

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**Tip A DAVRANIŞ ÖRÜNTÜSÜ VE
KORONER KALP HASTALIKLARI
ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA**

Yüksek Lisans Tezi

Psikolog

Ayşegül GİRAY

TRABZON - 02 - 1998

KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK PSİKOLOJİSİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

TİP A DAVRANIŞ ÖZELLİKLERİ VE KORONER KALP
HASTALIKLARI ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

AYŞEGÜL GİRAY

Tezin Enstitüye verildiği tarih: 27. 5. 1998

Tezin sözlü savunma tarihi: 30. 6. 1998

Tez Danışmanı: Yard. Doç. Dr. Mustafa Bilici

Jüri Üyesi: Prof. Dr. Mehmet Bekaroğlu

Jüri Üyesi: Prof Dr. Nafiz Uluutku

Enstitü Müdürü: Doç Dr. Murat Ertürk

Haziran 1998

Trabzon

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
ÖNSÖZ	ii
TABLoların LİSTESİ	iii
I. BÖLÜM	1
GİRİŞ VE AMAÇ	1
I.1. Problem	1
I.2. Araştırmanın Önemi ve Amacı	1
II. BÖLÜM	3
GENEL BİLGİLER	3
II.1. Kişilik Tip Açıklamaları	3
II.2. Tip A ve Tip B Kişilik Özellikleri	4
II.3. Tip A Davranış Örüntüsü Özellikleri	5
II.3.1. Etyolojisi	8
II.4. Koroner Kalp Hastalıklarına Etki Eden Faktörler	9
II.5. Koroner Kalp Hastalıkları ve TADÖ	10
III. BÖLÜM	17
MATERYAL VE YÖNTEM	17
III.1. Çalışma Grubu	17
III.2. Veri Toplama Araçları	17
III.2.1. Rathus Atılganlık Envanteri	17
III.2.2. Sürekli Öfke - Öfke Tarzı Envanteri	19
III.2.3. Saldırganlık Envanteri	20
III.2.4. Sosyo Kültürel ve Demografik Özellikleri Ölçen	
Anket Formu	20
III.3. Uygulama	20
III.4. Verilerin Çözümlemesi	21

	Sayfa No
IV. BÖLÜM	22
BULGULAR VE TARTIŞMA.....	22
IV.1. Bulgular	22
IV.2. Tartışma	27
IV.3. Sonuç ve Öneriler.....	30
IV.4. Özet	31
IV.5. İngilizce Özet.....	32
KAYNAKÇA	33
Ek 1: Anket Formu.....	39



ÖNSÖZ

Ülkemiz açısından daha fazla araştırılmaya ihtiyacı olan böyle bir konunun çalışılmasında bana yol gösteren ve çalışmamın başından sonuna değin her aşamasında önemli yardım ve katkılarını esirgemeyen değerli hocam *Yrd. Doç. Dr. Mustafa Bilici*'ye teşekkürlerimi sunuyorum.

Prof.Dr. Nafiz Uluutku'ya, Prof. Dr. Mehmet Bekaroğlu'na, Uzm. Psikolog Fatma Mete'ye ve Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Hasan Gök'e yardımlarından dolayı teşekkür ederim.

TABLOLARIN LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
1. Tip A Davranış Örüntüsü Özellikleri	5
2. Tip A ve Tip B'lerin sınıflandırılması.....	7
3. Koroner arter hastalığı, ani ölüm ve ventriküler aritmileri etkileyen psikolojik faktörler	9
4. Tip A davranış ve koroner arter hastalığı gelişim modeli.....	11
5. Deneklerin bazı sosyodemografik özellikleri	22
6. Deneklerin ölçek sonuçları	23
7. Test sonuçlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	23
8. Test sonuçlarının medeni duruma göre karşılaştırılması.....	24
9. Hastaların eğitim durumlarının ölçek puanlarına etkisi	24
10. Rathus puanlarının risk faktörlerine göre dağılımı	26
11. Grupların atılgan ve çekingen oranları.....	26
12. Hastaların ölçek puanlarının eğitim ve yaşla ilişkisi	27

BÖLÜM I

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problem

Psikosomatik tıp, yapısal, fizyolojik ve psikolojik değişkenler arası karşılıklı ilişkiler ile kişinin toplumsal ve fizik çevresindeki özel koşulları bağlantılı hale getirmeye çalışan bir disiplin olarak tanımlanabilir.

