sleep Medicine*, 2007, 8: 602-612.
65. Engin E, Ergün G. Uyku ve Uyku bozuklukları. *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 2014, 1:517-544.
66. Tok Yıldız F. Uyku Hijyeni Eğitiminin Koroner Yoğun Bakım ve Sonrası Hastaların Uyku Kalitesine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları

- Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2012.
67. Uğurlu T. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan ve Serviste Takip Edilen Hastaların Uyku Kalitesi ve Sorunlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2012.
68. Öge B. Adölesanlarda Vücut Ağırlığının Uyku Süresi, Uyku Kalitesi Ve Depresyon Durumuna Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi, 2011.
69. Aydın H, Özgen F. Uyku yapısı ve işlevleri. *Türkiye Klinikleri Journal Psychiatry*, 2001, 2: 79-85.
70. Algın İlhan D, Akdağ G, Erdinç O. O. Kaliteli Uyku ve Uyku Bozuklukları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 2016, 38 (Özel Sayı 1): 29-34.
71. Enç N, Erol Ö. Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri Journal Nursing Sciences*, 2009, 1: 24-31.
72. Tosunoğlu, A. Hastanede Yatan Yetişkin Hastaların Uyku Gereksinimlerini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1997.
73. Bora GH, Bican A. Uyku Fizyolojisi. *Türkiye Klinikleri Journal Surgical Medical Sciences*, 2007, 23: 1-6.
74. Aydın H, Sütçügil L. Uykuda bilişsel işlevler. *Türkiye Klinikleri Journal Psychiatry*, 2001, 2: 75-78.
75. Çalıyurt, O. Sirkadyen Uyku-Uyanıklık Düzenini Etkileyen İş ve Çalışma Gruplarında Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi. Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, 1998.
76. Karadağ M, Aksoy M. Uyku regülasyonu ve beslenme. *Göztepe Tıp Dergisi*, 2009, 24: 9-15.

77. Bülbül S, Kurt G, Ünlü E, Kırılı E. Adölesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2010, 53: 204-10.
78. Aslan S. A. Ergenlerde Ana-Baba Tutumu Sınav Kaygısı Ders Çalışma Becerilerinin Lise Giriş Sınavını Yordama Düzeyleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, Mersin: Mersin Üniversitesi, 2005.
79. Bingöl N. Hemşirelerin Uyku Kalitesi, İş Doyumu Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2006.
80. Eryavuz N. Hemodiyaliz ve Periton Diyalizi Hastalarında Uyku Kalitesinin Karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar: Afyon Kocatepe Üniversitesi, 2007.
81. Günaydın N. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2014, 5(1): 33-40.
82. Engin E. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Yoğun Bakım hemşirelerinin uyku düzen özellikleri ile iş doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 1999.
83. Göktaş E, Çelik F, Özer H, Çıray Gündüzoğlu N. Obez Bireylerin Uyku Kalitesinin Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2015, 8 (3): 156-161.
84. Özcan N. Uyku ve uyku sorunu olan hastanın bakımı. Ay F (editör). *Temel Hemşirelik Kavramlar İlkeler Uygulamalar*. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2007: 407-421.
85. Gangwisch J.E, Malaspina D, Boden Albala B, Heymsfield S.B. Inadequatesleep as a risk factorforobesity: Analyses of the NHANES I. *Sleep*, 2005, 28 (10): 1289-1296.

86. Taheri S, Lin L, Austin D, Young T, Mignot E. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index-A population-based study. *PLOS Medicine*, 2004, 3: 62.
87. Başoğlu Ö. K, Yürekli B. S, Taşkiranlar P, Tunçel Ş, Yılmaz C. Ege Obez hasta okulu anket çalışması: Obezite ile obstrüktif uyku apne sendromu semptomları ve gündüz uykululuk ilişkisi. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*, 2011, 50 (2): 111-117.
88. Uslu E. B. 14-17 Yaş Arasında ki Ergenlerin Yetiştirilme Tarzlarına Göre Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2015.
89. Özmen D, Özmen E, Çetinkaya A, Akil İÖ. Ergenlerde sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2016, 17:65-73.
90. Sharkin SB. The measurement and treatment of client anger in counseling. *Journal of Counseling and Development*, 1988, 66: 361-365.
91. Yörükoğlu, A. Çocuklarda saldırganlık. *Çocuk Dergisi*, 2002,11:14-15.
92. Durak Batıgün, A. İntihar ile ilişkili bazı değişkenler: öfke/saldırganlık, dürtüsel davranışlar, problem çözme becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri. *Kriz Dergisi*, 2009,12 (2): 49-61.
93. Deniz M.E., Kesen N.F., Üre Ö. Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Ergenlerin Sürekli Öfke Ve Öfke Tarzı Düzeylerinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. 2006, 6 (1):133-159.
94. Çağdaş, A. & Seçer, Z. (2006). Anne-baba eğitimi. Ankara: Kök Yayıncılık.
95. Igna, CV, Julkunen J, Vanhanen H. Anger expression styles and blood pressure: evidence for different pathways. *Journal of Hypertension*, 2009, 27 (10):1972-9.

