

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKIYATRİ TANISI ALAN ERGEN VE
EBEVEYNLERİNİN ÖFKE İFADE ETME
BİÇİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Demet Taşçı

Psikiyatri Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Tezi

İZMİR- 2011

DEU.HSI.MSc-2008970108

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ TANISI ALAN ERGEN VE
EBEVEYNLERİNİN ÖFKE İFADE ETME
BİÇİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ**

Psikiyatri Hemşireliği Programı

Yüksek Lisans Tezi

Demet Taşçı

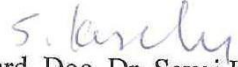
Danışman Öğretim Üyesi
Prof. Dr. Besti Üstün

DEU.HSL.MSc-2008970108

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı,
Yüksek Lisans programı öğrencisi Demet Taşçı'nın **'Psikiyatri Tanısı Alan Ergen Ve Ebeveynlerinin Öfke İfade Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi'** Yüksek Lisans tezini 11.02.11 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.


Prof. Dr. Besti Üstün
BAŞKAN


Yard. Doç. Dr. Zekiye Ç. Duman
ÜYE


Yard. Doç. Dr. Sevgi Kızılcı
ÜYE

Doç. Dr. Ayşe Beşer
ÜYE

Doç. Dr. Samiye Mete
ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLO DİZİNİ.....	iv
ŞEKİL DİZİNİ.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	3
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırma Soruları.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	
2.1.1. Ergenlik Dönemi ve Özellikleri.....	6
2.1.2. Ergenlik Dönemi Aşamaları.....	6
2.1.3. Ergenlik Kuramları.....	7
2.2.1. Ergenlik Döneminde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar.....	8
2.2.2. Ergenlik Döneminde Görülen Ruhsal Bozukluklar ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki.....	9
2.3.1. Ergenlerin Öfke İfade Tarzları ile Aile Ortamı Arasındaki İlişki.....	10
2.4.1. Öfke ve Nedenleri.....	12
2.4.1.1. Öfkenin Fizyolojik Boyutu.....	14
2.4.1.2.Öfkenin Bilişsel ve Sosyal Boyutu.....	14
2.4.1.3.Öfkenin Davranışsal ve Tepki Boyutu	14
2.5.1.Öfke Kontrolü.....	15
2.5.2. Öfke Kontrolünde Ailenin Rolü.....	15
2.5.3.Bilişsel-Davranışçı Terapi Teknikleri ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	16
2.5.4. Ergenlik Döneminde Öfke Kontrolü.....	18

3. GEREÇ VE YÖNTEM	
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.5. Veri Toplama Araçları.....	23
3.6. Verilerin Toplanması.....	24
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
3.8. Araştırma Planı.....	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.10. Etik Kurul Onayı.....	25
4. BULGULAR.....	
4.1.Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	26
4.2.Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerinin “Kendi Kişiliğinizi Nasıl Tanımlarsınız?” Soruna Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular.....	30
4.3. Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerin Sürekli Öfke/Öfke İfade Biçimlerine Ait Bulgular.....	33
5. TARTIŞMA.....	
5.1.Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerin Öfke İfade Biçimleri.....	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
7. KAYNAKLAR.....	45

8. EKLER.....

EK I. Ergen Kişisel Bilgi Formu

EK II. Ebeveyn Kişisel Bilgi Formu

EK III. Sürekli Öfke ve Öfke, İfade Tarz Ölçeği

EK IV. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ergenler İçin)

EK V. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ebeveynler İçin)

EK VI. Etik Kurul İzni

EK VII Özgeçmiş

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Sürekli Öfke/Öfke İfade Tarzı Ölçeği'nin Güvenirlilik Test Sonuçları.....	24
Tablo 2. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 3. Ergenlerin Ebeveyn Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	28
Tablo 4. Ergenlerin “Kendi Kişiliğinizi Nasıl Tanımlarsınız?” Sorusuna Yanıtlarının Dağılımı.....	30
Tablo 5. Annelerin “Kendi Kişiliğinizi Nasıl Tanımlarsınız?” Sorusuna Yanıtlarının Dağılımı.....	31
Tablo 6. Babaların “Kendi Kişiliğinizi Nasıl Tanımlarsınız?” Sorusuna Yanıtlarının Dağılımı.....	32
Tablo 7. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenlerin ve Ebeveynlerin Sürekli Öfke Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	33
Tablo 8. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenlerin ve Ebeveynlerin Öfke Dışa Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 9. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenlerin ve Ebeveynlerin Öfke Dışa Alt Ölçeği Puanlarının Tukey-HSD Testi Sonuçları	34
Tablo 10. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenlerin ve Ebeveynlerin Öfke İçte Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 11. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenlerin ve Ebeveynlerin Öfke Kontrol Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 12. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenlerin ve Ebeveynlerin Öfke Kontrol Alt Ölçeği Puanlarının Tukey-HSD Testi Sonuçları	36

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa No
Şekil I Yüksek Riskli Ergenleri Tanılama Rehberi	20

TEŞEKKÜR

Öncelikle araştırmamın her aşamasında destek ve sabrını esirgemeyen, beni yönlendiren, değerli bilgi birikimi ve deneyimiyle çalışmama ışık tutan tez danışmanım; Sayın Prof. Dr. Besti Üstün'e teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmanın yürütüldüğü Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gençlik Ruh Sağlığı Danışma ve Tedavi Birimi çalışanlarına ve araştırmayı kabul edip katılan hasta ve ebeveynlerine,

Araştırma sürecinde, önerileri ile her zaman destek olan çalışma ve okul arkadaşım Tülün Liman'a,

Çalışma boyunca manevi desteklerini her zaman hissettiren sevgili aileme,

Çalışmanın her aşamasında emeği bulunan, destek ve sabrını esirgemeyen sevgili eşim Mustafa Özgür Eser'e sonsuz teşekkür ederim.

Demet Taşçı

ÖZET

PSİKİYATRİ TANISI ALAN ERGEN VE EBEVEYNLERİNİN ÖFKE İFADE BİÇİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Demet TAŞÇI

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu

Yüksek lisans tezi, Psikiyatri Hemşireliği

Danışman: Prof. Dr. Besti Üstün

Yazışma Adresi: tascidemet@gmail.com

Bu çalışmanın amacı, psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin öfkeyi ifade etme biçimleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Araştırmanın örneklemini, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gençlik Ruh Sağlığı Danışma ve Tedavi Birimine başvuran 15-18 yaş arasındaki ergen ve ebeveynleri oluşturmaktadır. Çalışmanın verilerini toplamak için, Demografik Bilgi Formu ve Spielberger tarafından geliştirilen ve Özer tarafından Türkçeye uyarlanan Sürekli Öfke/Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) kullanılmıştır. Araştırmada, tek yönlü varyans analizi ve varyans analizinin anlamlı olduğu durumlarda Tukey's honestly significant difference (HSD) testi uygulanmıştır.

Araştırma sonuçları öfke düzeyleri açısından incelendiğinde, psikiyatri tanısı alan ergenler ile ebeveyn anneler ve ebeveyn babaların sürekli öfke ve öfkeyi içe yansıtma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Psikiyatri tanısı alan ergenler ile ebeveyn babaların öfkeyi dışarı yansıtma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken; ergenlerin ebeveyn annelere göre öfkeyi dışarı yansıtma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Öfkeyi kontrol etme durumu bakımından psikiyatri tanısı alan ergenler ile ebeveyn anneler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmezken; ebeveyn babaların öfke kontrollerinin ergenlere göre daha iyi olduğu görülmektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarına dayalı olarak, ergen ve ebeveynlerin birlikte katıldığı öfke yönetimi programları düzenlenmesi önerilir. .

Anahtar Kelimeler: Öfke, Öfke İfade Tarzları, Psikiyatri Hastası Ergen, Ebeveyn

ABSTRACT

EXAMINE THE RELATIONSHIP OF EXPRESSING ANGER BETWEEN ADOLESCENTS DIAGNOSED WITH PSYCHIATRIC AND THEIR PARENTS

Demet TAŞÇI

Dokuz Eylül University, School Of Nursing

MA Thesis, Psychiatric Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Besti Üstün

mailing address: tascidemet@gmail.com

The purpose of this study is to examine the relationship of expressing anger between adolescents diagnosed with psychiatric and their parents.

The test group consists of adolescents between the ages of 15-18 and their families registered at the Ege University Medical Faculty Hospital Adolescent Mental Health Consultation and Treatment Unit. A Demographic Questionnaire and an Anger Expression Scale, which was developed by Spielberger and adapted to Turkish by Özer, have been used for collecting data. In the study, the one-way analysis of variance were applied. Additionally, Tukey-HSD test was conducted when the results of Anova were significant.

The research results were examined in terms of different levels of anger, adolescents diagnosed with psychiatric did not demonstrate statistical differences their mothers and fathers concerning trait anger and anger inward reflection. In terms of out of anger, adolescents diagnosed with psychiatric did not demonstrate statistical differences in comparison to their fathers but they did reflect more out of anger than their mothers. In terms of anger control, adolescents diagnosed with psychiatric did not demonstrate statistical differences to their mothers but, their fathers were better in controlling anger than adolescents diagnosed with psychiatric.

In terms of study results, adolescents and their parents recommend regulation of anger management programs.

Keywords: Anger, Anger Expression, Adolescent Psychiatric Patients, Parent

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ve klinikte yatan ergenler öfkelerini ifade etmede çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar. Öfke, hafif bir tepkiden hiddete varan farklı yoğunluklarda yaşanabilmektedir. Bazen kısa süreli, orta yoğunlukta, bazen de sürekli, şiddetli ve yıkıcı olabilmektedir. Depresyon, intihar girişimi, saldırganlık gibi psikiyatrik sorunlarda öfke ifade etme güçlüğü olduğu belirtilmektedir (Çelik, 2009; Akdemir, 2008; Puskar, 2008; Whiteside, 2005; Görker, 2004; Tamar, 2004; Cautin, 2001).

Ülkemizde psikiyatri tanısı alan ergenlerle öfke tepkilerini inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Öfkeyle ilgili çalışmaların sağlık alanında daha çok sağlık personelleriyle ve hemşirelerle yapıldığı görülmektedir. Tamar (2004) çalışmasında, ergenlik döneminin en belirgin özelliği olarak irritabilite ve öfkenin varlığı belirtilmektedir. Çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniğine başvuran ergenlerde ülkemizde yapılan araştırmalar incelendiğinde, anksiyete bozukluğu tanısı alan ergenlerde en sık başvuru nedenlerinden biri olarak öfke patlamaları, depresyon tanısı alan ergenlerde ise öfke denetim güçlüğü olduğu görülmektedir (Çelik, 2009). Psikiyatri polikliniğe başvuran ergenler ile yapılan bir çalışmada en sık başvuru yakınmalarında sinirlilik belirtilmektedir. Özellikle dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yıkıcı davranım bozukluğu ve depresyon tanısı alanlarda sıklıkla sinirlilik yakınması bulunmaktadır (Akdemir, 2008). Görker'in (2004) psikiyatri polikliniğine başvuran ergenlerle yaptığı çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Yaş ortalaması 14 olan ve intihar girişiminde bulunan 19 olguda intihar öncesi hakim olan duygular arasında kızgınlık-öfke ilk sırada yer almaktadır (Tezcan, 1994). Çalışmalar intihar girişiminde bulunan ergenlerin %80-90'ında bir psikiyatrik bozukluğun olduğunu bildirmektedir (Atay, 2003). İntihar girişimi nedeniyle başvuran çocuk ve ergenler ile yapılan bir çalışmada psikiyatrik bozukluk tanısı alma ile intihar girişiminin ciddi olması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Gidiş, 1996). Karadeniz Teknik Üniversitesi çocuk psikiyatri bölümüne başvuran hastaların incelendiği bir çalışmada intihar girişimi vakası en fazla 15-16 yaş grubundadır (Aktepe, 2006). Bir başka çalışmada da fiziksel hastalığa sahip olma ile intihar girişiminde bulunma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken, psikiyatrik hastalık geçirme, psikolog veya psikiyatriste gitme intihar girişiminde bulunan grupta daha yüksek bulunmuştur (Güleç, 2006).

Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde 92 ergen ile yapılan bir çalışmada, içselleştirilmiş öfke ile depresyon, umutsuzluk, özkıyım girişimleri arasında; dışa vurulan öfke ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Cautin, 2001). Stimmel (2005) yaptığı çalışmada içselleştirilmiş öfke ile depresyon ve kırılganlık arasında anlamlı bir ilişki, dışa vurulan öfke ile düşmanlık duygusu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Puskar (2008) çalışmasında ise içselleştirilmiş öfke ile özgüven ve iyimserlik arasında negatif yönde bir ilişki, uyuşturucu kullanımı ile dışa vurulan öfke arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

Öfke ifade etmede sorunların en önemli noktalarından biri de kuşaktan kuşağa aktarılma özelliğidir. Sosyal öğrenme teorisine göre, öfke yanıtları modelleme yoluyla öğrenilir (Bandura, 2006). Öfke ifade tarzının öğrenilmesi geniş kapsamlı olarak çocuklukta öğrenilir. Uygunsuz öfke ifadesi ile ciddi psikiyatrik bozukluklar ve şiddet suçları arasında bağlantılar tanımlanmaktadır (Kashani,1995). Wedig ve ark. (2007) yaptığı çalışmada, ebeveyne ait yüksek duygu dışa vurumu, her tipinin değerlendirildiği kendini yaralama ile (intihar düşüncesi, intihar planı, intihar niteliğinde olmayan kendini yaralama) bağlantılı bulunmuştur. Sonuç olarak, ebeveyne ait düşük düzeyde eleştiri ergen için koruyucu faktör olarak hizmet edebilir. Puskar ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da olumlu aile desteği puanları ile düşük öfke puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Savi (2008) yaptığı çalışmada, ailenin problem çözme işlevi bozuldukça ergenlerin yaşadıkları davranış sorunlarının arttığı, ailenin iletişim, duygusal tepki verebilme, ailedeki roller, davranış kontrolü, gereken ilgiyi gösterebilme ve genel aile işlevlerinde sağlıklı düzeyi arttıkça, ergenlerde davranış sorunlarının azaldığı belirlenmiştir. Bu konuyla ilgili literatür incelendiğinde şiddet konusunun çok sık incelendiği görülmektedir. Şiddet uygulayan yetişkinlerin büyük bölümünde çocuklukta aile içi şiddete maruz kalma öyküsü saptanmıştır (Vahip, 2002; Kaymak 2004). Yurt dışında yapılan, aile içi şiddet ile öfke ifade ilişkilerinin incelendiği bir çalışmada da bulgular sosyal öğrenme teorisi ilkelerine dayalı açıklanmaktadır. Aile içi şiddete tanık olan gençlerde aile içi şiddete tanık olmayan gençlere göre daha yıkıcı doğrudan ve daha yıkıcı dolaylı öfke ifade tarzları bulunmuştur (Wolf, 2003).

Toplumun en küçük birimi olan ailenin çocuğunun büyümesinde çok önemli rolleri vardır. Çocuk, aile ortamında toplumsallaşarak bulunduğu topluma uygun davranışlar geliştirir. Çocukluğunda kazandığı deneyimler bütün yaşamı boyunca etkisini gösterir (Kutlu,

2007). Olumsuz aile ortamı depresyon, özkıym düşüncesi, özkıym girişimleri riskini arttırmaktadır (Tamar, 2004).