Son yıllarda, psikosomatik hastalıklardan koroner kalp hastalıklarında önemli bir artış görülmektedir. Bu artışta yaşam koşulları değişikliği, sosyo kültürel ve ekonomik etkenler yanında psikolojik değişkenler de önemli rol oynamaktadır.

Yapılan araştırmalarda Tip A Davranış Örüntüsünün (TADÖ) koroner kalp hastalıkları için risk faktörü olduğuna ilişkin veriler bulunmaktadır. Son yıllarda yapılan araştırmalarda global Tip A Davranış Örüntüsünün değil, yapı taşlarının koroner kalp hastalıklarını oluşturmada etken rol oynadığı belirtilmektedir.

Tip A davranışı olan bireyler sabırsızlık, acelecilik, çok çalışma, saldırganlık, atılganlık, hırs, rekabet, kısa zamanda çok iş yapma ve hızlı ve yüksek sesle konuşma gibi özellikler göstermektedir.

Koroner kalp hastalığına yakalanmadan ya da yakalandıktan sonra TADÖ gösteren bireylere bu davranışlarının değiştirilmesine yönelik çeşitli psikolojik tedavi yöntemleri uygulanarak hastalık riskinin azaltılması ve bazı belirtilerin seyrinde olumlu değişimlerin ortaya çıkması beklenebilir.

1.2.Araştırmanın Önemi ve Amacı

Psikosomatik tıp hastalık ve sağlığın biyolojik, ruhsal ve toplumsal kökenlerini ve bunlar arasındaki etkileşimlerin incelenmesini amaçlar. Birçok kişi Psikosomatik hastalıklardan (migren, ülser, koroner kalp hastalığı gibi) yakınmaktadır. Bu hastalıkların sıklığındaki artış yaşam koşullarının değişikliğine,

sosyo kültürel ve sosyal etkenlere bağlanmakta ve psikolojik değişkenlerin de hastalık gelişiminde önemli bir rol oynadığı bilinmektedir (1).

1960'lerden itibaren çeşitli kronik hastalıklar; hastaların psikolojik durumları, sosyal yaşamları ve bu durumla nasıl başa çıktıkları, yaşamlarındaki bu beklenmedik, olumsuz durumun genel yaşam niteliğini nasıl etkilediği psikologların ilgisini çekmeye başlamış ve buradan bir sağlık psikolojisi alanı doğmuştur. Sağlık psikolojisi, psikoloji disiplininin sağlığın korunması ve artırılması, hastalığın önlenmesi ve sağaltılması, hastalığın, ilgili bozukluklarının ve sağlığın nedensel ve teşhise yönelik ilişkilerinin tanımlanması, sağlık sistemlerinin geliştirilmesine yönelik özel, eğitimsel, bilimsel ve profesyonel katkıların bir toplamıdır. Sağlık psikologları koroner kalp hastalığı gibi kronik hastalığı olan bireylerin hastalıklarına uyum sürecini kolaylaştırıcı işlev gören çeşitli tedavi teknikleri uygulamaktadır (2).

Yapılan klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda Tip A davranış örüntüsünün ya da Tip A davranış örüntüsü bileşenlerinin kalp hastalıkları için risk faktörü oluşturduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, TADÖ özelliklerinin koroner kalp hastası olan kişilerde ne ölçüde etkili olduğunu araştırmaktır.