96. Gül SK, Güneş İD. Ergenlik Dönemi Sorunları ve Şiddet. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2009, 11:80-99.
97. Yıldırım E. İlköğretim 2. kademe öğrencilerinin çatışma çözme davranışı ile öfke ifade stillerinin incelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
98. Tambağ H, Öz F. Aileleri ile birlikte ve yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerin öfke ifade etme biçimleri. *Kriz Dergisi*, 2005, 13 (1):11- 21.
99. Starner TM, Peters RM. Anger expression and blood pressure in adolescents. *J Sch Nurs*, 2004, 20 (6): 335-42.
100. Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları, 7. Basım, Remzi Kitabevi İstanbul, 2004.
101. Franzoi SL, Davis MH. Adolescent self-disclosure and loneliness: private self-consciousness and parental influences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985, 48: 768-780.
102. Tambağ H, Öz F. Aileleri ile birlikte ve yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerin öfke ifade etme biçimleri. *Kriz Dergisi*, 2004, 13 (1): 11-21.
103. Özer K. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1994, 9:26-35.
104. Özer Z. Duygu dünyasının bam teli öfke. *Bilim ve Teknik Dergisi*, 1997, 354: 80-84.
105. Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi*, 2003, 11:19-27.
106. Özmen A. Öfke: Kuramsal yaklaşımlar ve bireylerde öfkenin ortaya çıkmasına neden olan etmenler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2006, 39: 39-56.
107. Erkek N, Özgür G, Gümüş AB. Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Sürekli Öfke

- ve Öfke İfade Tarzları. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 10 (2): 9- 18.
108. Valentis M, Devane M. Female Rage. New York, Carol Southern Books, 1994.
109. Albayrak B, Kutlu Y. Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2:57-69.
110. Spielberger CD, Krasner SS, Solomon EP. The experience, expression and control of anger. Individual Differences, Stress and Health Psychology. New York: Springer-Verlag, Inc. , 1988.
111. Koçak E. Ergenlerde Yalnızlığın Yordayıcısı Olarak Benlik Saygısı ve Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2008.
112. Tüfekçi Hoşgör Elmas. Evli Çiftlerin Öfke İfade Tarzları ile Evlilik Uyumunun İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013.
113. Kaya N, Kaya H, Atar N, Turan N, Eskimez Z, Palloş A, Aktaş A. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin öfke ve yalnızlık özellikleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2012, 9 (2):18-26.
114. Batıgün AD, Utku Ç. Bir Grup Gençte Yeme Tutumu ve Öfke Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 2006, 21 (57): 65-78.
115. Gök M. Aile içi şiddet ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2009.
116. Kanoğlu E. Lise öğrencilerinin öfke düzeyleri ve öfke ifadelerinin incelenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2008.
117. Lutwak N, Panish JB, Ferrari JR, Razzino BE. Shame and guilt and their