Öfke ve öfke ile ilişkili problemler, psikiyatri servislerinde çok sık bildirilmektedir. Psikiyatri ünitelerinde öfke ile baş etme davranışları ergenlere hemşireler tarafından öğretilerek ergenlerin öfkelerini kontrol etmeleri sağlanmalıdır (Blake, 2007). Psikiyatri hemşireleri, ergenleri, okul, aile ve akran gruplarıyla birlikte sosyal, duygusal, fiziksel davranışlarını bütüncül olarak değerlendirmelidir (Stuart, 2005).

Literatür incelendiğinde psikiyatri tanısı almış ergen ve ebeveyninin öfkesini nasıl ifade ettiğine yönelik araştırmalara ulaşılammıştır. Bu gereksinimden yola çıkılarak planlanan bu çalışmanın verileri, bütüncül bakım verme ve ebeveyn eğitim programları oluşturulması için veri kaynağı olarak kullanılabilir.

1.2 Amaç

Bu çalışma psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin öfkeyi ifade etme biçimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3 Araştırma Soruları

1. Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerinin sürekli öfke ifade biçimleri alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
2. Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerinin öfke kontrol alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
3. Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerinin öfke/içe alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?
4. Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerinin öfke/dışa alt ölçeği puanları arasında anlamlı bir fark var mıdır?

GENEL BİLGİLER

2.1.1. ERGENLİK DÖNEMİ VE ÖZELLİKLERİ

Ergenlik, belirgin ve hızlı fizyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimlerin görüldüğü çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir (Mukaddes, 2001). Koç'un (2004) belirttiğine göre, UNESCO tanımında ergenlik, bireyin öğrenim gördüğü ve ekonomik bağımsızlığına kavuşamadığı, medenî durum olarak da evli olmadığı bir gelişim dönemidir.

Türkiye'deki bir çok çalışmada ergenlik döneminin 12-25 yaş olarak alındığı görülmektedir (Kulaksızoğlu, 2000). Ergenliğin başlangıç süresi ırk, iklim ve beslenme şartları gibi değişik faktörlere bağlı da değişebilmektedir. Örneğin; Akdeniz ikliminin hakim olduğu yerlerde kızlar 8-10 yaşları arasında ergenlik dönemine girerken, bu durum kutuplarda yaşayan Eskimolarda 20'li yaşlara kadar uzayabilmektedir (Koç, 2004; Mukaddes 2001).

Ergenlik dönemi, puberte dönemi (12–14 yaş), orta ergenlik dönemi (15–17 yaş) ve geç ergenlik dönemi (18 ile kimliğin buluncaya kadar geçen dönem) olmak üzere üç bölümde incelenebilir.

2.1.2. ERGENLİK DÖNEMİ AŞAMALARI

- 1. Erken Ergenlik:** Pubertenin fizyolojik değişimleri ile başlar (Mukaddes, 2001). Bu dönemde hızlı gelişen fiziksel ve davranışsal değişiklikler görülür (Derman, 2006). Bu dönemde, ergenlerin en büyük uğraşları bedenleridir. Uyku ve beslenme özellikleri düzensizdir. Ebeveynin otoritesi ile baş etmeye başlarlar. (Mukaddes, 2001; Derman, 2006)
- 2. Orta Ergenlik:** Puberte başladıktan iki yıl sonra başlar. Bu dönemde soyut düşünce kapasitesi gelişir. Bu dönemde anne babadan ayrışma ve kimlik arayışı önem taşır (Mukaddes, 2001, Derman, 2006).
- 3. Geç Ergenlik:** Puberteden dört yıl sonra başlar ve 2-3 yıl sürer, kimlik duygusunun bütünleşmesiyle sona erer. Bu dönemde bağımsızlık pekişir ve karşı cins ile ilişkiler önem taşır (Mukaddes, 2001, Derman, 2006)

2.1.3. ERGENLİK KURAMLARI

1.3.1. Psikoanalitik Kuram: Sigmund Freud & Anna Freud

Anna Freud, bu dönemin, ortaya çıkan güçlü cinsel dürtüler karşısında kendini savunmaya çalışan güçsüz bir benlik kavramı üzerinde kurulduğunu belirtmiştir. Bu görüşe göre ergen, bir yandan ödipal çatışmayla baş ederken diğer yandan benliğini anne babadan ayırtırmaya çabalamaktadır. Bu dönemin, sağlıklı gelişimi ile olgun bir kişilik, cinsel yeterlilik, uyumlu kimlik duygusu gelişir; yaratıcılık, sevmeye, anlamlı amaçlar ve değerler kazanılır (Yüksel, 2006; Mukaddes 2001).

2.1.3.2. Bilişsel Kuram: J. Piaget

Ergenler bu kurama göre son gelişim evresi olan soyut işlemler dönemindedirler. Bu dönemde ergen, soyut düşünme, nedenselliği görme, kavramları tanımlayabilme yeteneklerine kavuşur ve geliştirir (Yüksel, 2006).

2.1.3.3. Psikososyal Kuram: E. Erikson

Erikson “insanın sekiz evresi” kuramı içeriğinde ergenliği beşinci psikososyal gelişim fazı olarak değerlendirmektedir. Bu dönemi, kişinin toplumsal yerini, mesleki konumunu ve cinsel kimliğini tanımaya çalıştığı bir dönem olarak tanımlar. Bu çabaya da “kimlik bunalımı” adını vermektedir. Kimlik bunalımını da kimlik kazanmak için bilinçli ve bilinç dışı yapılan bir savaş olarak tanımlamaktadır (Yüksel, 2006).

Erikson’a göre ergen kimlik kazanma mücadelesinde başkalarının gözündeki kendisi ile kendi gözündeki kendisini karşılaştırır. Bu dönemin olumlu geçmesi yetişkinliğe de yansıtacak ve bireyin sağlıklı bir yetişkin olarak yaşaması söz konusu olacaktır (Kulaksızoğlu, 2000).

2.1.3.4. Öğrenme Kuramı: A. Bandura

Albert Bandura, modellemenin kişilik gelişimine olası etkisi üzerinde durmuştur. Sosyal öğrenme teorisine göre, öfke yanıtları modelleme yoluyla öğrenilir. Bu modele göre, birey ilk olarak gözlemlemeye ve katılmaya ihtiyaç duyar. İkinci olarak, gözlemci, gözlediği davranışı hatırlamaya ihtiyaç duyar. Bu genellikle zihinsel prova davranışını içerir. Üçüncü olarak, gözlemci gözlemlediği davranışı uygulayabilmek için fiziksel kapasiteye sahip olmalıdır. Bandura’ya göre, ergenlik döneminde saldırgan davranışlar sergileyen gençlerin durumu normal büyüme sancısı olarak kabul edilemez. Saldırgan davranışlar sergileyen gençlere aileleri tarafından uygun eğitim verilmemiştir. Bandura düzenli, istikrarlı, sevecen ailelerden gelen ergenlerin bu dönemi rahat geçirdiklerini belirtmiştir (Bandura, 2006).

2.2.1. ERGENLİK DÖNEMİNDE SIK GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR

Çocuk ve ergenlerdeki ruhsal bozuklukların belirtileri, tanısı, seyirleri, tedavileri yetişkinlerden farklı özellikler göstermektedir. Örneğin; ergenler içinde bulundukları dönemin “değişken” özelliklerine uygun olarak depresyonu uç noktalarda yaşarlar ve intihar riskleri daha yüksektir (Yüksel 2006). Bu dönemde görülen psikiyatrik bozukluklar bireyin sonraki yaşamında kalıcı etkiler bırakabilmesi açısından da bu dönem büyük önem taşımaktadır (Çelik, 2009).

Ergenler, bu dönemde bağımsız olma ve kimliklerini bulma yolunda çok zorlu bir süreçten geçmeye başlarlar. Ergenlerin bu dönemde suç işleme, şiddete başvurma, çete faaliyetlerine katılma ve uyuşturucu madde kullanma olasılıkları fazladır (Gül, 2009).

Elli bir Asya ülkesinde 2010 yılında yapılan araştırmada çocuk ve ergenlerde psikiyatri hastalığı oranının %10-20 arasında olduğu saptanmıştır (Mcdougall, 2006). Ergenlik döneminde ortaya çıkan ruh sağlığı sorunları arasında en sık, anksiyete bozuklukları ve depresyonun görüldüğü belirtilmektedir (Bernstein 1991).

Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde; İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne 2000-2001 yılları arasında başvuran ergenlerle yapılan çalışmada en sık görülen tanılar, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarıdır (Görker, 2004). 2004-2005 yıllarında Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümüne başvuran ergenlerle yapılan çalışmada, en sık görülen tanılar sırasıyla erkeklerde yıkıcı davranım bozuklukları, anksiyete bozuklukları, mental retardasyon, duygudurum bozuklukları ve dışa atım bozuklukları; kızlarda duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, mental retardasyon ve somatoform bozukluklar olmuştur (Akdemir, 2008). DSM-III-R'ye göre 15-18 yaş arası ergenlerde majör depresyon yaşam boyu %14 oranında saptanmıştır (Güleç, 2007). 2004-2005 yılları arasında Çukurova Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda tedavi edilen ergenlerle yapılan çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları en sık konulan tanılardır (Çelik, 2009).

Yaş ortalaması 14 olan ve intihar girişiminde bulunan 19 olguda intihar öncesi hakim olan duygular arasında kızgınlık-öfke ilk sırada yer almaktadır (Tezcan, 1994). Batıgün

(2003) çalışmasında da öfke/saldırganlık puanları yüksek olan gençlerin intihar olasılıklarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ergen intiharlarında %90 oranında en az bir majör psikiyatrik bozukluk bulunur. Erken ergenlerde ise bu oran daha düşük olup %60 civarındadır. Depresif bozukluk ise en baskın psikiyatrik bozukluk olup %49-64 oranında görülmektedir (Tüzün, 2005; Atay, 2003). Son epidemiyolojik çalışmalar ergenlerin yaklaşık %13.5'in de intihar fikrinin olduğunu, intihar girişiminin %2.7 ile %4.6 arasında olduğunu göstermektedir (Wedig, 2007).

2.2.2. ERGENLİK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN RUHSAL BOZUKLUKLAR VE ÖFKE İFADE TARZLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Öfke ifade tarzının öğrenilmesi geniş kapsamlı olarak çocuklukta öğrenilir. Uygunsuz öfke ifadesi ile ciddi psikiyatrik bozukluklar ve şiddet suçları arasında bağlantılar tanımlanmaktadır (Kashani,1995).

Ergenlik döneminin en belirgin özelliği olarak irritabilite ve öfkenin varlığı belirtilmektedir (Tamar, 2004). Çocukluk çağındaki saldırgan davranışlar ilerideki hayatında ciddi sorunların bir göstergesidir (Kashani, 1995). Öfkenin nasıl ifade edildiği çok önemlidir. Öfke bireylerde değişik biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Bunlar; öfke içe vurumu, öfke dışa vurumu, öfke kontrolüdür (Albayrak 2009; Batıgün, 2009). Öfke dışa vurumu; oluşan öfke duygusunun sözel veya davranışsal olarak dışarıya aktarılmasıdır. Öfke içe vurumu; öfkesini içe yöneltmeyi ya da bastırmayı tanımlar. Öfke kontrolü ise, duygularının yönü ne olursa olsun öfkesini kontrol etmeyi ifade eder (Albayrak 2009; Wolf, 2003). Kontrol edilemeyen öfke ergenlerde önemli problemlere yol açabilir ve depresyon, intihar eğilimi, madde kötüye kullanımı, kızgınlık, saldırganlık, şiddet, suç işleme sonuçlarına yol açabilir (Erdur 2009; Çelik, 2009; Akdemir, 2008; Puskar, 2008; Whiteside, 2005; Görker, 2004; Tamar, 2004; Cautin, 2001). Kontrol edilemeyen öfke, birçok probleme yol açtığı gibi, birçok psikiyatrik bozukluk öfke, saldırgan ve agresif davranışlara yol açar. Örneğin, paranoid sanrısı olan bir hasta çevresindeki insanların ona zarar vereceklerini düşünerek daha agresif ve saldırgandır (McDougall,2006).

Çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniğine başvuran ergenler ile ülkemizde yapılan araştırmalar incelendiğinde, anksiyete bozukluğu tanısı alan ergenlerde en sık başvuru nedenlerinden biri olarak öfke patlamaları, depresyon tanısı alan ergenlerde ise öfke denetim güçlüğü olduğu görülmektedir (Çelik, 2009). Psikiyatri polikliniğe başvuran ergenler ile

yapılan bir çalışmada en sık başvuru yakınmalarında sinirlilik belirtilmektedir. Özellikle dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), yıkıcı davranım bozukluğu ve depresyon tanısı alanlarda sıklıkla sinirlilik yakınması bulunmaktadır (Akdemir, 2008). Görker'in psikiyatri polikliniğine başvuran ergenlerle yaptığı çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur (Görker,2004).

Yurt dışında ergenler ile yapılan çalışmalar incelendiğinde; 92 ergen ile yapılan bir çalışmada, içselleştirilmiş öfke ile depresyon, umutsuzluk, özkıyım girişimleri arasında; dışa vurulan öfke ile alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Cautin, 2001). Eftekhari ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada öfke dışa vurumu ile madde ve alkol bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Stimmel (2005) yaptığı çalışmada içselleştirilmiş öfke ile depresyon ve kırılganlık arasında anlamlı bir ilişki bulunurken dışa vurulan öfke ile düşmanlık duygusu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Puskar (2008) çalışmasında ise içselleştirilmiş öfke ile özgüven ve iyimserlik arasında negatif yönde bir ilişki bulunurken, uyuşturucu kullanımı ile dışa vurulan öfke arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca, öfkenin içselleştirilmesi ile depresyon ve anksiyete bozuklukları arasında pozitif anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

2.3.1. ERGENLERİN ÖFKE İFADE TARZLARI İLE AİLE ORTAMI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Aile, duygularımızın oluştuğu ilk çevredir. Yetişkinlerin çocuklarına gösterdikleri duygular, davranışlar, çocukların duygusal yaşamlarının bir çerçevesini oluşturur. Çocuk, aile ortamında toplumsallaşarak bulunduğu topluma uygun davranışlar geliştirir (Kutlu, 2007). Çocuğun en önemli özdeşim nesneleri anne ve babadır (Vahip, 2002).

Aile içinde yaşanan öfke ve saldırganlık içeren davranışlara çocuklar ya doğrudan maruz kalmakta ya da yaşanan şiddete tanık olmaktadır (Vahip, 2002). Aile içinde şiddete uğrayan ya da tanık olan çocuk ve ergenlerin ileride kendilerinin de birer şiddet uygulayıcısı olması olasılığı yüksektir. Ayan'ın (2007) çalışmasında anne babaları tarafından şiddete maruz kalan öğrencilerin saldırganlık eğilimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Frias ve Armenta'nın (2002), yapmış olduğu bir çalışmasında da çocuklukta fiziksel ve sözel saldırganlığa uğramış yetişkinlerin ileride depresyon, anksiyete, alkol kullanımı, antisosyal davranış gösterme ve kendi çocuklarını istismar etme gibi davranışlar gösterdikleri gözlenmiştir. Kuşaktan kuşağa aktarılan sadece şiddetin kendisi değildir aynı zamanda bu

durumu çevreleyen duygusal atmosferdir. İçselleştirilen öfke, korku ve çökkünlük duyguları kişinin tutum ve davranışlarını yaşam boyu etkileyebilmektedir (Kaymak 2004; Vahip, 2002).