Bu ve benzeri çalışmalardan elde edilecek bulgular, koroner kalp hastalığına yakalanmadan önce veya yakalandıktan sonra hastalığın tekrarlama riskinin azaltılmasında TADÖ özelliklerini gösteren kişilere bu davranışlarının değiştirilmesine yönelik çeşitli psikolojik ve psikoterapötik tedavi yöntemlerinin önerilmesine ve verilmesine yardımcı olacaktır.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

Bu bölümde çeşitli kişilik yapıları ve TADÖ ile kalp hastalıkları arasındaki ilişki gözden geçirilecektir.

2.1. Kişilik Tip Açıklamaları

Psikolojide kişilik, kapsamı en geniş kavramlardan biridir. Kişilik, bir insanın bütün ilgilerinin, tutumlarının, yeteneklerinin, konuşma tarzının, dış görünüşünün ve çevresine uyum biçiminin özelliklerini içeren bir terimdir. Kişilik bireyin özel ve onu diğerlerinden ayıran davranışlarını içermektedir (3).

Kişilik Tipleri: Bilindiği gibi insan tiplerini ayırma çabasının eski bir tarihçesi vardır. Eski Yunanda Galen insanlarda dört temel davranış farklılığı veya tipi belirlemeye çalışmıştır. Daha sonraları Kretschmer, Sheldon gibi çağdaş bilim adamları daha bilimsel sınıflamalar önermiştir.

Kretschmer'in tipoloji kuramında astenik, atletik, piknik ve displastik beden yapılarından bahsedilmektedir (3). Sheldon ise üç tip beden yapısından bahsederek bunlara viserotoni, somatotoni ve serebrotoni isimlerini vermiştir (3,4).

Eysenck içedönüklük-dışadönüklük ve oturmuş-uçarı olmak üzere kişiliğin temel iki boyutu olduğunu ileri sürmüştür (3).

Jung sekiz tip içe ve dışa dönük tip tanımlamıştır, bunlar;

Düşünen içedönük, düşünen dışadönük, duygusal içedönük, duygusal dışadönük, duysal içedönük, duysal dışadönük, sezgisel içedönük, sezgisel dışadönük şeklinde isimlendirilmiştir (3).

2.2. TİP A ve TİP B KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ

Tip A Davranış Örüntüsü (TADÖ) Meyer Friedman ve Ray Rosenman tarafından akut MI hastalarının tekrarlayan davranış ve konuşma özelliklerinin klinik gözlemlerine dayanarak ilk kez 1960'larda gündeme getirilmiştir (5, 6).

Bu yazarlar, kalp hastalıkları için hipertansiyon, sigara içme, serum kolesterol seviyesi, şişmanlık gibi geleneksel risk faktörlerinin klinikteki koroner kalp hastalarının ancak yarısı için geçerli olduğunu gözlemeleyerek TADÖ'nün de koroner kalp hastalıkları için önemli bir risk faktörü olduğuna dikkat çekmişlerdir (7).

Friedman ve Rosenman'a göre TADÖ bir "davranış-duygu bileşimi" veya bir grup psikolojik ve davranışsal eğilimlerdir. Bu özelliği gösteren bireyler kısa zamanda sınırsız sayıda iş yaparak gerektiğinde çevredeki diğer bireylere karşı negatif tavır sergileyerek kronik bir mücadeleye girmektedirler. (5, 6, 7)

Bu ilk tanımlamadan sonra TADÖ'ne başka yapıtaşları eklenmiştir. Zamanla yarışma, sabırsızlık, yarışmacılık, rekabet, düşmanlık, öfke, saldırganlık, acelecilik ve alaycılık özelliklerinin TADÖ'nün yapıtaşları olduğu ve bunların TADÖ'nün bütününden daha fazla koroner kalp hastalıklarına etken olduğu ileri sürülmüştür. Ayrıca, yetersizlik duygusu ve özgüven eksikliğinin de TADÖ ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (6, 8).

Friedman'a göre zamanla yarışma ve saldırganlık TADÖ'nün en önemli yapıtaşlarıdır. Aynı anda birden fazla aktivite ile uğraşma, başarı hırsı, hızlı ve yüksek sesle konuşma, kolayca açığa çıkan düşmanlık ve düşüncesizce davranma bu örüntünün özellikleri arasındadır (7, 9, 10).