- relationship to positive expectations and anger expressiveness. *Adolescence*, 2001, 36 (144): 641-654.
118. Puskar K, Ren D, Bernardo LM, Haley T, Kirsti H, Stark KH. Anger correlated with psychosocial variables in rural youth. *Issues Compr Pediatr Nurs*, 2008, 31 (2): 71-87.
119. Eser Taşçı D, Üstün B. Psikiyatrik bozukluğu olan ergen ve ebeveynlerinin öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi- Journal of Psychiatric Nursing*, 2011, 2 (3):111-116.
120. Özmen, A. Seçim kuramı ve gerçeklik terapisine dayalı öfkeyle başa çıkma eğitim programının üniversite öğrencilerinin öfkeyle başa çıkma becerileri üzerindeki etkisi." Yayımlanmamış doktora tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara. 2004.
121. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996, 7 (2):107-111.
122. Çam O, Engin E. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı, 2014.
123. Çakırcalı E. Hasta bakımı ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar. İzmir, *Nobel Tıp Kitabevleri*, 2000.
124. Özcebe H. Gençler ve Sigara. Ankara: *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, 2008:731.
125. Özer AK. Öfke, Kaygı ve Depresyon Eğilimlerinin Bilişsel Alt Yapısıyla İlgili Bir Çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1994a, 9 (31):12-25.
126. Spielberger CD, Jacobs G, Russel FS, Crane RS. Assessment of anger: the state-trait anger scale. In: Butcher JN, Spielberger CD (ed.), *Advances in Personality Assessment*, vol. 2. Hillsdale, NJ/ABD: Lawrence Erlbaum and Associates. 1983: 159-60.
127. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new

- instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 1989, 28:193- 213.
128. Von Kries R, Toschke AM, Wurmser H, Sauerwald T, Koletzko B. Reduced risk for overweight and obesity in 5- and 6-y-old children by duration of sleep — a cross-sectional study. *International Journal of Obesity*, 2002, 26:710–716.
129. American Academy of Sleep Medicine, The International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding Manual (2nd ed) (ICSD-2). Westchester, IL, USA. 2005.
130. Paruthi S, Brooks LJ, D’Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, Malow BA, Maski K, Nichols C, Quan SF, Rosen CL, Troester MM, Wise MS. Recommended amount of sleep for pediatric populations: a consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *Journal of Clin Sleep Medicine*, 2016, 12 (6):785–786.
131. Benington JH, Frank MG. Cellular And Molecular Connections Between Sleep And Synaptic Plasticity. *Prog Neurobiol*, 2003, 69:71-101.
132. Bergmann BM. Rechtschaffen A. Sleep Deprivation In The Rat: An Update Of The 1989 Paper. 2002, 25 (1):18-24.
133. Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep schedules and daytime functioning in adolescents. *Child Development*, 1998, 69 (4): 875-87.
134. Kaynak D. Adölesana Uyku ve Bozuklukları. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi*, 2005, 43: 135- 46.
135. Bülbül S, Kurt G, Ünlü E, Kırılı E. Adölesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 2010, 53: 204-10.
136. Xu Z, Su H, Zou Y, Chen J. Sleep quality of Chinese adolescents: Distribution and its associated factors. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2011, 5:1-8.

137. Gupta R, Bhatia MS, Chhabra V, et al. Sleep patterns of urban school-going adolescents. *Indian Pediatric*, 2008, 45 (3):183–189.
138. Koulouglioti C, Cole R, Kitzman H. Inadequate Sleep and Unintentional Injuries in Young Children. *Public Health Nursing*, 2008, 25 (2): 106–14.
139. Karadağ M. Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). *Türkiye Klinikleri Akciğer Arşivi*, 2007, 8: 88-91.
140. Vallido T, Louise O, Peters K. Sleep in adolescence: a review of issues for nursing practice. *Journal Of Clinical Nursing*, 2009, 18:1819-1826.
141. Noland H, Price JH, Dake J, Telljohann SK. Adolescents' sleep behaviors and perceptions of sleep. *Journal Scientih Health*, 2009, 79 (5):224–230.
142. Pelin Z, Gözükırmızı E. Uykunun Ontogenetik Özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal Psychiatry*, 2001, 2 (2):67-68.
143. Park YJ, Ryu H, Han KS, Kwon JH, Kim HK, Kang HC, Yoon JW, Cheon SH, Shin H. Anger, anger expression, and suicidal ideation in korean adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2010, 24 (3):168-177.
144. Cautin RL, Overholser JC, Goetz P. Assessment of mode of anger expression in adolescent psychiatric inpatients. *Adolescence*, 2001, 36 (141):163-171.
145. Saçar B. İlköğretim sekizinci sınıf öğrencilerinin öfke tepkisiyle arkadaş bağlılığının incelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri AD. Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2007.
146. Keçialan R. Ergenlere yapılan sosyal beceri eğitiminin iletişim ve öfke kontrolüne etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Maltepe Üniversitesi, 2013.
147. Özyürek, A. ve Demiray, K. Ortaöğretim öğrencilerinin öfke stillerinin incelenmesi (Karabük örneği). *Çağdaş Eğitim Dergisi*, 2010, 377:23-30.