Bandura'nın Sosyal Öğrenme Kuramına göre çocuk birçok davranışı gözlem, model alma, pekiştirme yolu ile öğrenir ve taklit eder. Model davranışı için ilk kaynak ailedir. Çünkü birçok çocuk, zamanının önemli bir kısmını aile üyeleriyle geçirir. Aile üyelerinin öfkeye nasıl yanıt verdiklerini gözlemleyerek, öfkeye nasıl yanıt verildiğini öğrenebilirler. Çevrelerinde sorunların öfke ve saldırganlık yoluyla çözümlendiğini görüyorlarsa, saldırganlığı sorun çözücü bir davranış olarak öğrenirler, saldırgan davranışların yaşamın bir parçası olduğunu düşünürler ve bunu kendi yaşamlarında da uygulamaya koyarlar. Yani ergen, öfkelendiği zaman spontan olarak aile içindeki önceki deneyimlerine göre tepki gösterir (Bandura, 2006). Saldırganlık ve şiddet öğrenilen bir davranış olması nedeniyle zamanında müdahale edilmez ve gerekli önlemler alınmazsa uzun vadede toplumsal yapıda geri dönüşü olmayan sorunlara yol açabilir (Ayan, 2007). Bu olumsuz sonuçların yaşanmaması için öfke duygusunun denetim altına alınması ve uygun bir şekilde ifade edilmesi gerekmektedir. Anne ve babaların hem birbirleriyle hem de çocuklarıyla olan iletişimlerinde en azından temel iletişim becerilerini öğrenmeleri, öfke duygusuyla ve saldırgan davranışlarla baş edebilmeyi öğrenmeleri gerekmektedir. Öfke duygusunu sağlıklı yollarla ifade edebilme becerilerine yönelik eğitimlere yer verilmelidir (Anooshian, 2005).

Ergen ve ebeveynlerinin öfke ifade biçimlerinin birlikte incelendiği çalışmalar sınırlı sayıdadır. Kashani ve arkadaşlarının (1995) yaptığı bir çalışmada, psikiyatri hastası 100 çocuğun aile işleyişi algıları ve öfke ifade tarzları incelenmiştir. Öfkesini dışarı yansıtan çocuklar yaşamlarında daha az sosyal destek olduğunu ve bu sosyal destekten daha az tatmin olduklarını bildirmişlerdir. Öfkesini kontrol edebilen çocuklar çevrelerinde onlara destek olan daha fazla insan olduğunu bildirmişlerdir. Aileler çocuklarına uygun öfke ifade tarzını öğreterek çocukların benlik saygısına katkıda bulunabilirler. Kashani ve arkadaşlarına (1995) göre benlik saygısı ile psikiyatrik hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki vardır. Böylece, aile çevresi tarafından kazanılan benlik saygısı, suç aktiviteleri ve psikiyatrik hastalıklara karşı koruyucu bir rol oynayabilir. Wolf ve Foshee' nin (2003) çalışmasında aile de şiddet, öfke ifadesi ve ergenler tarafından şiddet suçu işlenmesi test edilmiştir. Aile içi şiddete maruz kalma ile hem erkek hem de bayan ergenlerde şiddet suçu işleme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aile içi şiddete tanık olma ile şiddet suçu işleme arasında kadınlarda ilişki bulunurken, erkeklerde ilişki bulunmamıştır. Bayanlarda ve erkeklerde aile içi şiddete maruz

kalma ve tanıklık etme ile yıkıcı doğrudan ve dolaylı öfke ifade tarzı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışma, aile içi şiddetine maruz kalan ya da tanık olan ergenlerin ebeveynlerinin öfke ifade tarzlarını öğrendiklerini, şiddet suçu işlemek için risk altında olduklarını ileri sürer. Bu açıklama sosyal öğrenme teorisinin temellerine dayanır. Wedig ve ark. (2007) yaptığı çalışmada, ebeveyne ait yüksek duygu dışı vurumu, her tipinin değerlendirildiği kendini yaralama ile (intihar düşüncesi, intihar planı, intihar niteliğinde olmayan kendini yaralama) bağlantılı bulunmuştur. Sonuç olarak, ebeveyne ait düşük düzeyde eleştiri ergen için koruyucu faktör olarak hizmet edebilir. Puskar ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da olumlu aile desteği puanları ile düşük öfke puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Savi (2008) yaptığı çalışmada, ailenin problem çözme işlevi bozuldukça ergenlerin yaşadıkları davranış sorunlarının arttığı, ailenin iletişim, duygusal tepki verebilme, ailedeki roller, davranış kontrolü, gereken ilgiyi gösterebilme ve genel aile işlevlerinde sağlıklı düzeyi arttıkça, ergenlerde davranış sorunlarının azaldığı belirlenmiştir. Albayrak ve Kutlu (2009) çalışmasında da, aile yapısını baskıcı olarak tanımlayan öğrencilerin sürekli öfke ve öfke dışı vurum düzeyleri diğer öğrencilere göre yüksek bulunurken; aile yapısını anlayışlı/ilgili olarak değerlendiren öğrencilerin ise öfke içe vurum düzeyi diğer öğrencilere göre daha düşük olarak belirlenmiştir.

2.4.1. ÖFKE VE NEDENLERİ

Öfke uygun ifade edildiğinde, son derece sağlıklı ve doğal bir duygudur (Kökdemir, 2004). Öfke, bir işarettir. Öfkemiz incindiğimizi, haklarımızın ihlal edildiğini, gereksinimlerimizin ya da isteklerimizin doğru şekilde karşılanmadığını ya da sadece işlerin yolunda gitmediğini gösteren işaret olabilir (Lerner, 2007). Howells (2003)'e göre, öfke kişisel sorun olmaya başlayan ve terapötik yardım arayışına neden olan, duygusal ve duyuşsal durumlardan biridir. Öfke, korku, üzüntü ve suçluluk gibi birçok duygu, doğası gereği bir sorun olmamakla birlikte, önemli olan bu duyguların gösterilme sıklığı ve şiddetinin artması ve bu duyguların davranışsal etkileridir.

Genellikle öfkeye yol açan nedenler arasında; engellenme, haksızlığa uğrama, fiziksel incinme ve yaralanmalar, tacize uğrama, hayal kırıklığı, saldırıya uğrama, tehditler sayılabilir (Kökdemir, 2004). Öfke nedenleri yaşa göre değişmektedir. Bebeklerde, ihtiyacın karşılanmaması öfkeye neden olurken çocuklarda yalnız bırakılmak, beklentilerin yaşına göre fazla olması ve başarısızlık öfke nedenleridir. Daha büyük çocuklarda ve yetişkinlerde öfke

nedenleri, sosyal engellenmeler ve düş kırıklıklarını da kapsayarak artar (Deffenbacher, 1999),

Öfkenin ortaya çıkmasına neden olan durumları inceleyen ve genel bir sınıflandırma yapmış olan Deffenbacher (1999), öfkenin ortaya çıkışının üç biçimde gerçekleşebileceğini ileri sürmektedir. (1) Meydana gelen bir ya da daha fazla olay (2) Anlık ve kalıcı özellikler içeren bireyin öfke öncesi durumu (3) Sadece meydana gelen olayları değil aynı zamanda bireyin kendi başa çıkma kaynakları (sırasıyla birinci ve ikinci) değerlendirmeleri arasındaki müdahaleler olarak sıralanmaktadır.

1)Olayların ortaya çıkması/çıkarılması: Öfke, bazen belirli dış olaylar ile ortaya çıkarılır. Bunlar tanımlanabilir durumları (örneğin, trafikte durdurulmuş olma), diğer davranışları (örneğin, eleştiri), nesneleri (örneğin, çalışmayan bir araba ya da bilgisayar) ve bireyin kendi davranışları ya da karakteristik özelliklerini (örneğin, aşırı uyuma, toplantıyı kaçırma ya da obezite) içermektedir. Diğer durumlarda öfke, dış olaylar kombinasyonu ve öfkeyi meydana getirecek hatıralar ve resimler olarak görülür. Bu durumun en güçlü tepkileri posttravmatik stresli bireylerde görülür. Örneğin, bir sürücünün daha önce bir kamyon kazasında akrabasının ölmesi yüzünden, sürücü kamyonu düzgün kullansa bile öfkeli bir hale gelebilir. Öfke, genellikle düşünce ya da duyguları içeren iç-uyaranlar tarafından tetiklenir. Örneğin, birey eski kocasını uzun uzun ya da kara kara düşünürken öfkeli hale gelmektedir. Bazı durumlarda öfke, diğer duygular tarafından başlatılabilir. Birey başka birinin kendisini eleştirisinden ve reddetmesinden korktuğu için öfke ya da savunma biçiminde tepkiler gösterebilir. Bu durumların her ikisinde de yaşanan öfke duygusu diğer duyguların tetiklemesiyle ortaya çıkmaktadır.

2)Öfke öncesi durum: Bireyin anlık durumu, öfkenin olasılığını, şiddetini ve ifade edilmesini etkiler. Önceki öfke, sonraki öfkeyi şiddetlendirebilir. Öfkenin önceki durumundaki uyarma, sonraki durumlarda bir önceki kışkırtmayla benzer olmasa bile öfkenin olasılığını iletir ya da artırır. Öfke, aynı zamanda bireyin kalıcı bilişsel özellikleriyle ilgilidir. Bilişsel şemanın yapısı ve doğası, bireysel alanlar, ego kimlikleri ve amaç-direktifli davranışın tutumu, var oluşu öfkenin amacını, ifade edilmesini ve şiddetini etkiler. Öfke öncesi durumun ikinci kalıcı ögesi bireyin kültürünün kalıntısıdır. Örneğin, bir kültür yüksek sesli değişimlere göz yumarken diğer kültür bu tür davranışları kaba ve saldırgan olarak düşünmektedir.

3)Değerlendirme süreçleri: Tetikleyici olaylar, öfke öncesi durum, anlık ve kalıcı unsurların ışığında değerlendirilir. Birincil değerlendirme, bireyin tetikleyici olaylardaki ilk

değerlendirmesini içerir. Kişilerin bu olaylarla kendi başa çıkma kaynaklarını değerlendirmek, ikincil bir değerlendirmedir. Bazı değerlendirmeler öfke ve saldırganlığı onaylar, sorumluluğu ve öfke sırasında gerçekleşen davranışları duygulardan ayırır. Sonuç olarak, bireyin saldırganlığa karşı olumlu beklentileri olduğunda öfkeye olan eğilimi artar ve birey onu başa çıkma olarak görür.

Öfke duyuşsal, bilişsel ve davranışsal öğeleri olan çok boyutlu bir kavram olarak ele alınmaktadır.

2.4.1.1. ÖFKENİN FİZYOLOJİK BOYUTU

Vücudumuz bize öfkeli olduğumuz konusunda bazı fiziksel işaretler verir. Uyarıcı duyguyu harekete geçirir, stres ve gerginlik başlar, enerjiyi arttıran adrenalin salgısı artar, nefes alıp verme sıklaşır, kalp atışları hızlanır, kan basıncı artar vücut ve zihin “savaş ya da kaç” tepkisi için hazırdır (Kökdemir, 2004). Tüm bu bedensel ve fizyolojik değişiklikler kişinin isteğine göre değil, doğal bir şekilde, kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Bununla birlikte bu tepkileri kontrol etmek öğrenilebilmektedir (Balkaya, 2004).

2.4.1.2. ÖFKENİN BİLİŞSEL VE SOSYAL BOYUTU

Duyguların temelini bireyin algıları ve olaylara verdiği anlamlar oluşturur. Öfke duygusunun ortaya çıkmasına neden olan şey, bireyin uyarıcıyı algılama biçimi ve uyarıcıya verdiği anlamdır (Deffenbacher, 1999).

Sosyolojik kuramcılara göre diğer bütün duyguların ifadesinde olduğu gibi öfkenin de ifadesinde, sosyal yapılandırmaların büyük etkisi vardır. Erkekler duydukları öfkeyi açıkça ifade ederken, kadınların öfkelerinin bilincine varmaları ve öfkelerini ifade etmeleri hep engellenmiştir. Erkeklerin öfkeleri hoşgörü ile karşılanırken, kadınların öfkelerini dolaysız olarak ifade etmeleri kadınlığa, hanımefendiliğe, anneliğe yakışmaz diye düşünülür (Lerner, 2007).

2.4.1.3. ÖFKENİN DAVRANIŞSAL VE TEPKİ BOYUTU

Öfkenin davranışsal boyutu ise, öfkenin ne şekilde ifade edildiği ile ilgilidir. Öfke ifade edilme tarzına göre yorumlanmaktadır (Batıgün, 2004). Öfke bireylerde değişik biçimlerde ortaya çıkmaktadır. Bunlar öfke içe vurumu, öfke dışı vurumu ve öfke kontrolüdür (Lerner, 2007). Bazı insanlar öfkelerini genellikle içine atmayı seçerler ya da bastırma yoluna giderler. Oysa bastırılan duygu insanın kendisine zarar verir. Bastırılmış duygular mide ülseri,

yüksek tansiyon gibi psikosomatik tepkilere neden olur (Balkaya,2003). Öfke dışa vurumu, öfkesini kendinden direkt dışarıya doğru ya da başkalarına doğru yöneltmeyi ifade eder (Wolf, 2003). Öfkemizi olduğu gibi, hiç gözden geçirmeden açığa vurmakta bir açıdan sakınca olmayabilir. Bunun yararlı ya da gerekli olduğu durumlarda vardır. Ama patlamak ya da kavga etmek geçici bir rahatlama sağlasa bile, fırtına dindiğinde genellikle hiçi bir şeyin değişmediği görülür (Lerner, 2007).

2.5.1.ÖFKE KONTROLÜ

Öfkeyi doğru ifade etme becerisini kazanmaya “öfke kontrolü” denir. Öfke kontrolünde temel amaç; saldırganlıktan uzak, şiddet içermeyen, kişinin kendisine ve çevresindekilere zarar vermeyecek şekilde duygusunu ifade etme becerisini kazanmasıdır (Kökdemir, 2004). Amaç, öfkeden kurtulmak ya da geçerliliğinden kuşku duymak yerine, öfkenin kaynaklarını açıklığa kavuşturmak, ardından yeni ve farklı bir eylem benimsemek olmalıdır (Lerner, 2007).

Öfke herkesin yaşayabileceği bir duygu olmasına rağmen, öfkenin ifade ediliş tarzı ve yönetimi bireyden bireye değişir. Öfkelendiklerinde bazı insanlar sözel ya da fiziksel saldırganlık sergilerken bazıları kendilerini saldırgan olmayan yollarla ifade etmekte ya da dikkatini durumdan uzaklaştırma gibi uyumlu davranışlar sergilemektedirler (Deffenbacher 1999). Öfke ifade tarzının farklı modelleri ile ergen psikopatolojisinin farklı olması arasındaki ilişki çeşitli araştırmalarda gösterilmektedir. Dışa vurulan öfke ifadesi açıkça görünürken, içe yansıtılmış öfke daha gizlidir, hemen göze çarpmaz. Bu yüzden içe yansıtılmış öfkenin değerlendirilmesi çok önemlidir. Ayrıca öfkesini uzun süre bastıran ergen bir süre sonra öfkesini dışarı yansıtan ergenden çok daha fazla saldırganlaşabilir (Cautin, 2001; Kashani, 1995).