Tip B kişilik özellikleri gösterenler rahat, aceleci olmayan, bir amaca ulaşma eğilimi daha az olan, sabırlı, agresif özellik göstermeyen, çabuk öfkelenmeyen bireylerdir. TADÖ gösterenlere göre sakin, aktif olmayan, duygularını belirtmeyen, insanlarla kibar ilişkileri olan bireylerdir (7, 11, 12, 13).

Tip A özelliği gösterenlerin çevreden gelen stres verici durumları kontrol etmede anlamlı bir istek duyarak uygun olmayan başa çıkma tarzı izlemekte olduklarını belirtilmiştir (13, 9, 14).

Kewley'in çalışmasında Tip A davranışının belirsiz standartlardan oluşmuş üretim ihtiyacı ve bunun geliştirilmesi çabasından kaynaklandığı ve TADÖ'nün altında yatan temel psikolojik boyutlar düşmanlık, saldırganlık ve bastırılmış öfke olduğu belirtilmektedir (9).

Herman ve Blumenthal ve arkadaşlarına göre Tip A davranış özelliği gösterenler çok atılgan özellik gösterirler (15).

Friedman, TADÖ'nün hastalık olduğuna ve gayret, mantıklı yarışmacı dürtü, kapsamlı çalışma ve yaratıcı yargı özelliklerini kapsamadığına dikkat çekmiştir (5).

Tip A Davranış Örüntüsü ile ilgili çalışma yapan araştırmacılar sıklıkla kendi tanımlarını yapmışlardır (9).

2.3. TİP A DAVRANIŞ ÖRÜNTÜSÜ ÖZELLİKLERİ

Friedman ve Rosenman Tip A Davranış örüntüsünü “bir hareket-duygu birleşimi” olarak tanımlamışlardır (Tablo 1). TADÖ, bilişsel, davranışsal, fizyolojik ve çevresel koşullardan oluşan çok yönlü bir kişilik türüdür. Bütün bu özelliklerin hepsinin bir kişide görülmesi de mümkün değildir (12, 16, 17).

Bütün bu özellikler kişide durgun, hareketsiz olarak bulunmakta ve kişinin çevreyi algılamasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Eğer çevre meydan okuyucu, rekabetçi olursa, prestij ve onura saldırı hissedilirse durum-pozisyonu takınırlar (12).

Tablo 1. TADÖ Özellikleri

Düşmanlık	Kendini zorlayıcı davranış
Zaman darlığı duygusu	Konuşma ve motor özelliği
Sabırsızlık	Aşırı beden hareketleri
Saldırganlık	Gergin yüz ve gövde kasları
Hırs	Patlayıcı konuşma biçimi
Rekabetçilik	Elleri veya dişleri sıkma
Aşırı yüksek standar belirleme	

TADÖ gösteren bireylerin belirsiz tanımlı hedefleri başarma dürtüleri yüksektir. Olağanüstü ilerleme ve onur kazanma ihtiyaçları vardır. Kuvvetli zihinsel ya da fiziksel aktivite gösterirler. Extrem noktada uyanıktırlar (10, 12, 8).

Kişinin kendisi için birçok projeyi aynı anda gerçekleştirmek istemesi Tip A ile ilişkilidir. Bu kişiler hedeflerini her yerde ve her koşulda gerçekleştirmek isterler. Hayatlarındaki her oyunu kazanmak isterler. Hedef kazançlarının niteliğine değil, niceliğine önem verirler. Hayatın estetik yönüne değil, maddi ve yüzeysel kazanımına önem verirler (14).

Tip A bireyleri işlerine aşırı derecede bağlıdırlar. İş sorumlulukları çok gelişmiştir. Yorgun olduklarında bile aktif davranış sergilerler. İşlerinde aşırı kompulsif özellik gösterirler. Planlı, programlı ve mükemmeliyetçidirler. Ulaşmak istedikleri hedefe inatla giderler. İş arkadaşları onlar için rakiptir. İş arkadaşlarından daha başarılı olduklarına inandıklarında mutlu olurlar. İş arkadaşları ile ilişkileri olumsuzdur (12, 14, 18, 19).