148. Cüceloğlu D. İnsan Ve Davranışı. Remzi Kitabevi, 8. Basım 1998, İstanbul
149. Tekin A, Tekin G, Eliöz M. Kick-boksörlerin çeşitli değişkenlere göre öfke ve saldırganlık düzeylerinin araştırılması. *Turkish Kickboxing Federation Sports Sciences Journal*, 2011, 4 (1):34-48.
150. Üzüm H, Orhan M, Karlı Ü, Duş MK, Yerlikaya G, Gökgöz H. Spor yapan ve yapmayan bireylerin öfke kontrol tarzlarının incelenmesi. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2016, 16 (1):453-469.
151. Alkış L. Boşanmış ve boşanmamış ailedeki ergenlerde denetim odağı ve öfke ifade tarzlarının karşılaştırılması. Dış Ticaret Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: T.C. İstanbul Ticaret Üniversitesi, 2016.
152. Bodur S, İnfal S, Kurt A. Kronik Hastalığı Bulunan Adölesanlarda Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı ile İlişkili Faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2010, 9 (6):645-650.
153. Karakoyun, K. İlköğretim 8. sınıf öğrencilerinin atılganlık düzeyleri ile aile işlevleri arasındaki ilişkinin sosyodemografik değişkenler açısından incelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2011.
154. Akın E, Berkem M. İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Öfke Ve Dürtüsellik. *Marmara Medical Journal*, 2012, 25 (3).
155. Karreman A, Bekker M. H. J. Feeling angry and acting angry: Different effects of autonomy-connectedness in boys and girls. *Journal Of Adolescence*, 2012, 35 (2); 407- 415.
156. Karataş Z. Lise Öğrencilerinde Öfke ve Saldırganlık. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2008,17 (3).
157. Kiraz E, Demirkıran F. Ergenlerde Öfke ifade tarzı, atılganlık düzeyi ve ilişkili

- faktörler. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*. 2017,9.
158. Çelik G, Tahiroğlu A, Avcı A. Ergenlik Döneminde Beynin Yapısal ve Nörokimyasal Değişimi. *Klinik Psikiyatri*, 2008, 11:42-47.
159. Özyürek, A., Özkan, İ. Ergenlerin okula yönelik öfke düzeyleri ile anne baba tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2015, 15 (2):280-296.
160. Tekeli S. Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Uyku Kalitelerinin ve Sınav Kaygılarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2009.
161. Tanner J. M. Growth at adolescence. *Oxford: Blackwell Scientific Publications*.1962.
162. Eser, D. T. Liman, T. Bilge, A. Kronik hastalığı olan ergenlerin öfke ifade biçimleri. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2012, 3 (3):116-120.
163. Kılıç, B. Türkiye İçin Sağlık İnsan Gücü Planlaması ve İstihdam Politikaları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülten. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilimdalı, İzmir. 2007, 6 (6):501-514.
164. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, Günay İsmailoğlu E. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED*, 2014, 7 (3):193-8.
165. Cates ME, Clark A, Woolley TW, Saunders A. Sleep quality among pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 2015, 79 (1):1-6.
166. Chen TY, Chou NS, Chang HA, Pan PY, Yeh YW, Yeh CB, Mao WC. Effects of a selective educational system on fatigue, sleep problems, daytime sleepiness and depression among senior high school adolescents in Taiwan. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2015, 11:741-50.

167. Houlberg B J, Morris A S, Cui, L, Henry C S, Criss M M. The Role of Youth Anger in Explaining Links Between Parenting and Early Adolescent Prosocial and Antisocial Behavior. *The Journal of Early Adolescence*, 2014, 36 (3):297-318.
168. Avcı D, Kelleci M. Lise Öğrencilerinde Öfke, Saldırganlık ve Ruhsal Belirtiler Arasındaki İlişki. *Psikiyatri/ Nöroloji/ Davranış Bilimleri Dergisi*, 2015, 1 (5):34-42.
169. Humphreys C, Lowe P, Williams S. Sleep disruption and domestic violence: exploring the interconnections between mothers and children. 2009, 14(1):6-14.
170. Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. *Journal of Adolescent Health*, 2010, 46 (2):124-32.
171. Altıntaş H, Sevencan F, Aslan T, Cinel M, Çelik E, Onurdağ F. HÜTF dönem dört öğrencilerin uyku bozukluklarının ve uykululuk hallerinin Epworth Uykululuk Ölçeği ile değerlendirilmesi. *Sted*, 2006, 15 (7):114.
172. Vail-Smith K, Felts WM, Craig C. Relationship between sleep quality and health risk behaviors in undergraduate college students. *College Student Journal*, 2009, 43:3.

EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler
<p>Adı Soyadı: Pelin GÖKOĞLU GÜRER Doğum tarihi: 20.01.1988 Doğum yeri: Adana Medeni hali: Evli, 1 çocuk Uyruğu: T.C. Adres: Tozkoparan Mah. General Ali Rıza Gürcan Cad. Ülkükent Sitesi A6 Blok Kat: 8 Daire: 37 Güngören / ISTANBUL Tel: 0546 298 05 30 Faks: - E-mail: pelingokoglu@hotmail.com</p>
Eğitim
<p>Lise: Ceyhan Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi (2005) Lisans: Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu (2005-2009) Yüksek lisans: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (2012) Doktora: Metin girmek için burayı tıklatın. Metin girmek için burayı tıklatın.</p>
Yabancı Dil Bilgisi
<p>İngilizce: Orta Derece Almanca: Rusça:</p>
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar
<p>Türk Hemşireler Derneği/ Çocuk Hemşireleri Derneği</p>
İlgi Alanları ve Hobiler
<p>Halk oyunları/ Trekking/ Kültürel Geziler/ Fotoğraf çekmek/ Tiyatro/ Reiki</p>

EK-2. BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi Gönüllü Bilgilendirme ve Rızasının Alınması Protokolü

Adana Çukurova İlçesi ortaöğretim kurumları 9. Ve 12. Sınıfta okuyan adölesanların ‘Uyku Kalitesi ile Öfke Kontrolü’ arasında ki ilişkinin belirlenmesi amacı ile bu çalışmayı planlamaktayız. Araştırmanın ismi “ Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi ” dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı diliyoruz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni ortaöğretimlerde okuyan 9. Sınıf ve 12. Sınıf öğrencilerin uyku kalitelerinin öfke kontrollerine etkisini belirlemektir. Araştırmanın verileri öğrencilerin demografik bilgilerini içeren “Kişisel Bilgi Formu” ve bireylerin uyku kalitesini ölçen “Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi” ve öfke kontrollerini ve öfkeyi ifade ediş tarzını gösteren görüşlerini belirlemek amacı ile “ Sürekli Öfke- Öfke İfade Tarzı Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırmanın uygulanma süresi yaklaşık olarak 15 dakika sürecektir.

Bu araştırmaya katılmanız dahilinde isminiz kullanılmayacak ve kimlik haklarınız korunacaktır. Bu araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bundan dolayı formda bulunan tüm soruları doğru ve içten bir şekilde yanıtlamanız çalışmanın amacına daha çok hizmet edecektir. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkürlerimizi sunarız.

Yüksek Lisans Öğrencisi

Pelin Gökoğlu Gürer

EK-3. SORU FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Okuduğunuz okulun adı (türü) nedir?

2. Cinsiyetiniz:

3. Yaşınız:

14 yaş

15 yaş

17 yaş

18 yaş

4. Kaçınıcı sınıfta okuyorsunuz?

9. Sınıf

12. Sınıf

5. Yaşadığınız aile tipi nasıldır?

Çekirdek aile

Geniş aile

Parçalanmış aile

6. Anne ve babanız yaşıyor mu?

Evet

Hayır

7. Annenizin eğitim düzeyi nedir?

8. Babanızın eğitim düzeyi nedir?

9. Ailede kaçınıcı çocuksunuz?

10. Kaç kardeşsiniz?

11. Aile içinde şiddet yaşıyor musunuz?

Evet

Hayır

12. Aile yapınız size göre nasıldır?

Baskıcı

Aşırı koruyucu

Mükemmel

İlgisiz

Anlayışlı

13. Kötü alışkanlıklardan (sigara, alkol...vs.) herhangi birisini kullanıyor musunuz?

Evet

Hayır

EK-4. PITTSBURG UYKU KALİTESİ İNDEKSİ

AÇIKLAMALAR: Aşağıdaki sorunlar yalnızca geçen ayki alışkanlıklarımızla ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtilmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız?