2.5.2. ÖFKE KONTROLÜNDE AİLENİN ROLÜ

Ergenlere verilen sağlık hizmetinin önemli bir parçasını aile ile iletişim oluşturmaktadır (Ercan, 2005). Ergenlik dönemi davranış sorunlarının önlenmesine yönelik tedbirler öncelikle aileden başlayarak alınmalıdır. Geleceğin sağlıklı yetişkinlerini, bugünün sağlıklı yetişen çocukları oluşturur. Çocuk ve ergenlerin sağlıklı gelişimlerinin temelinde işlevlerini tam olarak yerine getiren aileler bulunmaktadır (Savi, 2008).

Ergenlik döneminde ergenler, ebeveynlerinden destek beklerler. Özellikle bu dönemde görecekları olumsuz yaklaşımlar ergenleri gereğinden fazla tepki vermeye itebilir (Gül, 2009). Yetişkin tepkisinin destekleyici olması, çocuğun olumsuz duygularını azaltır, daha iyi baş etme becerileri ve iletişim geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Destekleyici olmayan yetişkin tepkisi ise çocukta başarısız baş etme becerilerine yol açmaktadır (Fryxell, 2004). Aile içi ilişkilerde ilgisizlik, ihmal, reddedilme yaşayan ergenlerin antisosyal ve saldırgan davranışlar için risk grubudurlar. Bu açıdan düşündüğümüzde, ergenlerin davranış sorunlarının çözümlenmesi ve önlenmesine yönelik tedbirler aileden başlayarak alınmalıdır (Savi, 2008). Öfke duygusunun sağlıklı yollarla ifade edilmesine yönelik ebeveyn eğitim programlarına yer verilmelidir (Anooshian, 2005). Bu eğitim programlarında yapıcı öfke ifade tarzları öğretilmeli ve ergenlerle olumlu, duyarlı, destekleyici ilişkiler kurma konusunda ebeveynler duyarlı hale getirilmelidir (Ertem, 2006; Wolf 2003). Kashani ve ark.(1995) çalışmasında da öfke ile baş etme becerilerinin arttırılmasına yönelik sadece çocuklarla çalışmaya odaklanmak yerine aileleri de çalışmaya dahil etmenin ve koruyucu, destekleyici aile uygulamaları politikaları geliştirmenin önemi vurgulanmaktadır.

2.5.3.BİLİŞSEL-DAVRANIŞÇI TERAPİ TEKNİKLERİ VE PSİKİYATRİ HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Ülkemizde, saldırganlık ve şiddet üzerinde yapılan araştırma bulguları incelendiğinde, ergenlerin öfke ve saldırganlıkları ile baş etme, şiddet önleme, duygularını doğru ifade etmede zorlandıkları, kendi duygu ve düşünce yapılarının farkına varamadıkları, sorunları çözmede yetersiz kaldıkları ve bu durumlarla baş etmede bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak yapılan terapilerin etkili olduğu görülmektedir. Bilişsel davranışçı yaklaşımla ergenlere uygulanan öfke kontrol programının ergenlerin öfke düzeylerini anlamlı biçimde azalttığı öfke kontrol düzeylerini ise anlamlı biçimde artırdığı sonuçları bulunmuştur (Karataş, 2009; Gürbüz, 2008; Akdeniz, 2007; Tekinsav-Sütçü, 2006; Şahin, 2006; Akgül, 2005; Duran ve Eldeleklioğlu, 2005; Yılmaz, 2004; Cenkseven, 2003; Aytek, 1999; Bilge, 1996).

Öfke, bilişsel, duygusal ve fizyolojik öğelerden oluşan içsel deneyimsel bir durum olarak görülmektedir. Duygusal olarak öfke, hafif kızgınlıktan hiddete kadar değişiklik gösteren bir duygu durumu olarak yaşanır. Fizyolojik olarak öfke, artan kas gerilmesinden, adrenalin hormonlarının salgılanmasından ve kaçış veya kavgaya verilen tepkilerin diğer öğelerinden oluşmaktadır. Bilişsel olarak klinik öfke, (1) Abartılmış ihlal duygusu ve

haksızlık, (2) Saldırı, intikam ve ceza, (3) Suç, (4) Bilinçaltı çatışmalarının bilinç üstüne çıkarılarak dışa aktarılması, (5) Öfkenin kaynağının azaltılması, (6) Aşırı genelleme gibi nitelikleri içerir (Deffenbacher, 1999). Özer (1995) 'e göre öfke, bireyin sahip olduğu mantıkdışı inançların sonucu oluşur ve devam ettirilir. Öfke de üzüntü, sıkıntı, çökkünlük gibi mantıkdışı inançların bir ürünüdür. Olaylar kişiyi öfkelenmez. Kişi kendi kendine, inançları doğrultusunda öfkelenmektedir. Olaylarla ilgili yerleşmiş inanç, yorum ve değerlendirme kalıpları ve bunlardan türetilen düşünceler bireyin öfkelenmesine neden olmaktadır.

Bilişsel-davranışçı terapiler, bireylerin günlük yaşamlarında üstesinden gelemedikleri güçlükler ve yaşam problemleri ile karşılaştıklarında onlara yardım etmek için öğrenme kuramlarını uygulayan, problem odaklı, 'burada ve şimdi' ile ilgilenen, davranışçı psikolojik danışma kuramından temel alınarak geliştirilmiş bir tedavi şeklidir (Stuart,2005). Bilişsel davranışçı terapiler davranışçı ve bilişsel yaklaşımlar arasındaki bütünleşme sonucunda doğmuştur (Yüksel, 2006). Bilişsel davranışçı tedavilerde amaç kişilere olumsuz bakış açılarından farklı, alternatif bakış biçimlerinin de olabileceğini göstermektir Bilişsel davranışçı terapi ortamında gevşeme becerileri ve sosyal beceri eğitimi birlikte daha etkili öfke kontrolü sağlayacaktır (Erözkan, 2006).

Psikiyatri hemşiresinin yer alabileceği psikoterapötik alanlardan biri de bilişsel-davranışçı terapilerdir. Psikiyatri hemşiresi, hastanın yineleyen olumsuz düşüncelerinin ve istenmeyen davranışlarının ortaya çıkmasını önlemeye yönelik stratejilerin geliştirilmesinde, bilişsel-davranışçı terapi tekniklerini kullanabilir (Çam,2005). Bilişsel davranışçı terapilerde, başa çıkma becerileri, problem çözme, bilişsel yeniden yapılandırma temel yapılarıdır. (Deffenbacher, 1994).

Aşağıda bilişsel davranışçı terapi teknikleri sıralanmaktadır.

A.Duygusal Kontrol Modeli

Bu modelde amaç duygusal kontrolü arttırmaktır. Bu yolla öfke başarılı bir biçimde azaltılabilmektedir.

- a) Bilişsel Yeniden Yapılandırma
- b) Gevşeme Becerileri (Deffenbacher,1989).

a)Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Bu yöntem en basit anlamıyla düşünme tarzını değiştirmek olarak tanımlanabilir. Öfkeli insanlar düşüncelerini küfrederek, bağırıp çağırarak ifade etme eğilimindedirler. Düşünceler,

öfkeliyken gerçeği yansıtmaktan çok, olayların abartılmış ve çarpıtılmış bir şekilde algılandığını göstermektedir. Bu tür düşüncelerin fark edilmesi ve yerine daha mantıklı olanların yerleştirilmesi öfkeyi kontrolde etkili olabilmektedir (Kökdemir, 2004). Bilişsel yeniden yapılandırma yönteminde hedef kitleyi bilgilendirmek amacıyla konferans, video, kaset ve yardımcı okuma materyallerinden yararlanılabilir (Savaşır,1995).

b) Gevşeme Becerileri

Bu yöntemin amacı, öfke sırasında bireyin bedeninin çeşitli kısımlarında ortaya çıkan kas gerginliklerini fark edebilmesi ve bunları gevşetebilmesidir (Deffenbacher, 1989). Derin nefes alma veya rahatlatan hayaller kurma gibi basit rahatlama araçları öfke duygusunu yatıştırmaya yardımcı olabilir (Kökdemir, 2004).

B. Sosyal Beceri Eğitimi Modeli

Sosyal beceriler, başkalarıyla uygun iletişim geliştirmek için gereken sözel ve motor davranışlardır. Günlük hayatta kullanılan pek çok sosyal beceri vardır. Bunlar; konuşulan insanla göz kontağı kurma, fiziksel mesafeyi ayarlama, uygun beden duruşunu edinme, uygun fiziksel temas düzeyini ayarlama, uygun jestleri kullanma, uygun şekilde dinleme, konuşma tonunu ve vurgusunu ayarlama gibi temel becerilerin yanı sıra, selam verme, iltifat etme ve edilen iltifatı kabul etme, başkalarının talimatlarına uyma, ricada veya istekte bulunma, bir rica ya da isteği reddetme, eleştiriyi kabul etme, aynı fikirde olmadığını ya da çeliştiğini ifade etme, özür dileme gibi daha özgün becerileri de içerir. Sosyal beceri eğitimin temeli rol canlandırma, model olma, geri bildirim verme ya da pekiştirme, ev ödevi tekniklerine dayanır (Kassinove, 2002).

Genel öfke, kişiye özgü öfke ya da çeşitli durumlar karşısında öfkenin oluşumu ile ilgili olarak, öfke uyandıran çeşitli durumlar üzerinde odaklanılır. Danışanlar öfke uyandıran çeşitli durumları belirleyerek, daha etkili başa çıkmak için farklı yollar bulur, pekiştirir ve prova ederler. Danışanlara davranışsal denemeler ve ev ödevleri verilir. Böyle bir yaklaşımın benimsenmesi ile öfkenin azaltılması mümkün olabilmektedir (Deffenbacher, 1994).

2.5.4. ERGENLİK DÖNEMİNDE ÖFKE KONTROLÜ

Öfke ifade tarzının öğrenilmesi geniş kapsamlı olarak çocuklukta öğrenilir (Kashani,1995). Çocuk ve ergenlerde öfke ifade biçimini belirleyen çok sayıda faktör vardır. Biyolojik faktörler ve sosyal öğrenme süreci en önemlileridir. Diğer risk faktörleri, okul çevresi, olumsuz akran ilişkisi, toplumsal şiddet ve sosyokültürel faktörlerdir (Blake, 2007).

Psikiyatri hemşireleri, ergenleri, okul, aile ve akran gruplarıyla birlikte sosyal, duygusal, fiziksel davranışlarını bütüncül olarak değerlendirmelidir. Öfke ile ilgili yapılan girişimler ergenlerde bireysel olmamalı aileyi, arkadaşlarını da içermelidir (Stuart,2005; Blake, 2007).

Çocuklar ve ergenler, çevrelerinde sorunların öfke ve saldırganlık yoluyla çözümlendiğini görüyorlarsa, saldırganlığı sorun çözücü bir davranış olarak öğrenirler ve bunu kendi yaşamlarında da uygulamaya koyarlar (Wolf, 2003). Saldırganlık ve şiddet öğrenilen bir davranış olması nedeniyle zamanında müdahale edilmez ve gerekli önlemler alınmazsa uzun vadede toplumsal yapıda geri dönüşü olmayan sorunlara yol açabilir (Ayan, 2007). Toplum sağlığının bu soruna bakışı koruyucu faktörler, risk faktörleri, yaygınlık oranlarını tanımlama üzerine yoğunlaşmaktadır. Tüm hemşirelerin, ileriye yönelik rehberlik ve tarama yoluyla, temel ve ikincil müdahalelerde işbirliği içinde çalışması sağlıklı aileler ve sağlıklı çocukların yetişmesine destek olacaktır (Skypo, 2006).

Hartman ve Davey (2001) toplum sağlığı ve psikososyal yaklaşımlar arasında işbirliği modeli ile çocuklarda şiddet ve saldırganlığı azaltmaya ve ailelere destek olmaya yönelik birincil, ikincil ve üçüncül önlemleri sıralamaktadır.

a)Birincil Önlem: İlk önlem hem aktif hem de pasif stratejiler gerektirir. Aktif stratejiler, bireyde değişiklikler gerektirir ve rehberlik, okul sonrası programlar, çatışma çözümü, kendine güven eğitimini içerir.

Hemşireler okullarda, iş yerlerinde ve toplumda aile üyelerine; aile üyeleri arasında bireysel farklılıklara saygılı olmayı, ilişkilerde çatışmaların doğal olduğunu, çatışma çözüm yollarını, çatışma çözümlerinde uzlaşmanın önemini içeren eğitim programları yürütebilirler (Tel, 2002).

Pasif stratejiler gönüllü davranış değişikliğini gerektirmez fakat çevresel değişiklikler, silah kontrol politikaları gibi dışsal kontrollerle değişiklikler gerçekteştirilir.

b)İkincil Önlem: Bireyleri ve toplumu inceleme ikincil önlem stratejisinin anahtarıdır. Gözlemin yanı sıra şiddet karşıtı programlar ve krize müdahale ikincil önlem aracı olarak kullanılabilir. İleriye yönelik rehberlik müdahaleleri; çocuk ve ebeveynleri şiddet içeren televizyon programları, filmler, bilgisayar ve video oyunları izlememeleri konusunda bilgilendirirken, onların problem çözme becerilerini geliştirme, akran baskısını azaltma ve tartışarak sorunları çözmeye hazırlar. Ebeveynler bu sayede çocuklarıyla iletişimlerini sürdürmeyi ve onlara rol modelleri olmayı öğrenebilirler.

Öfke ile ilgili yapılan girişimler ergenlerde bireysel olmamalı aileyi, arkadaşlarını da içermelidir. Örneğin; evde aşırı dışa dönük ya da aşırı içe dönük olması, okulda ise yıkıcı davranışlarda bulunması ya da derslerinde düşük başarısının olması durumlarını psikiyatri hemşireleri değerlendirmeli ve aile, öğretmen ile işbirliği yapmalıdırlar (Stuart,2005; Blake, 2007). Ergenlerde uygunsuz öfke ifadesi ve saldırganlık yönünden riskli grupları tanımlamaya yönelik şema aşağıda gösterilmektedir (Şekil 1).



Şekil:1 Yüksek Riskli Ergenleri Tanılama Rehberi (Stuart,2005)

Pozitif bir tarama, ergenlere kavgadan uzak durulmasının öğretilmesi, aileyle iletişimin artırılması, çocukların fiziksel güvenliğinin sağlanması, şiddet kullanmadan sorunlarla başa çıkmanın geliştirilmesi gibi müdahaleler aracılığıyla harekete geçebilir.

c)Üçüncül Önlem: Uzun dönem etkileri en alt seviyeye indirmeyi amaçlar ve danışma eğitimi, stresle baş etme becerilerini içerir. Ebeveyn ve çocuk danışmanlığı; a) Şiddet olayının gerçekliğinin ve detaylarının gözden geçirilmesi, b) Ebeveynlerde depresyon ve kaygı, yalnızlık hissinin incelenmesi c) Yardım desteğine ailenin anlayışı ve ailenin yeniden yapılandırılması, d) Çocuklarda yalnızlık hissinin azaltılması için, oyun oynama, resim yapma gibi stratejilerin kullanılması, e) Ebeveyn ve çocuk arasındaki iletişimin teşviki, f) İletişim yöntemlerinin kullanıldığı modeller aracılığıyla saldırganlık eğiliminin azaltılmasını içermektedir.

Sonuçların değerlendirilmesi, kavga raporlarının azalması, ebeveyn davranışlarında değişiklik, okul sonrası programlar sırasında çocuklar arasındaki çatışmanın azalması, uyuşturucu ve fiziksel şiddetten uzak durma gibi, çocuklardaki davranış değişikliklerini kapsamaktadır. İşbirlikçi yaklaşımın kullanımında, hemşirelerin zamanında müdahale etmeleri ve tedavi programı uygulamaları önemlidir. Bu sayede, bu stratejilerin uzun süreli başarılarında artış sağlanabilir (Skybo, 2006).