Yaptıkları işte aşırı yoğunlaşıp rahatsız edildiklerini hissettiklerinde aşırı tepki gösterirler. En iyiyi yapmada kendilerini sorumlu hissederler. Mükemmeliyetçidirler ve sıkı çalışmaktan asla şikayetçi olmazlar. Tip A'lar zor koşullarda Tip B'lere göre daha iyi performans gösterebilirler (10, 12).

Tip A'lar her durumda kontrolü ellerinde tutmak ve sürdürmek isterler. Kontrol edemedikleri durumlarla karşılaştıklarında huzursuzluk ve öfke duyarlar. Olayları kontrol etme istekleri o kadar yoğundur ki bunu başaramadıkları zaman büyük bir çaresizlik duygusu yaşarlar (20).

Çalışmalarında başarıya ulaşırsalar bile yüksek hedeflere ulaşmak arzusunda olduklarından kendilerini sürekli başarısız hissederler. Başarısızlıktan da Tip B'lere göre daha fazla korkma eğilimindedirler. Başaramayacakları, çözemeyecekleri problemlerle karşılaştıklarında da iş verimlerinde düşme olur. Bu da onların kendilerine ve duruma öfke duymalarına neden olur. Tip B'lerse aynı durumla karşı karşıya kaldıkları zaman yapıcı problem çözme stratejileri uygularlar. Tip A'lar negatif sonuçların kendilerinden kaynaklandığını düşünürken, Tip B'ler bunu dış sebeplere dayandırır (18).

Tip A'lar bu kadar çok çalışıyorsa iş başarılarının bu kişilik özellikleri ile bağlantılı olacağı beklenir. Buna göre TADÖ gösterenlerin Tip B'lere göre daha başarılı olduğu düşünülse de Tip A'lar daha çok istek ve gereksinimlerine rağmen Tip B'lerle karşılaştırıldıklarında daha az başarılı oldukları görülür. Yaşadıkları hızlı hayat tempoları bunun nedenlerinden biridir (19).

Tip A'ların yüzeysel başarı isteklerinin arkasında ise yetersizlik duygusu ve özgüven azlığı vardır. Özgüvenlerine tehdit hissettiklerinde inkarcı bir tutum sergilerler (14).

Tip A'lar aşırı sorumluluk yüklenir. Bunun üstesinden gelemediklerinde ise düşmanlık ve saldırganlık davranışı sergilerler. Saldırganlıkta, otonomide yüksek; kişisel uyum, bakım ve kendilerini kontrolde düşük seviyededirler. Extraversion ve nörotizm düzeyleri yüksek bulunmuştur (11).

İş kadınlarının ev kadınlarına göre daha çok Tip A davranış özelliği gösterdiği tespit edilmiştir (21). Kadınlar eğitimlerinde ve kariyerlerinde yüksek hedefler tespit edip koroner kalp hastalığı geliştirmede erkekleri yakalamaktadırlar (18, 21).

Tip A'lar yeterli zamana sahip olamama duygusu yaşarlar. Çevrelerindeki diğer insanlar zamanlarını alan, işlerine karışan bireyler olarak algırlar. Bu durum sabırsız ve huzursuz olmalarına neden olur. Zaman özel bir öneme sahip olduğundan randevularına tam uyarlar, diğerleri geç kaldığında hemen öfkelenirler. Sırada beklemekten, trafik sıkışıklığından rahatsız olup öfke ve saldırganlık davranışı gösterirler (8, 12, 14).

Tip A davranışı gösteren bireylerde yaptıklarına ilişkin tasdik edilme ihtiyacı görülmüştür (18). Tip B'lerde onaysızlıktan kaçınma vardır. Rekabetçilik duygusu fazla olduğundan Tip A'larda tasdik ihtiyacının önemsenmediği de vurgulanmıştır. Bununla birlikte sürekli yaptıklarının kabul görmesini umarlar (11).