GENEL YATIŞ SAATİ:.....

2. Geçen ay, geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika olarak) aldı?

DAKİKA:.....

3. Geçen ay, sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

GENEL KALKIŞ SAATİ:.....

4. Geçen ay, geceleri kaç saat gerçekten uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir.)

BİR GECEDEKİ UYKU SÜRESİ:.....SAAT.

Aşağıdaki sorunların her biri için en uygun cevabı seçiniz. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

5. Geçen ay, aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yasadınız?

(a) 30 dakika içinde uykuya dalamadığınız oluyor mu?

geçen ay boyunca hiç

haftada birden az

haftada bir veya iki kez

haftada üç veya daha fazla

(b) Gece yarısı veya sabah erkenden uyandığınız oluyor mu?

geçen ay boyunca hiç

haftada birden az

haftada bir veya iki kez

haftada üç veya daha fazla

(c) Lavaboya gitmek üzere kalkmak zorunda kaldığınız oluyor mu?

geçen ay boyunca hiç

haftada birden az

haftada bir veya iki kez

haftada üç veya daha fazla

(d) Rahat bir şekilde nefes alıp veremediğiniz oluyor mu?

geçen ay boyunca hiç

haftada birden az

haftada bir veya iki kez

haftada üç veya daha fazla

(e) Öksürdüğünüz veya gürültülü bir şekilde horladığınız oluyor mu?

geçen ay boyunca hiç

haftada birden az

haftada bir veya iki kez

haftada üç veya daha fazla

(f) Aşırı derecede üşüdüğünüz oluyor mu?

geçen ay boyunca hiç

haftada birden az

haftada bir veya iki kez

haftada üç veya daha fazla

(g) Aşırı derecede sıcaklık hissettiğiniz oluyor mu?

geçen ay boyunca hiç

haftada birden az

haftada bir veya iki kez

haftada üç veya daha fazla

(h) Ağrı duyduğunuz oluyor mu?

geçen ay boyunca hiç

haftada birden az

haftada bir veya iki kez

haftada üç veya daha fazla

(j) Diğer neden(ler) lütfen belirtiniz.

(k) Geçen ay bu neden(ler) den dolayı ne kadar sıklıkla uyku problemi yaşadınız?

geçen ay boyunca hiç

haftada birden az

- haftada bir veya iki kez
- haftada üç veya daha fazla

6. Geçen ay, uyku kalitenizi bütünüyle nasıl değerlendirebilirsiniz?

- Çok iyi
- Oldukça iyi
- Oldukça kötü
- Çok kötü

7. Geçen ay, uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

- geçen ay boyunca hiç
- haftada birden az
- haftada bir veya iki kez
- haftada üç veya daha fazla

8. Geçen ay, araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

- geçen ay boyunca hiç
- haftada birden az
- haftada bir veya iki kez
- haftada üç veya daha fazla

9. Geçen ay, bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

- Hiç problem oluşturmadı.
- Yalnızca çok az bir problem oluşturdu.
- Bir dereceye kadar problem oluşturdu.
- Çok büyük bir problem oluşturdu.

10. Esiniz veya oda arkadaşınız var mı?

- Esiniz veya oda arkadaşınız yok.,
- Diğer odada uyuyan veya oda arkadaşı var.
- Aynı odada var fakat; aynı yatakta değil.

Eş aynı yatakta.

Eğer bir oda arkadaşınız veya kardeşiniz varsa ona geçen ay aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun...

(a) Gürültülü horlama oldu mu?

- geçen ay boyunca hiç
- haftada birden az
- haftada bir veya iki kez
- haftada üç veya daha fazla

(b) Uykuda iken nefes alıp vermeler arasında uzun aralıklar oldu mu?

- geçen ay boyunca hiç
- haftada birden az
- haftada bir veya iki kez
- haftada üç veya daha fazla

(c) Uyurken bacaklarımda seğirme veya sıçrama oldu mu?

- geçen ay boyunca hiç
- haftada birden az
- haftada bir veya iki kez
- haftada üç veya daha fazla

(d) Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık oldu mu?