GEREC VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Psikiyatri tanısı almış ergenlerin ve ebeveynlerinin öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmış, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2 Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gençlik Ruh Sağlığı Danışma ve Tedavi Biriminde yapılmıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gençlik Ruh Sağlığı Danışma ve Tedavi Biriminde 5 psikiyatrist, 1 psikolog, 2 hemşire, 1 sekreter çalışmaktadır. Ayda ortalama 20 ergen ve ebeveynleri ile psikolog görüşmesi yapılmaktadır.

Araştırmanın verileri Ağustos 2010 - Ekim 2010 tarihleri arasında kurumdan gerekli izinler alındıktan sonra toplanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın, örneklemi Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gençlik Ruh Sağlığı Danışma ve Tedavi Birimine başvuran 15-18 yaş arasındaki ergen ve aileleri oluşturmaktadır. Bu birimde ayda ortalama 20 ergen ve ebeveynleri ile psikolog görüşmesi yapılmaktadır. Amaçlı örneklem yöntemi ile üç ayda 50 ergen ve 100 ebeveynine (anne ve baba) ulaşılmıştır. Örneklem ebeveynin ikisi de alınmıştır.

Örneklem Alma Kriterleri:

1. Araştırmaya katılmayı kabul etmesi,
2. Okur-yazar olması,
3. Ergenin başka bir kronik hastalığının olmaması.
4. Ergenin ebeveynlerinin boşanmış olmaması

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken; sürekli öfke/ öfke ifade tarz ölçeğinden elde edilen puanlar

Bağımsız değişken; psikiyatri tanısı almış ergenler ve ebeveynleri

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmacı tarafından geliştirilen ergenlerin ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini kapsayan anket formu ve Özer (1994) tarafından Türkçeye uyarlanan, sürekli öfke- öfke tarz ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıda açıklanmıştır.

1.Ergen Kişisel Bilgi Formu:

Ergenlerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, kardeş sayısı ve eğitimi) içeren 7 sorudan oluşmaktadır. (EK I)

2.Ebeveyn Kişisel Bilgi Formu :

Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, ailenin tipi, gelir durumu ve eğitimi) içeren 10 sorudan oluşmaktadır. (EK II)

3.Sürekli Öfke –Öfke Tarz Ölçeği:

Spielberg(1983) tarafından geliştirilen, Özer (1994) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan ölçek 34 maddeden oluşmaktadır. Sürekli öfke (10 madde) öfke ifade tarzı (24 madde) ifade tarzı ölçeğinin alt ölçekleri: kontrol altına alınmış öfke (öfke/kontrol, 8 madde), dışa vurulan öfke (öfke/dışa, 8 madde) ve içte tutulan öfke (öfke/içte, 8 madde).

Ölçeğin güvenirlik çalışmalarında tüm grup verileri üzerinden elde edilen Cronbach Alfa değerleri ayrı ayrı hesaplanmıştır. Bunlar: ‘Sürekli öfke’ boyutu için .79; ‘kontrol altına alınmış öfke’ boyutu için .84; ‘dışa vurulmuş öfke’ boyutu için .78; ve ‘bastırılmış öfke’ boyutu için ise .62 olarak bulunmuştur (Özer, 1994).

Ölçek puanlaması, ‘Hiç Tanımlamıyor’ Yanıtından 1, ‘Biraz Tanımlıyor’ Yanıtından 2, ‘Oldukça Tanımlıyor’ Yanıtından 3 ‘Tümüyle Tanımlıyor’ Yanıtından 4 puan elde edilir.

Ölçekteki ilk 10 madde, Sürekli Öfke alt ölçeğinin maddeleridir (minimum 10 puan, maksimum 40 puan elde edilir).

Öfke Tarz ölçeğinin; Öfke İçte alt ölçeği puanı, 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no’lu maddelerin toplanmasıyla (minimum 8 puan, maksimum 32 puan elde edilir).

Öfke Dışa alt ölçeği puanı, 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no’lu maddelerin toplanmasıyla (minimum 8 puan, maksimum 32 puan elde edilir).

Öfke Kontrol alt ölçeğinin puanları ise 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no’lu maddelerin toplanmasıyla elde edilir (minimum 8 puan, maksimum 32 puan elde edilir).

Sürekli Öfke'den alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; Kontrol Öfke ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini; Öfke-Dışa ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu ve Öfke-İçte ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir. (EK III)

Bu çalışmada elde edilen cronbach alfa sonuçları tablo 1 'de gösterilmektedir.

Tablo 1. Sürekli Öfke/Öfke İfade Tarzı Ölçeği'nin Alt Ölçekleri ve Güvenirlilik Test Sonuçları

Alt Ölçekler	Maddeleri	Min-max değerleri	α
Sürekli Öfke	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	10-40	0,88
Öfke İçte	13, 15, 16, 20, 23, 26, 27, 31	8-32	0,76
Öfke Dışa	12, 17, 19, 22, 24, 29, 32, 33	8-32	0,83
Öfke Kontrol	11, 14, 18, 21, 25, 28, 30, 34	8-32	0,82

Çalışmada kullanılan Sürekli öfke/öfke ifade tarzı ölçeğinin cronbach's alpha sonuçları tablo 1'de gösterilmektedir ve çalışmada kullanılan ölçek yüksek derecede güvenilirlik düzeyine sahiptir ($\alpha > 0,60$). En düşük güvenilirlik düzeyine öfke içte alt ölçeği ($\alpha = 0,76$) ; en yüksek güvenilirlik düzeyine sürekli öfke alt ölçeğinin ($\alpha = 0,88$) sahip olduğu görülmektedir (Tablo 1).

3.6. Verilerin Toplanması

Ergen ve ebeveynleri birlikte görüşmeye geldiğinde poliklinik sekreteri araştırmacıya telefon ile haber vermiştir. Araştırma verileri gerekli izinler alındıktan sonra, araştırmacı tarafından poliklinikte bekleme salonunda araştırmacı tarafından ergen ve ebeveynlerine uygulanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilecek veriler araştırmanın amaçları doğrultusunda SPSS 16.00 for Windows bilgisayar programı kullanılarak analiz edildi. Bireylerin tanıtıcı özellikleri sayı ve yüzde olarak gösterildi.

Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin öfke ifade biçimleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi uygulanmıştır. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu zaman, hangi iki grup ortalaması arasında önemli bir fark olduğunu araştırmak için Tukey's honestly significant difference (HSD) testi uygulanmıştır.

3.8. Araştırma Planı ve Takvimi:

Literatür araştırması ve kavramsal çerçevenin oluşturulması: Aralık 2009- Temmuz 2010



Etik kurul onayı: Temmuz 2010



Kurum İzin Onayı: Temmuz 2010



Verilerin toplanması: Ağustos 2010- Ekim 2010



Verilerin değerlendirilmesi: Kasım 2010



Araştırma raporunun yazılması: Kasım 2010- Aralık 2010

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, ergenlerin psikolog görüşmesi öncesi yapılmış olması sebebiyle bazı ergen ve ebeveynleri görüşme sırası yaklaştığı zaman anketi cevaplamak istememeleri vaka kayıplarına sebep olmuştur.

3.10. Araştırma Etiği

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvazif) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu tarafından 28.07.2010 tarih ve 54-İOÇ/2010 protokol numaralı kararla çalışmanın uygulanmasına onay verilmiştir.

Çalışmanın uygulanabilmesi için araştırmanın yapıldığı Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Gençlik Ruh Sağlığı Danışma ve Tedavi Birimi Başhekimliği'nden gerekli izinler ve gönüllülerden onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan psikiyatri tanısı alan 100 ergenin sosyodemografik özelliklerine göre sınıflandırılmaları Tablo 2’ de gösterilmektedir.

4.1.Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerinin Sosyodemografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 2. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n:50)

	Sayı (N)	Yüzde (%)
Ergenlerin Yaşı		
15-16 X=17	21	42
17-18	29	58
Ergenlerin Cinsiyeti		
Kız	31	62
Erkek	19	38
Ergenlerin Kardeş Sayısı		
Tek çocuk	11	22
II kardeş	24	48
III kardeş ve üzeri	15	30
Ergenlerin Mesleki Durumları		
Öğrenci	47	94
Çalışıyor	3	6
Ergenlerin En Uzun Süre Yaşadıkları Yer		
Köy	2	4
İlçe	18	36
İl	30	60
Ergenlerin Şuanda Yaşadıkları Yerde Kalma Süreleri		
5 yıldan az	4	8
5-10 yıl arası	5	10
10 yıldan fazla	41	82
Toplam	50	100

Ergenlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları incelenmiştir. Buna göre; ergenlerin yaş ortalamasının yaklaşık 17 olduğu, yaklaşık 2/3'sinin kız olduğu ve 3 ergen dışında hepsinin öğrenci olduğu, %48'inin 2 kardeşi olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Ergenlerin en uzun süre yaşadıkları yer durumlarının dağılımları incelendiğinde, %60'ının ilde, %4'ünün köyde yaşadığı ve şuanda yaşadıkları yerde kalma sürelerinin dağılımlarına bakıldığında, %82'sinin 10 yıldan fazla olduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Ergenlerin Ebeveyn Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n:100)

	Sayı (N)	Yüzde (%)
Ergen Ebeveynlerinin Yaşı		
35-45	58	58
46-55	40	40
56-62	2	2
Ergen Ebeveynlerinin Çocuk Sayısı		
I-II çocuk	70	70
III çocuk ve üzeri	30	30
Ebeveynlerin Aile Tipi		
Çekirdek	92	92
Geniş	8	8
Ergenlerin Annelerinin Eğitim Durumu		
İlkokul mezunu	15	30
Ortaokul mezunu	15	30
Lise mezunu	14	28
Üniversite mezunu	6	12
Ergenlerin Annelerinin Meslek Durumu		
İşçi	4	8
Memur	6	12
Serbest meslek	5	10
Diğer (ev hanımı)	35	70
Ergenlerin Babalarının Eğitim Durumu		
İlkokul mezunu	9	18
Ortaokul mezunu	14	28
Lise mezunu	17	34
Üniversite mezunu	10	20
Ergenlerin Babalarının Meslek Durumu		
İşsiz	3	6
İşçi	11	22
Memur	13	26
Serbest meslek	14	28
Diğer (mühendis, çiftçi, asker)	9	18
Ergen Ebeveynlerinin Gelir Düzeyi		
Gelir giderden düşük	26	26
Gelir gidere denk	62	62
Gelir giderden fazla	12	12
Ergen Ebeveynlerinin En uzun Süre Yaşadıkları Yer		
Köy	8	8
İlçe	27	27
İl	65	65
Ergen Ebeveynlerinin Şuanda Yaşadıkları Yerde Kalma Süreleri		
5 yıldan az	3	3
5-10 yıl arası	13	13
10 yıldan fazla	84	84
Toplam	100	100

Ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları tablo 3’de gösterilmektedir. Buna göre; en küçüğünün 35, en büyüğünün 62 yaşında olduğu ve yaş ortalamasının yaklaşık 45 olduğu, 2/3’sinin I ya da II çocuk sahibi oldukları, %92’sinin çekirdek aile olduğu ve %62’sinin maddi durumlarını gelir gidere denk diye yanıtladıkları görülmektedir (Tablo 3).

Ergenlerin annelerinin sadece %12’sinin üniversite mezunu olduğu ve %70’inin ev hanımı olduğu, ergenlerin babalarının 1/5’inin üniversite mezunu olduğu üçü dışında hepsinin işi olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yer durumlarının dağılımları incelendiğinde, %65’inin il olduğu ve şuanda yaşadıkları yerde kalma sürelerinin dağılımlarına bakıldığında, %84’ünün 10 yıldan fazla olduğu görülmektedir (Tablo 3).

4.2. Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerinin “Kendi Kişiliğinizi Nasıl Tanımlarsınız?” Soruna Verdikleri Yanıtlara İlişkin Bulgular

Tablo 4. Ergenlerin “Kendi Kişiliğinizi Nasıl Tanımlarsınız?” Sorusuna Yanıtlarının Dağılımı

Yanıtlar	Yanıtlayan Kişi Sayısı (N)
Sinirli ve öfkeli	3
Çabuk sinirlenen fakat aynı zamanda çabuk sönen biriyim. Aslında çok yumuşak kalpli birisiyimdir. İnsanlara yardım etmesini çok severim ama aram kötüyse milletin tam tersine döner bu olay,onları üzmem için elimden geleni yaparım ama sonunda da çok pişman olurum.	1
Sinirli, haksızlık yapmayan mantıklı ve dürüst	1
Sinirli ve öfkeli, yerine göre sakın olmaya çalışan, eğlenmeyi, gezmeyi seven, spor yapmayı seven bir kişiliğe sahibim.	1
Çok sinirliyim ve fazla dışarı çıkmam. Merhametliyim. Herkesin mutlu olmasını isterim, boş zamanlarda çalışırım.	1
Çok uçarıyım. Çabuk sinirlenirim. Sinirlendiğim her neyse yakıp yıkarım. Ama eğlenmeyi, gülmeyi ve güldürmeyi çok severim, oldukça neşeli bir insanımdır	1
Değişken, agresifim	1
Duygusal	4
Duygusal biriyim. Herkesi kendim gibi sanıp insanlara kolay güvenebiliyorum	1
Herkese güvenen biriyim. Güven sorunu çok fazla.	1
Uyumlu, delidolu ve çok duygusal biriyim.	1
Deli doluyum, anı anında yaşarım	1
İyi, yalanı sevmeyen dürüst biri olarak	1
Eğlenceli, hareketli ve saygın	1
Çok konuşmayı sevmem.	1
Güveni az, cesareti az, tereddütlü bir kişiliğim var.	1
Kavga etmesini sevmeyen, büyüklerine karşı saygılı bir kişiliğe sahibim	1
Kendime göre içime kapanığım. Yaşadığım şeyleri içimde yaşarım. İnce düşündüğüm için başkalarının yıpranmasına izin vermem ve buda beni üzer.	1
Sakin, yetenekli ve harbi	1
İçe kapanık	1
Kendimi sakın, sessiz biri olarak bilirim.	1
Sakin, yeri geldiğinde konuşkan eğlenceli.	1
Sevecen, hakkını savunan ve inatçıyım.	1
Dürüst, sevecen ve mutlu.	1
Gayet son derece açık biriyim. Yani içim dışım birdir. Sözünü esirgemeyen biriyim.	1
Tanımsız.	1
Yanıt yok	19
Toplam	50

Ergenlerin “kendi kişiliğinizi nasıl tanımlarsınız” sorusuna verdikleri yanıtlar tablo 4’de gösterilmektedir. Buna göre, 31 ergenin bu soruya yanıt verdikleri görülmektedir. Bu soruyu yanıtlayan 9 ergenin kendini sinirli biri olarak tanımladığı görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 5. Annelerin “Kendi Kişiliğinizi Nasıl Tanımlarsınız?” Sorusuna Yanıtlarının Dağılımı