Tip A'lar tutarsız olup farklı durumlarda değişen davranış özellikleri gösterirler (12). Tip B'lere göre daha çok kaygılı ve depresif özellik gösterirler (13).

Tip A'lar boş zaman aktivitelerine az zaman ayırırlar. Özel yakın arkadaşlık ilişkileri geliştiremezler. Mutlu bir evlilikleri çoğunlukla yoktur. Özellikle erkek Tip A, kadın Tip B ise evliliklerinde başarı gösteremezler. Genel anlamda hayatlarından zevk almazlar (18, 22, 23). Tip A'lar öyle bir hayat stili geliştirirler ki bu daha çok stres verici olayları artırır (22).

Tip A ve Tip B'lerin bir sınıflandırılması yapıldığında şu tablo ortaya çıkar (Tablo 2).

Tablo 2: Tip A ve Tip B'lerin sınıflandırılması	
Tip A	Tip B
Modern	Geleneksel
Batılı	Batılı olmayan
Şehir	Köy
Hızlı	Yavaş
Para	İnsan
Erkek	Kadın
Genel	Özel

Ekonomik durumu iyi, üst sosyal sınıfta bulunan bireyler daha çok Tip A grubuna girmektedirler (24, 25, 14, 26). Tip A davranışı gösterme ile alkol, sigara kullanımı ilgili değildir (27). Yaş ile de Tip A davranışı arasında ilişki bulunamamıştır (24).

2.3.1. TADÖ ETYOLOJİSİ

Sosyal Öğrenme Teorisi:

Price, Sosyal Öğrenme Teorisinden yola çıkarak TADÖ'nü açıklamak için geniş kapsamlı bir kavramsal model geliştirmiştir. Price kültürel inançlar, sosyalleşme araçları gibi davranışın sosyal, kültürel ve kişisel öncüllerinin bilişsel ve fizyolojik faktörlerle etkileşerek bir çekirdek inanç ve korkular dizisi oluşturduğunu öne sürmüştür. Örneğin kişinin sürekli kendini kanıtlaması gerektiği inancı, yeterli kaynağı olmama korkusu gibi (16, 17).

Sosyal öğrenme kuramı modeli TADÖ'nün kısmen geri bildirim yoluyla davranışı güçlendiren, çevresel ve kişisel sonuçlarla şekillendiğini vurgular. Bu inanç ve korkular sosyo-kültürel değerlerden kaynaklanıp henüz çocukluk döneminde aile, okul ve kitle iletişim araçları ile verilir.

Psikanalitik Yaklaşım

Karen Horney TADÖ'nü açıklamada başkalarına karşı hareketin yapı taşından ve idealleştirilmiş kendilik kavramından yola çıkmıştır. Selfin gerçekleşmesi kişiler arası ilişkiler ortamında bir insanın kendisine ve başkalarına güven duygusunun gelişimine bağlıdır. Çocuğun güveni öğrenebilmesi kişinin ilişkinin başkalarına yaklaşma, başkalarından uzaklaşma ve başkalarına karşı hareket tarzlarını öğrenmesi gereklidir. Temel kaygı, anne-çocuk ilişkisinden kaynaklanan sorunlar olarak görülmüştür. Temel kaygı, çaresizlik ve yalnızlık olarak tarif edilmiştir. Temel kaygıdan kendini koruma çabasında olan çocukta bu üç şekilden birinde katı bir saplantı olabilir, bundan dolayı iki form da zarar görebilir (28).

Horney'e göre selfin intrapsişik gelişimi ile ilişkinin bu kişiler arası şekilleri aynı yapıya sahiptir. Kişilere yaklaşma hareketi olarak birey kişiliğinin belli özelliklerini bastırıp kendi zıtlıklarını öne çıkarabilir. Kişi bireysellikle ilgili başkalarına bağımlı hale gelebilir. Kişilerden uzaklaşma hareketi olarak bireyler

içlerine kapanıp kendileri ile başkaları arasına intrapsişik mesafe koyarlar. Diğer insanlara karşı harekette kişi kendisi için ideal bir imge yaratıp herkese karşı durmaksızın bunu savunur (28).