- geçen ay boyunca hiç
- haftada birden az
- haftada bir veya iki kez
- haftada üç veya daha fazla

(e) Uyurken olan diğer huzursuzluklarınız; lütfen belirtiniz...

- geçen ay boyunca hiç
- haftada birden az
- haftada bir veya iki kez
- haftada üç veya daha fazla

EK-5. SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZLARI ÖLÇEĞİ

1. BÖLÜM

AÇIKLAMA: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bazı ifadelere yer verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyup, genel olarak nasıl hissettiğinizi sizi en iyi tanımlayan cümlelerin yanındaki kutucuğa işaretleyiniz.

		Sizi ne kadar tanımlıyor?			
		(1) HİÇ	(2) BİRAZ	(3) OLDUKÇA	(4) TÜMÜYLE
1	Çabuk parlam.				
2	Kızgın mizaçlıyım.				
3	Öfkesi burnunda bir insanım.				
4	Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.				
5	Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.				
6	Öfkelenince kontrolümü kaybederim.				
7	Öfkelenince 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.				

2. BÖLÜM

AÇIKLAMA: Aşağıda kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları bazı ifadelere yer verilmiştir. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyup, öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı sizi en iyi tanımlayan cümlenin yanındaki kutucuğa işaretleyiniz.

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...		Sizi ne kadar tanımlıyor?			
		(1) HİÇ	(2) BİRAZ	(3) OLDUKÇA	(4) 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 köpürürüm ama gösteremem.				
21	Davranışlarımı kontrol ederim.				
22	Başkalarıyla tartışırım.				
23	İçimde kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.				
24	Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.				
25	Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.				
26	Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.				

27	Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.				
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 hakim olamam.				
33	Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim.				
34	Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.				

EK-6. ETİK KURUL İZİN BELGESİ



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü




SAYI : 20369917-.05.03- 031
KONU : Etik Kurul

30 NİS 2013

Sayın: Pelin GÖKOĞLU
Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Etik Kurul Bilimsel Araştırma ve Tez Başvurusu hakkında Sağlık Bilimleri Etik Kurulunun almış olduğu 05.04.2013 tarih ve "2013.3.2/2" numaralı kararı ekte sunulmuştur

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof. Dr. Mustafa A. ASOY
Sağlık Bilimleri Etik
Kurul Başkanı

EK: 1 Adet Karar

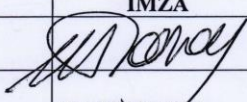
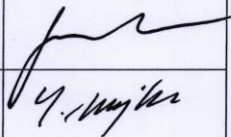
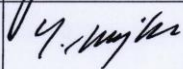
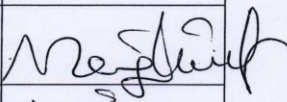
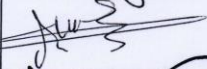

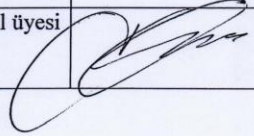
e-mail: sagbilenst@atauni.edu.tr
Harici Tlf : 0 442 - 236 09 70

Dahili Tlf : 0-442-231-4885-4886-4887-4895
Fax : 0-442 - 236 09 69

“2013.3.2/2 “SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 05.04.2013

3.2/2- Enstitümüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Pelin GÖKOĞLU'nun “ Adölesanlarda Uyku Kalitesi Ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi ” t isimli ez konusu görüşüldü;

İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile,

ADI SOYADI	GÖREVİ	İMZA
Prof.Dr.Mustafa ATASOY	Sağlık Bilimleri Etik Kurul Başkanı	
Prof.Dr.Atila EROĞLU	Sağlık Bilimleri Etik Kurul Başkan yardımcısı	KATILMADI
Prof. Dr. Funda BAYINDIR	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	
Prof.Dr.Yavuz Selim SAĞLAM	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	
Prof. Dr. H. İnci GÜL	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	KATILMADI
Prof.Dr..Mağfiret KAŞIKÇI,	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	
Prof. Dr. Fikret ÇELEBİ	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	
Prof.Dr.Mehmet YILDIZ,	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	
Prof.Dr.Nesrin GÜRSAN	Sağlık Bilimleri Etik Kurul üyesi	

EK-7. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI RESMİ KURUM İZİNİ

 **T.C.**
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü 

Sayı : 20369917/72.00- *4/66*
Konu : Bilgilendirme

18 KAS 2013

Sayın: Pelin GÖKOĞLU
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Tez çalışmanız ile ilgili olarak Rektörlük Makamı'nın 14.11.2013 tarih ve 023145 sayılı yazısı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM
MÜDÜR