Yanıtlar	Yanıtlayan Kişi Sayısı (N)
Sinirli	2
Asabi ve çabuk kızan, kin tutan.	1
Hassas, alıngan ve biraz sinirli.	1
Sinirli ve insanlara karşı sertimdir.	1
Çabuk sinirlenen fakat başka insanları kırmak istemeyen, saygı göstermekten yana olan, kendini başka insanlarla kıyaslamayan, ince düşünen biriyim	1
Biraz sinirli, yardım seven, duygusal ve anaç bir yapım var.	1
Ani çıkışlarda bulunan, parlaması bir anda yok olabilen, hassas ve duyarlı ve doğrularından vazgeçmeyen	1
İnsancıl, seven, gezmeyi ve eğlenmeyi seven kendiyle barışık bir insanım	1
Kimi zaman kızgın, kimi zaman da çok sakin.	1
Genelde sabırlı ve uyumlu.	2
Artılarımın eksilerimden fazla olduğunu biliyorum.	1
Hoşgörülü, sevecen ve uyumluyum. Her şeye evet diyen ve kimseyi kıramayan biriyim.	1
İlkeli ve dost canlısı, doğru ve dürüstüm.	1
Çocuklarına çok düşkün bir anneyim	1
Genellikle kendi iç dünyasında yaşayan, insanlarla pek iletişim kuramayan, kitap okumayı seven ve tüm dünyasını kızı üzerine kuran duygusal bir insanım.	1
Sakin ve hoşgörülü olmaya çalışan ama bunu her zaman yapamayan biriyim.	1
Özgüveni olan duygusal ve iyimser biriyim.	1
Sabırlı, mantıklı ve sevgiye önem veren biriyim	1
Yanıt yok	30
Toplam	50

Annelerin “kendi kişiliğinizi nasıl tanımlarsınız” sorusuna verdikleri yanıtlar tablo 5’de gösterilmektedir. Buna göre, 20 annenin bu soruya yanıt verdikleri görülmektedir. Bu soruyu yanıtlayan annelerin yarısının kendisini sinirli olarak tanımladığı görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 6. Babaların “Kendi Kişiliğinizi Nasıl Tanımlarsınız?” Sorusuna Yanıtlarının Dağılımı

Yanıtlar	Yanıtlayan Kişi Sayısı (N)
İnsanları üzmemek istemeyen çok duygusal biriyim.	1
Dört çocuklu aile babası, genellikle çocukları için yaşayan ve özeli az olan.	1
Yalan sevmeyen,dürüst	3
Aceleci biraz sabırsız. Başkalarının iyiliği için kendini feda eden, çoğu zaman hayır diyemeyen, başkalarının ve toplumun genel mutluluğundan kişisel bir pay çıkaran,paylaşımçı ve bencil olmayan biriyim.	1
Uyumlu ve evcimen.	1
Kişiliğimi tanımlamam gerektiğinde ve not verilmesi gerekirse 100 üzerinden 75 not veririm genel duruma göre.	1
Sıcak kanlı,samimi ve cana yakın,gayet sabırlı bir kişiyimdir.	1
İdealistim ama kolay hayal kırıklığına uğrayabiliyorum. Özverili ve çalışkanım ama taktir bekleyen bir kişiliğim var. Herkese karşı iyi niyetliyim ama karşımdakilerin hatalarını çok çabuk görebiliyorum. Aileye dönük evcimenim, hayatı, kişi ve olayları fazlasıyla reel değendirip metematiksel sonuçlar çıkarıyorum, boş vermeyi ve kafaya bir şeyleri takmamayı beceremiyorum.	1
Soğukkanlı olabilen,neşeli ancak bazı konularda kolay affedemeyen birisiyim.	1
Çekingen ve sessiz.	2
Yanıt yok	37
Toplam	50

Babaların “kendi kişiliğinizi nasıl tanımlarsınız” sorusuna verdikleri yanıtlar tablo 6’da gösterilmektedir. Buna göre, 13 babanın bu soruya yanıt verdikleri görülmektedir. Hiçbir babanın kendini sinirli olarak tanımlamadıkları görülmektedir (Tablo 6).

4.3. Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerin Sürekli Öfke/Öfke İfade Biçimlerine Ait Bulgular

Tablo 7. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenler ile Ebeveynlerin Sürekli Öfke Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:150)

Statü	N	X $\pm$ SS	F	p<0,05
Ergen	50	24,22 $\pm$ 6,67	2,70	0,07
Ebeveyn anne	50	21,52 $\pm$ 5,59		
Ebeveyn baba	50	22,84 $\pm$ 5,05		

Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin sürekli öfke ifade biçimleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve sonuçlar tablo 7’ de gösterilmiştir.

Ergenlerin sürekli öfke alt ölçeği ortalama puanlarının 24,22 $\pm$ 6,67, ebeveyn anne ortalama puanlarının 21,52 $\pm$ 5,59, ebeveyn baba ortalama puanlarının 22,84 $\pm$ 5,05 olduğu görülmektedir (Tablo 7).

Gruplar arasında sürekli öfke alt ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir (p>0,05).

Sürekli öfke alt ölçeği puanları grupların kendi aralarındaki karşılaştırıldığında ergenlerin ebeveyn anne ve ebeveyn babadan daha yüksek puan aldığı, ebeveyn annelerin ise ebeveyn babalardan daha düşük puan aldıkları ancak bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmektedir (p>0,05). Ergenler ile ebeveyn anneler, ergenler ile ebeveyn babalar arasında ve ebeveyn anneler ile ebeveyn babalar arasında sürekli öfke durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark görülmemektedir (Tablo 7).

Tablo 8. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenler ile Ebeveynlerin Öfke Dışa Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:150)

Statü	N	X±SS	F	p<0,05
Ergen	50	17,72 ± 5,53	3,96	0,02
Ebeveyn anne	50	15,20 ± 3,41		
Ebeveyn baba	50	16,46 ± 4,24		

Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin öfkeyi dışarı yansıtırma biçimleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve sonuçlar tablo 8’de gösterilmiştir.

Ergenlerin öfke dışa alt ölçeği ortalama puanlarının 17,72 ± 5,53, ebeveyn anne ortalama puanlarının 15,20 ± 3,41, ebeveyn baba ortalama puanlarının 16,46 ± 4,24 olduğu görülmektedir (Tablo 8).

Gruplar arasında öfke dışa alt ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmektedir (p<0,02). Grupların öfkeyi dışa vurma durumları anlamlı düzeyde farklıdır. Gruplar arasında bu farkın hangi grupların ortalamaları arasında olduğunu belirlemek üzere Tukey testi uygulanmış ve sonuçlar tablo 9’da gösterilmiştir.

Tablo 9. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenler ile Ebeveynlerin Öfke Dışa Alt Ölçeği Puanlarının Tukey-HSD Testi Sonuçları (n:150)

Statü	Statü	MD	p<0,05
Ergen	Ebeveyn anne	2,52	0,01
	Ebeveyn baba	1,26	0,34
Anne	Ebeveyn baba	-1,26	0,34

MD: Mean Difference

Öfke dışı alt ölçeği puanları grupların kendi aralarında karşılaştırıldığında en yüksek farkın ergen ile ebeveyn anneler arasında olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0,05$) görülmektedir. Ergenlerin ebeveyn annelere göre öfkeyi dışarı yansıtma düzeyleri daha yüksektir (Tablo 9).

Ergenlerin ortalama puanları ebeveyn babalardan daha yüksek; ebeveyn annelerin puanları ise ebeveyn babalardan daha düşük olmakla birlikte bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$) görülmektedir. Ergenler ile ebeveyn babalar arasında ve ebeveyn anneler ile ebeveyn babalar arasında öfkeyi dışarı yansıtma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark görülmemektedir (Tablo 9).

Tablo 10. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenler ile Ebeveynlerin Öfke İçte Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:150)

Statü	N	$X \pm SS$	F	$p<0,05$
Ergen	50	$15,82 \pm 4,48$	0,85	0,42
Ebeveyn anne	50	$16,14 \pm 3,91$		
Ebeveyn baba	50	$16,84 \pm 3,55$		

Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynleri öfkeyi içe yansıtma biçimleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve sonuçlar tablo 10' da gösterilmiştir.

Ergenlerin öfke içte alt ölçeği ortalama puanlarının $15,82 \pm 4,48$, ebeveyn anne ortalama puanlarının $16,14 \pm 3,91$, ebeveyn baba ortalama puanlarının $16,84 \pm 3,55$ olduğu görülmektedir (Tablo 10).

Gruplar arasında öfke içte alt ölçeği puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p>0,05$).

Öfke içte alt ölçeği puanları grupların kendi aralarında karşılaştırıldığında ergenlerin ebeveyn anne ve ebeveyn babalardan daha düşük; ebeveyn annelerin ise ebeveyn babalardan daha düşük puan aldıkları, ancak bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$) görülmektedir (Tablo 10). Ergenler ile ebeveyn babalar, ergenler ile ebeveyn anneler arasında

ve ebeveyn anneler ile ebeveyn babalar arasında öfkeyi içte yaşama durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark görülmemektedir.

Tablo 11. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenler ile Ebeveynlerin Öfke Kontrol Alt Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması (n:150)

	N	X $\pm$ SS	F	p<0,05
Ergen	50	18,62 $\pm$ 4,32	3,71	0,02
Ebeveyn anne	50	19,66 $\pm$ 4,00		
Ebeveyn baba	50	20,84 $\pm$ 3,89		

Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin sürekli öfke kontrol biçimleri arasında anlamlı bir fark olup olmadığını incelemek için tek yönlü varyans analizi uygulanmış ve sonuçlar tablo 11’ de gösterilmiştir.

Ergenlerin öfke kontrol alt ölçeği ortalama puanlarının 18,62 $\pm$ 4,32, ebeveyn anne ortalama puanlarının 19,66 $\pm$ 4,00, ebeveyn baba ortalama puanlarının 20,84 $\pm$ 3,89 olduğu görülmektedir (Tablo 11).

Gruplar arasında öfke kontrol alt ölçeği puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir (p<0,05). Grupların öfkeyi öfke kontrol etme durumları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklıdır (Tablo 11). Gruplar arasında bu farkın hangi grupların ortalamaları arasında olduğunu belirlemek üzere Tukey testi uygulanmış ve sonuçlar tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12. Psikiyatri Tanısı Alan Ergenler ile Ebeveynlerin Öfke Kontrol Alt Ölçeği Puanlarının Tukey- HSD Testi Sonuçları (n:150)

Statü	Statü	MD	p<0,05
Ergen	Ebeveyn anne	-1,04	0,41
	Ebeveyn baba	-2,22	0,02
Anne	Ebeveyn baba	-1,18	0,32

MD: Mean Difference

Öfke kontrol alt ölçeği puanları grupların kendi aralarında karşılaştırıldığında en yüksek farkın ergenler ile ebeveyn babalar arasında olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmektedir ($p<0,05$). Ebeveyn babaların öfke kontrollerinin ergenlere göre daha iyi olduğu görölmektedir (Tablo 12).

Ergenlerin öfke kontrol alt ölçeği puanlarının ebeveyn annelerden daha düşük ve ebeveyn annelerin puanlarının ise ebeveyn babalardan daha düşük olduğu ancak bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görölmektedir ($p<0,05$) (Tablo 12). Öfkeyi kontrol etme durumu bakımından ergenler ile ebeveyn anneler ve ebeveyn anneler ile ebeveyn babalar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark yoktur.

TARTIŞMA

Bu araştırmanın amacı, psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin öfkeyi ifade etme biçimleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda bu bölümde, psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin öfke ifade biçimi alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin bulgular tartışılmaktadır.

5.1.Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerin Öfke İfade Biçimleri

Öfke ifade etmede sorunların en önemli noktalarından biri de kuşaktan kuşağa aktarılma özelliğidir. Literatür incelendiğinde, psikiyatri tanısı almış ergen ve ebeveyninin birlikte örnekleme alınarak öfkesini nasıl ifade ettiğinin incelendiği araştırmalara ulaşılamamıştır.

Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerin Öfke Kontrol Düzeylerinin İncelenmesi

Psikiyatri tanısı alan ergen hastaların ve ebeveynlerin öfke kontrol düzeyleri karşılaştırıldığında; öfkeyi kontrol etme durumu bakımından ergenler ile ebeveyn anneler ve ebeveyn anneler ile ebeveyn babalar arasında anlamlı düzeyde fark görülmemektedir (Tablo 11).

Literatür incelendiğinde birçok çalışmanın araştırma sonuçlarını desteklediği görülmektedir. Savi ve Akboy'un (2008) yaptığı çalışmada, ailenin problem çözme işlevi bozuldukça ergenlerin yaşadıkları davranış sorunlarının arttığı belirlenmiştir. Kashani ve arkadaşlarının (1995) yaptığı bir çalışmada, psikiyatri hastası 100 çocuğun aile işleyişi algıları ve öfke ifade tarzları incelenmiştir. Öfkesini kontrol edebilen çocuklar çevrelerinde onlara destek olan daha fazla insan olduğunu bildirmişlerdir.

Psikiyatri tanısı alan ergen hastaların ve babalarının öfke kontrol puanları karşılaştırıldığında; babaların öfke kontrollerinin ergenlere göre daha iyi olduğu görülmektedir. Babaların ankette “kendi kişiliğinizi nasıl tanımlarsınız” açık uçlu sorusuna verdikleri yanıtlar da bu bulguyu desteklemektedir. Ancak kültürümüzde ve literatürde erkeklerin öfkelerini daha az kontrol edebildikleri görülmektedir (Bostancı, 2006; Danışık, 2005). Bu araştırmanın sonuçları literatürle benzerlik göstermemektedir. Sonuç bu örneklem

grubuna özgü olabilir. Babaların yaklaşık yarısının eğitim düzeyinin yüksek olması bu sonuca neden olabilir. Ancak konuya açıklık getirici nitel çalışmalar yapılabilir.

Ayrıca öfke kontrol alt ölçeği puanları grupların kendi aralarında karşılaştırıldığında en düşük puanın ergenler tarafından alındığı görülmektedir. Bu durum psikiyatri tanısı alan ergenlerin öfke denetim güçlüğü yaşadıklarını gösterebilir. Ülkemizde ve yurt dışında çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniklerine başvuran ergenler ile yapılan çalışmalar incelendiğinde de, ergenlerde öfke denetim güçlüğü olduğu görülmektedir (Kathryn, 2009; Çelik, 2009; Akdemir, 2008; Stimmel, 2005; Görker,2004; Eftekhari, 2004; Cautin, 2001). Ergenlik döneminin en belirgin özelliği olarak iritabilite ve öfkenin varlığı belirtilmektedir. Uygunsuz öfke ifadesi ile ciddi psikiyatrik bozukluklar ve şiddet suçları arasında bağlantılar tanımlanmaktadır (Erdur, 2009; Çelik, 2009; Puskar, 2008; Akdemir, 2008; Stimmel, 2005; Görker, 2004; Tamar, 2004; Eftekhari,2004; Cautin, 2001; Kashani,1995). Kontrol edilemeyen öfke, birçok probleme yol açtığı gibi, birçok psikiyatrik bozukluk öfke, saldırgan ve agresif davranışlara yol açar (McDougall,2006).

Çalışmada ergen ve ebeveynlere ankette “kendi kişiliğinizi nasıl tanımlarsınız” diye sorulmuştur. Ergenlerin bu soruya verdikleri yanıtlar incelendiğinde; ergenlerin üçte birinin “Sinirli ve öfkeli”, “Çabuk sinirlenen fakat aynı zamanda çabuk sönen” “Çok sinirliyim” “agresifim” yanıtlarını vermiş oldukları görülmektedir. Yapılan analiz sonucunda, ergenlerin öfkeyi kontrol etme durumlarının ebeveynlere göre düşük olduğu ve öfke düzeylerinin ebeveynlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu yanıtların da sonucu desteklediği söylenebilir (Tablo 4).

Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerin Sürekli Öfke Düzeylerinin İncelenmesi

Psikiyatri tanısı alan ergen hastaların ve ebeveynlerin öfke düzeyleri karşılaştırıldığında; psikiyatri tanısı almış ergenler ile ebeveyn anneler, ergenler ile ebeveyn babalar arasında ve ebeveyn anneler ile ebeveyn babalar arasında sürekli öfke durumları bakımından anlamlı düzeyde fark görülmemektedir (Tablo 7).

Yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, Fryxell (2000) tarafından yapılan çalışmada da anne-babaları öfkeli olan ergenlerin öfke düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Puskar ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada da olumlu aile desteği puanları ile düşük öfke puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Her iki çalışma da bu çalışmanın sonucuyla

paralellik göstermektedir. Çalışmada ergen ve ebeveynlerin sürekli öfke alt ölçeği puanları benzer bulunmuştur. Sosyal öğrenme teorisinde de öfkeyi ifade etme biçiminin öğrenildiği belirtilmektedir (Tablo 7).

Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerin Öfke/Dışa Düzeylerinin İncelenmesi

Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin öfkeyi dışarı yansıtma durumları incelendiğinde; psikiyatri tanısı alan ergenler ile ebeveyn babalar arasında ve ebeveyn anneler ile ebeveyn babalar arasında öfkeyi dışarı yansıtma durumları bakımından anlamlı düzeyde fark görülmezken; ergenlerin ebeveyn annelere göre öfkeyi dışarı yansıtma düzeyleri daha yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

Bir aile üyesine ruhsal hastalık tanısı konulduktan sonra, aile içinde bildirilen duygular genellikle öfke ve rahatsızlamadır (Ünal, 2000). Sosyolojik kuramcılara göre diğer bütün duyguların ifadesinde olduğu gibi öfkenin de ifadesinde, sosyal yapılandırmaların büyük etkisi vardır. Erkekler duydukları öfkeyi açıkça ifade ederken, kadınların öfkelerinin bilincine varmaları ve öfkelerini ifade etmeleri hep engellenmiştir. Erkeklerin öfkeleri hoşgörü ile karşılanırken, kadınların öfkelerini direkt olarak ifade etmeleri kadınlığa, hanımefendiliğe, anneliğe yakışmaz diye düşünülür (Lerner, 2007). Toplumumuzda da annelerin sosyal konumları sebebiyle öfkelerini dışarı yansıtma durumlarının hoş karşılanmaması, öfkelerini dışa yansıtma durumlarını engellediğini düşündürmüştür. Ankette sorulan “kendi kişiliğinizi nasıl tanımlarsınız?” sorusuna annelerin yarısı sinirli olarak ifade etmişlerdir. Bu soru annelerin yarısının duygularını rahatlıkla ifade edebildiklerini göstermektedir. Toplumumuzda kadınların öfke duygusunun ifade etmemesi öğretilmektedir. Bu nedenle yarısının ifade etmekte güçlük çektiği diğer yarısının da eğitim ve bireysel özellikleri nedeniyle kolay ifade edebildikleri düşünülmektedir (Tablo 5).

Öfke ifade biçimlerinden öfke/dışa alt ölçeği çalışmaları incelendiğinde, daha çok şiddet ve saldırganlık konularının işlendiği görülmektedir. Yurt içinde ve yurt dışında yapılan, araştırma sonuçlarını destekleyen çalışmalar incelendiğinde Ayan’ın (2007) çalışmasında anne babaları tarafından şiddete maruz kalan öğrencilerin saldırganlık eğilimlerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Frias ve Armenta’nın (2002), yapmış olduğu bir çalışmada da çocuklukta fiziksel ve sözel saldırganlığa uğramış yetişkinlerin ilerde depresyon, anksiyete, alkol kullanımı, antisosyal davranış gösterme ve kendi çocuklarını istismar etme gibi

davranışlar gösterdikleri gözlenmiştir. Avcı (2006) çalışmasında, şiddet davranışı gösteren ergenlerin ailelerinin karşılaştırma grubunda yer alan ergenlerin ailelerine göre “sürekli öfke”, “içe yönelik öfke” ve “dışa yönelik öfke” düzeylerinin anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca, şiddet davranışı göstermeyen ergenlerin ailelerinin öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri görülmüştür. Sosyal Öğrenme Kuramı’na göre de; ailede ebeveynlerin disiplin sağlama yöntemi olarak fiziksel cezayı kullanması, ergenin şiddeti ve saldırganlığı model alma yoluyla öğrenmesine neden olabilmektedir.

Psikiyatri Tanısı Alan Ergen ve Ebeveynlerin Öfke/İçe Düzeylerinin İncelenmesi

Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin öfkeyi içte tutma durumları incelendiğinde; psikiyatri tanısı alan ergenler ile ebeveyn babalar, ergenler ile ebeveyn anneler arasında ve ebeveyn anneler ile ebeveyn babalar arasında öfkeyi içte tutma durumları bakımından anlamlı düzeyde fark görülmemektedir (Tablo 10).

Yurt içinde ve yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, içselleştirilmiş öfke ile depresyon, umutsuzluk, özkıyım girişimleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Puskar,2008; Güleç, 2005; Stimmel, 2005; Cautin, 2001). Utangaç, bağımlı, kaygılı, kendine güveni olmadığı, güvende olmadığı, popüler olmadığı gibi konularda sürekli düşünce ve uğraşları olan ergenlerde depresyon riski artmaktadır. Depresyon aile içinde de yayılım göstermektedir (Tamar, 2004; Eryüksel,2003). Savi (2008) çalışmasında da aile de öfke duygusunu ifade etmede ve duygusal tepki verme de güçlük yaşanması ile ergende öfke içe düzeyinin artması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu çalışmalar araştırma sonucunu desteklemektedir (Tablo 10). Sosyal öğrenme teorisi de araştırma bulgularını desteklemektedir. Çocuk birçok davranışı gözlem, model alma, pekiştirme yolu ile öğrenir ve taklit eder. Model davranışı için ilk kaynak ailedir. Çünkü birçok çocuk, zamanının önemli bir kısmını aile üyeleriyle geçirir. Aile üyelerinin öfkeye nasıl yanıt verdiklerini gözlemleyerek, öfkeye nasıl yanıt verildiğini öğrenebilirler (Bandura, 2006).

SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin öfkeyi ifade etme biçimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar bu bölümde sunulmaktadır.

- Psikiyatri tanısı alan ergenlerin yaş ortalamasının yaklaşık 17 olduğu (Tablo 2),
- Psikiyatri tanısı alan ergenlerin yaklaşık 2/3'sinin kız olduğu ve 3 ergen dışında hepsinin öğrenci olduğu (Tablo 2),
- Psikiyatri tanısı alan ergenlerin %60'ının ilde, %4'ünün köyde yaşadığı (Tablo 2),
- Psikiyatri tanısı alan ergenlerin ebeveynlerinin yaş ortalamasının yaklaşık 45 olduğu,
- Psikiyatri tanısı alan ergenlerin ebeveynlerinin 2/3'sinin I ya da II çocuk sahibi oldukları, %92'sinin çekirdek aile olduğu (Tablo 3),
- Psikiyatri tanısı alan ergenlerin annelerinin sadece %12'sinin üniversite mezunu olduğu ve %64'ünün ev hanımı olduğu (Tablo 3),
- Psikiyatri tanısı alan ergenlerin babalarının 1/5'inin üniversite mezunu olduğu ve üçü dışında hepsinin işi olduğu (Tablo 3),
- Psikiyatri tanısı alan ergenlerin ebeveynlerinin %65'inin en uzun süre ilde yaşadığı (Tablo 3),
- Psikiyatri tanısı alan ergenler ile ebeveyn anneler, ebeveyn babalar arasında sürekli öfke durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (Tablo 7),
- Psikiyatri tanısı alan ergenler ile ebeveyn babalar arasında öfkeyi dışarı yansıtma durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (Tablo 8),
- Psikiyatri tanısı alan ergenlerin ebeveyn annelere göre öfkeyi dışarı yansıtma düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu (Tablo 9),
- Psikiyatri tanısı alan ergenler ile ebeveyn anneler, ebeveyn babalar arasında öfkeyi içte yaşama durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (Tablo 10),

- Psikiyatri tanısı alan ergenler ile ebeveyn annelerin öfkeyi kontrol etme durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı (Tablo 11),
- Ebeveyn babaların psikiyatri tanısı alan ergenlere göre öfkelerini istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha iyi kontrol ettikleri görüldü (Tablo 12).

6.2.Öneriler

Aşağıda araştırmada elde edilen sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

1. Ergenlerin sürekli öfke ve öfke/ dışa alt ölçeklerinden en yüksek puanı alırken; öfke kontrol alt ölçeğinden en düşük puanı aldıkları görülmektedir. Buna göre, riskli grup olarak ergenlere öfkenin nedenleri, öfke ifade biçimleri, öfke yönetimi, problem çözme, iletişim becerileri ve sağlıklı baş etme becerilerine yönelik eğitim verilmeli. Ayrıca ergenlere, bu döneme özgü ruhsal değişikliklerle ilgili sağlık çalışanları tarafından bilgi verilmeli ve ulaşabileceği bilgi kaynakları ergenlere öğretilmeli.
2. Psikiyatri tanısı alan ergenler ile ebeveynleri arasında sürekli öfke durumları ve öfkeyi içte yaşama durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemektedir. Çalışma sonuçlarını sosyal öğrenme teorisi de desteklemektedir. Bu yüzden ergenlerle yapılan eğitimlere ebeveynler de dahil edilmelidir.
3. Çalışmada annelerin öfkeyi dışa yansıtma puanlarının düşük çıkması sebebiyle öfke kontrol eğitim programlarına özellikle annelerin katılımı sağlanmalıdır.
4. Çalışmada babaların öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri sonucuna dayalı olarak cinsiyete göre öfke ifade etme biçimlerine yönelik nitel çalışma ile bu çalışma tekrarlanabilir.
5. Çalışmada, psikiyatri tanısı alan ergen örneklemin %62'si kızlardan oluşmaktadır. Bu çalışma daha büyük bir örnekleme tekrarlanabilir.
6. Çalışmaya, psikiyatri tanısı almış ergenler alınmıştır, fakat tanıları göz önüne alınmamıştır. Depresyon hastası öfkesini içe atarak gösterebildiği gibi; madde bağımlısı bir hasta öfkesini dışa yansıtarak gösterebilir. Bu yüzden, ergenler, tanılarına (depresyon, anksiyete vb.) göre ayrılarak bu çalışma tekrarlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Akdemir D, Çuhadaroglu F. Çocuk ve ergen psikiyatrisi bölümüne başvuran ergenlerin klinik özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2008;15: 5-13.
2. Aktepe E, Kandil S, Göker Z, Sarp K ve ark. İntihar girişiminde bulunan çocuk ve ergenlerde sosyodemografik ve psikiyatrik özelliklerin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2006;5: 444-454.
3. Akdeniz, M. Öfke kontrolü eğitiminin lise öğrencilerinin öfke kontrolü becerilerine etkisi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana; 2007. s.59-67.
4. Akgül H. Öfke denetimi eğitiminin ilköğretim II. kademe öğrencilerinin öfke denetimi becerilerine etkisi. Ed: S Erkan ve A Kaya (Ed.), Grupla Psikolojik Danışma ve Rehberlik Programları ,Ankara, PegemA Yayıncılık,; 2005.s. 295-308.
5. Albayrak B, Kutlu Y. Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2009;2: 58-68.
6. Anooshian I.j. Violence and aggression in the lives of homeless children. Journal of Family Violence, 2005;20: 373-385.
7. Atay İ, Kerimoğlu E. Ergenlerde intihar davranışı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2003;10: 128-136.
8. Ayan S. Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. Anatolian journal of Psychiatry, 2007;8: 206-214.
9. Aytek, H. Grup rehberliğinin ortaöğretim basamağındaki öğrencilerin öfke davranışlarının kontrolü üzerindeki etkisi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana;1999. s.41-50.
10. Avcı R. Şiddet davranışı gösteren ve göstermeyen ergenlerin ailelerinin aile işlevleri, öfke ve öfke ifade tarzları açısından incelenmesi. yüksek lisans tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Adana; 2006: s. 54-71.
11. Balkaya F, Şahin N.H. Çok boyutlu öfke ölçeği. Türk Psikiyatri Dergisi, 2003; 14(3):192-202.
12. Bandura A. Toward a psychology of human agency. Association for Psychological Science, 2006; 1(2): 164-177.

13. Bandura A, Ross D Ross A.S. Critical analysis of an original writing on social learning theory: imitation of film-mediated aggressive models. National Forum Of Applied Educational Research Journal, 2006; 20;(3): 1-6.
14. Batıgün A.D, Şahin N.H. Öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik gençlik intiharlarının habercisi olabilir mi. Türk Psikoloji Dergisi, 2003;18 (51): 37 – 52.
15. Bernstein KS, Saladino JP. Clinical assesment and management of psychiatric patients' violent and aggressive behaviors in general hospital. Medsurg Nursing, 2007;16: 301-310.
16. Bilge, F. Danışandan hız alan ve bilişsel davranışçı yaklaşımlarla yapılan grupla psikolojik danışmanın üniversite öğrencilerinin kızgınlık düzeyleri üzerindeki etkileri. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Bilim Dalı. Ankara; 1996. s.103-119.
17. Blake C.S, Hamrin V. Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: a review. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 2007; 20(4):209–221.
18. Bostancı N, Çoban F,Tekin Z, Özen A. Üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre öfke ifade etme biçimleri. Kriz Dergisi,2006; 14 (3): 9-18.
19. Cautin R, Overholser J, Goetz P. Assesment of mode of anger expression in adolescent psychiatric inpatients. Adolescence, 2001; 36: 163-170.
20. Cenkseven, F. Öfke yönetimi becerileri programının ergenlerin öfke ve saldırganlık düzeylerine etkisi. Eğitim Bilimleri ve Uygulama, 2003; 2: 153-167.
21. Çelik G, Tahiroğlu A, Avcı A, Seydaoğlu G. Çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniğine başvuran ergen hastaların özellikleri. New/Yeni Symposium Journal, 2009; 47: 142-146.
22. Danışık N.D. Ergenlerin sürekli öfke ifade tarzları ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık Ve Rehberlik Anabilim Dalı, Bolu, 2005: 59-60.
23. Deffenbacher J.L, Story, D.A, Brandon A.D, Hogg J.A ve ark. cognitive and cognitive-relaxation treatment for anger. Cognitive Therapy and Research, 1989; 12:167-184.
24. Deffenbacher J.L, Thwaites G.A, Wallace T.L, Oetting E.R. social skills and cognitive-relaxation approaches to general anger reduction. Journal of Counseling Psychology, 1994;41: 386-396.
25. Deffenbacher J.L. Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of Anger. Psychotherapy in Practice, 1999; 55: 295-309.

26. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri adolesan Sağlığı III Sempozyum Dizisi, 2008;63:19-21.
27. Duran Ö, Eldeleklioğlu, J. Öfke kontrol programının 15-18 yaş arası ergenler üzerindeki etkililiğinin araştırılması. Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2005; 25: 267-280.
28. Eftekhari A, Turner A.P, Larimer M.E. Anger exprssion, coping and substance use in adolescent offenders. Addictive Behaviors, 2004;29: 1001-1008.
29. Ercan O. Adolesanın sağlığı ve riskli davranışları ile aile ilişkisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 2005; 43: 51-52.
30. Erdur Ö, Özgülük B.S, Turan N, Danışık N. Rumination and anger/anger expression styles as risk factors psychological symptoms of adolescents. Turkish Psychological Counseling and Guidance journal, 2009;4 (32):43-53.
31. Ertem Ü, Yazıcı S. Ergenlik döneminde psiko-sosyal sorunlar ve depresyon. Aile ve Toplum Dergisi, 2006;3: 7-13.
32. Erözkan A. Öfke ile başaçıkma: bilişsel davranışçı terapilere dayalı bir program. Milli Eğitim Dergisi, 2006;171:55-64.
33. Eryüksel G.N, Akün E. Depresyonu olan ergenler ile ana-babalarının aile ilişkilerinin ve bilişsel çarpıtmalarının incelenmesi. Türk Psikoloji Dergisi,2003; 18 (51):59 – 73.
34. Fryxell, D. Personal, social and family characteristics of angry students. Professional School Counseling, 2000; 4: 86-95.
35. Frias-Armenta, M. Longterm effects of child punishment on mexican women: A structural model. Child abuse & Neplect, 2002;26: 371-386.
36. Gidiş D, Kaya N, Çilli A, Özkan İ ve ark. Selçuk üniversitesi tıp fakültesi'ne intihar girişimi nedeniyle başvuran ergenlerin değerlendirilmesi. Kriz dergisi, 1996;5: 7-13.
37. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. Klinik Psikiyatri, 2004;7: 103-110.
38. Güleç G,Aksaray G. İntihar girişiminde bulunan gençlerin sosyodemografik-sosyokültürel ve aile özelliklerinin değerlendirilmesi. New/Yeni Symposium Journal, 2006;44: 141-150.
39. Gül S.K, Güneş İ.D. Ergenlik dönemi sorunları ve şiddet. Sosyal Bilimler Dergisi, 2009;11: 80-99.
40. Güleç C. Çocuk ve ergenlerde duygudurum bozuklukları, Ed: Emiroğlu N.İ, Miral S. Psikiyatri Temel Kitabı, II.Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2007. s. 881-887.

41. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E. Depresyonda Bedensel Belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi, 2005; 16(2):90-96.
42. Gürbüz G. öfke denetimi eğitiminin lise son sınıf öğrencilerinin öfkeyle başa çıkma, yaşam doyumu ve depresyon düzeylerine etkisinin incelenmesi. yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, İzmir; 2008: s. 51-64.
43. Howells K, Day A. Readiness for anger management: clinical and theoretical issues. Clinical Psychology Review , 2003; 23: 319–337.
44. Karataş Z. Bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak yapılan öfke yönetimi programının ergenlerin saldırganlığını azaltmadaki etkinliği. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2009;26:12-24.
45. Kashani J.H, Canfield L.A, Soltys M.S, Reid J.C. Psychiatric inpatient children's family perceptions and anger expression. Journal of Emotional & Behavioral Disorders, 1995;3:1-8.
46. Kassirer, H, Tafrate, R.C. Anger Management: The Complete Treatment Guidebook for Practitioners. California: Impact Publishers, Inc; 2002
47. Kaymak S, Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2004;37: 27-39.
48. Koç M. Gelişim psikolojisi açısından ergenlik dönemi ve genel özellikleri. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2004; 17:231-256.
49. Kökdemir H . Öfke ve öfke kontrolü. Pivalko, 2004; 3: 7-10.
50. Kulaksızoğlu, A. Ergenlik psikolojisi. 3. Basım, İstanbul: Remzi Kitabevi;2000. s. 21-50.
51. Kutlu L, Batmaz M, Bozkurt G, Gençtürk N ve ark. Annelere çocukluklarında uygulanan ceza yöntemleri ile çocuklarına uyguladıkları ceza yöntemleri arasındaki ilişki. Anatolian Journal of Psychiatry, 2007; 8:22-29.
52. Lerner H, Öfke Dansı, Çev. Gül S.. İstanbul: Varlık Yayınları;2007; 5-15.
53. McDougall T. Nursing children and adolescent who are aggressive or violent: a psychological approach. In:Higgins L, McDougall T, editors. Child and Adolescent Mental Health Nursing. 1st ed. USA: Blackwell Publishing Ltd;2006. p. 131-141.
54. Michelle M, Wedig B.S, Matthew K, Nock D. Parental expressed emotion and adolescent self-injury, 2007; Child Adolesc Psychiatry; 46: 1171-1177.

55. Mukaddes N.M. Ergenlik çağı ruhsal gelişim özellikleri, Ed: Polvan Ö. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi, I. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2001. s. 14-19.
56. Özer K. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri ön çalışması. Türk psikoloji Dergisi, 1994;9: 26-35.
57. Puskar K, Bernardo M, Haley T, Stark K. Anger correlated with psychosocial variables in rural youth. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 2008;31: 71-87.
58. Savaşır I, Boyacıoğlu G, Kabakçı E. Obsesif-kompulsif bozukluğun tedavisinde bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı. Psikiyatri, psikoloji, psikofarmakoloji Dergisi, 1995;3:29-35.
59. Savi F. 12–15 yaş arası ilköğretim öğrencilerinin davranış sorunları ile aile işlevleri ve anne-baba kişilik özellikleri arasındaki ilişkisinin incelenmesi. doktora tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Rehberlik Ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, İzmir ;2008 s. 50-70.
60. Spielberger C.D. Jacobs G. Dussel S. Crane R.S. Assesment of anger: the state-trait anger scale, in: N. Butcher and C.D. Spielberger (eds), Advances In Personality Assesment, Hillsdale, Nj:lea, 1983;2:159-188.
61. Spielberger C.D. Forgays D.G. Forgays D.K. Factor structure of the state-trait anger expression inventory. Journal Of Personality Assessment, 1997; 69(3): 497-507.
62. Skybo T, Polivka B. Health promotion model for childhood violence prevention and exposure. Journal of Clinical Nursing , 2006; 16: 38–45.
63. Starner TM, Peters RM. Anger expression and blood pressure in adolescents. The Journal of School Nursing, 2004; 20 (6): 335-342.
64. Stimmel D.T, Rayburg J, Waring W, Raffeld M.P. The relation of internalized and trait anger to psychopathology. Counseling and Clinical Psychology Journal, 2005; 2: 112-122.
65. Stuart G.W, Laraia M.T. Adolescent psychiatric nursing. In: Redston A, editors. Principles and Practice of psychiatric Nursing, 8th ed. Mosby: Westline Industrial Drive; 2005. p. 768-773.
66. Şahin H. Öfke denetimi eğitiminin çocuklarda gözlenen saldırgan davranışlar üzerindeki etkisi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2006;26:47-61.
67. Şahin E, İlnem C, Yıldırım E.A, Güvenç C ve ark. İki uçlu mizaç bozukluğu olgularında aile yüklenmesi üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam, 2002; 15(4): 196-204.
68. Tamar M, Özbaran B. Çocuk ve ergenlerde depresyon. Klinik Psikiyatri, 2004;2: 84-92.

69. Tel H. Gizli sağlık sorunu: ev içi şiddet ve hemşirelik yaklaşımları. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2002;6: 1-9.
70. Tekinsav-Sütçü G.S. Ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmaya yönelik bilişsel davranışçı bir müdahale programının etkililiğinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış doktora tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji ABD. İzmir; 2006. s.101-130.
71. Tezcan A, Oğuzhanoğlu N, Ülkeröğlu F. Çocuk ve gençlerde intihar girişimleri. Kriz Dergisi, 1994;3: 70-74.
72. Tüzün D.Ü. Gençlik döneminde depresyon ve intihar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 2005;43: 53-58.
73. Ünal G, am O. Affektif bozukluklarda psikoterapötik girişimler ve psikiyatri hemşireliği. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005; 21:175-187.
74. Ünal S. şizofrenide özel yaşantılar ve duyguların ifadesi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2000; 3(2): 131-136.
75. Vahip I. Evdeki şiddet ve gelişimsel boyutu: farklı bir açıdan bakış. Türk Psikiyatri Dergisi, 2002;13:312-319.
76. Whiteside S, Abramowitz J. The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive-compulsive disorder. Depression and Anxiety, 2005;21: 106-111.
77. Wolf K, Foshee V. Family violence, anger expression styles and adolescent dating violence. Journal of Family Violence, 2003; 18: 309-316.
78. Yüksel N. Ruhsal ve fiziksel gelişim, Ed: şenol S, İşeri E, şener ř. Ruhsal Hastalıklar, III. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2006. s.10-23.

EK I

Ergen Kişisel Bilgi Formu

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz

(1)kız (2)erkek

3.Siz dahil kaç kardeşsiniz.....

4. Mesleğiniz

(1) öğrenci (2) çalışıyor

5.En uzun yaşadığınız yer neresidir?

(1)köy (2)kasaba (3)ilçe (4)il

6. Şuanda yaşadığınız yerde kaç yıldır yaşıyorsunuz?

(1)5 yıldan az (2) 5-10 yıl arası (3) 10 yıldan fazla

7.Kendi kişiliğinizi nasıl tanımlarsınız?

EK II

Ebeveyn Kişisel Bilgi Formu

1.Yaşınız.....

2.Cinsiyetiniz

(1)kadın (2)erkek

3. Kaç çocuğunuz var.....

4.Ailenizin tipi

(1) çekirdek (2)geniş (3) boşanmış

5.En uzun yaşadığınız yer neresidir?

(1)köy (2)kasaba (3)ilçe (4)il

6. Şuanda yaşadığınız yerde kaç yıldır yaşıyorsunuz?

(1)5 yıldan az (2) 5-10 yıl arası (3) 10 yıldan fazla

7.Eğitim durumunuz

(1) ilkokul mezunu (2)ortaokul mezunu (3) lise mezunu (4) üniversite mezunu

8. Mesleğiniz nedir

(1)işsiz (2)işçi (3)memur (4)serbest meslek (5)diğer

9. Maddi durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?

(1) gelir giderden düşük (2) gelir gidere denk (3) gelir giderden fazla

10.Kendi kişiliğinizi nasıl tanımlarsınız?

EK III

SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE İFADE TARZ ÖLÇEĞİ

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	TÜMÜYLE
1) Çabuk parlarım.				
2) Kızgın mizaçlıyım.				
3) Öfkesi burnunda bir insanımdır.				
4) Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.				
5) Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.				
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.				
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 göstermem.				
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 fazla 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 hâkim olamam.				
33) Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim.				
34) Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.				

EK IV

Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ergenler İçin)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerinin öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi**” dir.

Bu araştırmanın amacı, “” psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin öfkeyi ifade etme biçimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek’tir. Bu çalışmada anket formu kullanılacaktır. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre 15-20 dakika olup, çalışmada yer alacak gönüllülerin sayısı...150...kişidir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluğunuz doğru bilgi vermedir. Bu araştırma sizin için risk taşımaz ve herhangi bir rahatsızlık yaratması söz konusu değildir. Araştırmanın sizin için beklenen yararları sağlık çalışanlarına bilgi sağlamadır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için, **Demet Taşçı’ya** başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Çalışmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

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

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı : Demet Taşçı

Görevi : Yüksek Lisans Öğrencisi

Adresi : Ege Üniversitesi Çocuk hastanesi

Mail adresi: tascidemet@gmail.com

Tarih ve İmza:

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

EK V

Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ebeveynler İçin)

Bu katıldığınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “**psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerinin öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi**” dir.

Bu araştırmanın amacı, “” psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerin öfkeyi ifade etme biçimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek’tir. Bu araştırmada anket formu kullanılacaktır. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 15-20 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı...150...kişidir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizin sorumluluğunuz doğru bilgi vermedir. Bu araştırma sizin için risk taşımaz ve herhangi bir rahatsızlık yaratması söz konusu değildir. Araştırmanın sizin için beklenen yararları sağlık çalışanlarına bilgi sağlamadır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun için, **Demet Taşçı’ya** başvurabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

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

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı : Demet Taşçı

Görevi : Yüksek Lisans ğrencisi

Adresi : Ege niversitesi ocuk hastanesi

Mail adresi: tascidemet@gmail.com

Tarih ve İmza:

Çalışmaya Katılma Onayı:

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

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel (Invaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Komisyonu

Sayı: 187
Konu: Karar hk.

S.181.2010

Prof.Dr.Besti ÜSTÜN
Demet TAŞÇI

Komisyonumuz tarafından 28.07.2010 tarih ve 54-İOÇ/2010 protokol numaralı karar ile onayı alınan "Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerinin öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi." konulu araştırmanıza ilişkin Komisyonumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr. Ayşegül YILDIZ
Başkan

Ek: Komisyon Kararı

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İnciraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel: 0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta: etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU KARARI

KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KOMİSYONU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 1. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	54-İOÇ
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☒
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerinin öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	-
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Besti ÜSTÜN Hcm.Demet TAŞÇI
	ARAŞTIRMA MERKEZİ ve AÇIK ADRESİ	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelik Yüksekokulu İnciraltı-İZMİR 35340
	DESTEKLEYİCİ ve AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ ve ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ TEK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2010/08-24	Tarih:28.07.2010
	Prof.Dr.Besti ÜSTÜN 'ün proje yöneticisi olduğu Hem.Demet TAŞCI sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Psikiyatri tanısı alan ergen ve ebeveynlerinin öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi " isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmacının gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	DEU Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu Yönergesi , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
---------------	--

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof. Dr. Ayşegül İLDİZ (Başkan)	Psikiyatri	DEU Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Dr.Ecz.İskender İNCE (Başkan yardımcısı)	Eczacı	Ege Üniversitesi ARGEFAR	Erkek	E ☐	H ☒	İzmitli
Prof.Dr.Osman ÇIKGÖZ	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Ph.D..Z.Candan LGUN	Ph.D.Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katlırıcı
Prof.Ph.D.Zuhal BAHAR	Ph.D. Yüksek Hemşire	DEU Tıp Fakültesi Hemşirelik Yüksekokulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	İzmitli
Prof.Dr.Nuray DUMAN	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Derya ERÇAL	Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL	Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat ARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ömer Selahattin ÖPALAK	İç Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	İzmitli
Doç.Dr.Hülya LLIDOKUZ	Halk Sağlığı	DEU Onkoloji Enstitüsü Prevaltif Onkoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	İzmitli
Doç.Dr.Mukaddes ÜNELİ	Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç Dr.Yeşim ÖZTÜRK	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
v. Tayfun OZANKAYA	Hukuk	Serbest	Erkek	E ☐	H ☒	
San ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

EK VII**ÖZGEÇMİŞ**

Doğum Tarihi	29.09.1984
Doğum Yeri	Berlin
e-posta	tascidemet@gmail.com

Eğitim Bilgileri

Ülke	Üniversite	Fakülte/Enstitü	Öğrenim Alanı	Derece	Yıl
Türkiye	Ege Üniversitesi	Hemşirelik Yüksek Okulu	Hemşirelik	Lisans	2003-2008
Türkiye	Dokuz Eylül Üniversitesi	Sağlık Bilimleri Enstitüsü	Psikiyatri Hemşireliği	Yüksek Lisans	2008-

Meslekte Deneyim

Çalıştığı Kurum	Çalıştığı Bölüm	Görevi	Yıl
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi	Servis	Hemşire	2009-

Üye Olduğu Dernekler:

- Türk Hemşireler Derneği
- Psikiyatri Hemşireler Derneği
- Çocuk Hemşireler Derneği

DEMET TAŞÇI