Diğer insanlara karşı hareket etmede üstün olma arzusu gösteren bireyler saldırgan, öfkeli, hırslı, güvensiz, talepkâr ve kendilerini beğenmiş özellik gösterirler. Başarısızlıkları ile ilgili her duyguyu inkar ederler. Bu özellikler ile TADÖ arasında kavramsal bir paralellik vardır. Diğer insanlara karşı hareket tarzı geliştirmiş bireyler gibi TADÖ gösteren kişi de aceleci, yarışmacı ve düşmancadır.

2.4. Koroner Kalp Hastalıklarına Etki Eden Faktörler

Tıbbi araştırma sonuçlarına göre koroner kalp hastalıklarında genetik özellikler, yaş, serum kolesterol seviyesi, kan basıncı, sigara kullanımı gibi çok çeşitli faktörler etken olmaktadır (6).

Kardiyovasküler hastalıklara kişilik veya başa çıkma tarzı, duygulanım durumları ve çevresel uyaranlara aşırı tepkisellik olmak üzere üç psikolojik faktör etki etmektedir. (Tablo 3) (16, 17). Belirli psikolojik veya davranışsal özelliklerin hastalığın ortaya çıkışı, alevlenmesi ve süregelenleşmesine etken olduğu yapılan araştırmalar sonucu bulunmuştur (6).

Tablo 3: Koroner arter hastalığı, ani ölüm ve ventriküler aritmileri etkileyen psikolojik faktörler.

Duygulanım durumları	Çevresel uyaranlara
Anksiyete	fizyolojik aşırı tepkisellik
Depresyon	
Akut durumsal rahatsızlık	
Kişilik veya başa çıkma tarzı	Sosyokültürel faktörler
Tip A Davranış Örüntüsü	İşinde aşırı yükleme
TADÖ öğeleri	Yaşam stresi
Düşmanlık	Diğer mesleki faktörler
Öfkesini bastırma	Kişiler arası faktörler

Epidemiyolojik araştırmalara göre yaş, cinsiyet, hipertansiyon, hiperlipidemi, şişmanlık ve hareketsizlik de koroner kalp hastalıkları için risk faktörü oluşturmaktadır.

Jenkins KKH'na etki eden faktörler beş ana grupta toplamıştır (6).

1. Sosyolojik faktörler
2. Yaşam başarısızlığı
3. Stress
4. Kişilik faktörleri

5. TADÖ : Batı Çalışma Grubu, Framingham Çalışması ve Belgian Kalp Hastalıkları Projectte TADÖ'nün KKH için bağımsız risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Tip B'lere göre KKH için 2 kat risk faktörü olduğu söylenmektedir.

Duygulanım Durumları

Carney ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada tedavi edilmemiş major depresif epizodu olan hastaların kardiyak hastalık özellikleri gösterdiği tespit edilmiştir. Depresif belirtilerle kardiyak hastalık arasındaki ilişkiler üzerinde odaklanan diğer üç çalışmanın sonucu da hasta tarafından bildirilen depresif belirtilerle kardiyovasküler hastalıklar arasında pozitif bir ilişki olduğunu bildirmiştir (17, 33).

Booth-Kewley ve Friedman literatür meta analizi sonucunda depresyonun KKH sonucu ile ilişkisinin TADÖ ile orandan daha fazla olduğunu saptamışlardır. Matthews'in analizinde ise depresyonun KKH için kestirme gücüne sahip olmadığı belirtilmiştir (17).

Anksiyete: Booth-Kewley Friedman (1987) hastanın anksiyete ile KKH'nın sonucu arasındaki ilişkiye inceleyen çalışmaların bir metaanalizini yapmışlar ve anksiyetenin KKH sonucuyla çok az ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır. Matthews (1988) yaptığı metaanaliz çalışmasında sadece bir araştırmada anlamlı pozitif ilişki bulmuştur. Sonuçta anksiyete belirtileri ve hasta anksiyetesini gösteren diğer ölçütler ile KKH gelişimi ve ilerlemesi arasında ilişki açığa çıkmamıştır (17).