EK:1 Adet Yazı

Dahili Tif : 0-442-231-4886-4887-4891-4894-4895
Harici Tif : 0 442 - 236 09 70
Fax : 0-442 - 236 09 69
E-mail: sagbilenst@atauni.edu.tr
Enstitüler Binası Kat : 1 25240 ERZURUM



T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı

Sayı : 88179374-2666
Konu : Tez Çalışması

023145 *14.11.2013

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Enstitünüz öğrencilerinden Pelin GÖKOĞLU ve Ebru KOZALAK'ın tez çalışmaları ile ilgili Adana Valiliği İl Millî Eğitim Müdürlüğü ve Necmettin Erbakan Üniversitesi Rektörlüğünden alınan yazılar ekte gönderilmiştir.

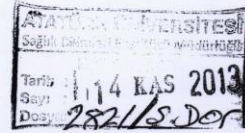
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Ömer İrfan KÜFREVİOĞLU
Rektör Yardımcısı

Eki: 3

*Öğr. İşl. : İlgili anadolu'nun
dalına ilgili.
14.11.2013
Yaz*

Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi 25240 ERZURUM
Telefon: (0442) 2311601-2311343 (Büro) Faks: (0442) 2361916
e-posta: odaire@atauni.edu.tr





T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 91216907/806.01.03/3189218
Konu: Tez Çalışması



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Atatürk Üniversitesi Merkez Yerleşkesi
25240/ ERZURUM

İlgi: 18.09.2013 tarihli ve 019266 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Pelin Gökoğlu'nun, "Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez uygulamasının yapılması ile ilgili Valilik Makamının 01.11.2013 tarihli ve 3168201 sayılı oluru ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim

Hamit ŞENTÜRK
Vali a.
Müdür Yardımcısı

EKLER :
Ek-1 Otur

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrak teyidi <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden e957-1478-3543-aa6e-0ea6 kodu ile yapılabilir.

Adana İl Millî Eğitim Müdürlüğü Ortaöğretim Şubesi Seyhan /ADANA
Elektronik Ağ: www.adana.meb.gov.tr
e-posta: spor01@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: İ. CEYLAN Öğretmen
Tel: (0 322) 4588371-1509
Faks: (0 322) 4588392-95



T.C.
ADANA VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 91216907/44/3168201
Konu:Tez Çalışması

01/11/2013

VALİLİK MAKAMINA

Erzurum Atatürk Üniversitesi Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 18.09.2013 tarihli ve 19266 sayılı yazılarında; Üniversiteleri Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Öğrencisi Pelin Gököğlü' nun "Adölesanlarda Uyku Kalitesi ve Öfke Kontrolü Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" konulu tez çalışmasını, İlimiz Çukurova İlçesinden Piri Reis Anadolu Lisesi, İsmail Safa Özler Anadolu Lisesi, Özel Adana Gündoğdu Lisesi, Kurttepe Anadolu İmam Hatip Lisesi, Çağrıbey Lisesi ve Çağrıbey Anadolu Sağlık Meslek Lisesi öğrencilerine uygulayabilme izin istemleri ile ilgili yazıları ve anket soruları ekte sunulmuştur.

İlimiz "İl Araştırma Değerlendirme Komisyonu" nun 11.10.2013 tarihli "Araştırma Yapılması Uygundur" raporu doğrultusunda, söz konusu tez uygulamasının, yukarıda isimleri belirtilen liselerde, okul müdürlerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim öğretim aksatılmadan, istekli öğrencilere uygulanması Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Mehmet Ali SELAMET
Millî Eğitim Müdür V.

OLUR
01/11/2013

Cengiz HOROZOĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5 inci maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Evrak teyidi <http://evraksorgu.meb.gov.tr> adresinden 224c-c3e2-3afd-b9eb-2fc3 kodu ile yapılabilir.

İl Millî Eğitim Müdürlüğü Ortaöğretim Şubesi Seyhan/ADANA
Elektronik Ağ: www.adana.meb.gov.tr
e-posta: spor01@meb.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: İ. CEYLAN Öğretmen
Tel: (0 322) 4588371-1509
Faks: (0 322) 4588392-95