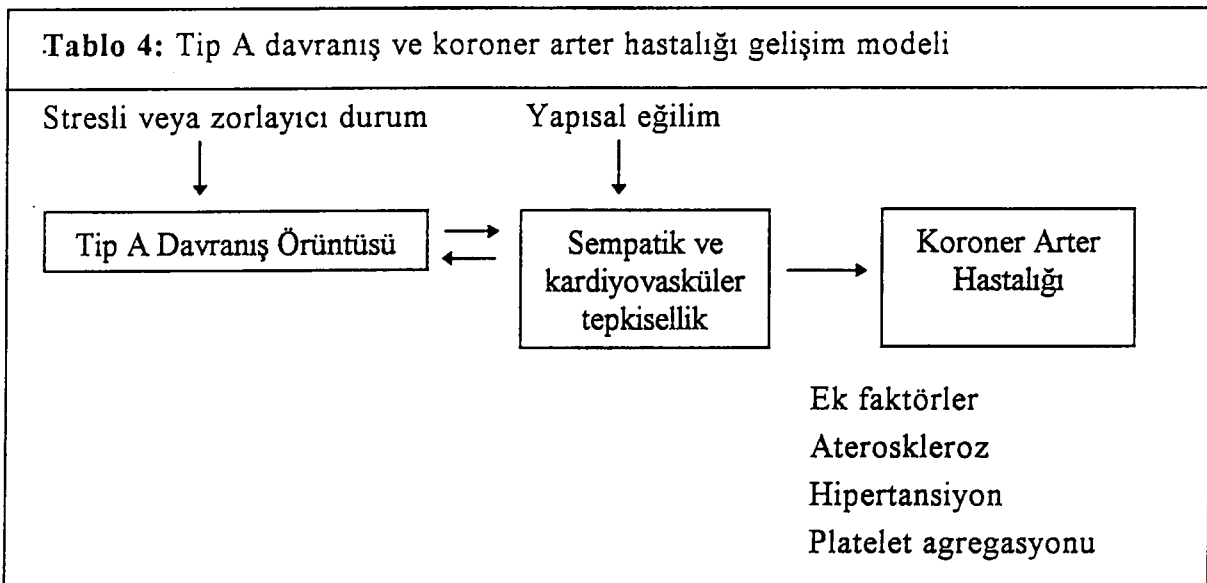
2.5. Koroner Kalp Hastalıkları ve TADÖ

Koroner Kalp hastalıkları MI, angina pectoris, koroner kalp yetmezliği, hipertansiyon ve ani ölümleri içine alan farklı klinik tabloları içerir.

Belirli psikolojik veya davranışsal özelliklerin hastalığın ortaya çıkışı,

alevlenmesi, gelişmesi ve süregelenleşmesine etken olduğu yapılan araştırmalar sonucu bulunmuştur. Epidemiyolojik araştırmalara göre yaş, cinsiyet, hipertansiyon, hiperlipidemi, şişmanlık, sigara, hareketsizlik ve TADÖ KKH için risk faktörlerini oluşturmaktadır (16).

TADÖ ile KKH arasındaki bağlantı karmaşıktır. Krantz ve Durel (1983) TADÖ ve KKH arasındaki ilişkiyi kavramaya yönelik bir kavram geliştirmiştir (Tablo 4). Tabloda gösterildiği gibi TADÖ için tipik olan bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkiler çevresel durumlardan köken alır. TADÖ, fizyolojik kardiyovasküler tepkisellik üzerindeki etkisiyle kardiyovasküler hastalık gelişimine katkıda bulunur. Krantz ve Durel fizyolojik kardiyovasküler yanıtların bilişsel yorumlanmasının da TADÖ'nün ortaya çıkmasında katkıda bulunduğunu ileri sürmüştür. Örneğin kendisinde titreme, çarpıntılar gibi bazı değişiklikleri bir tehdit olarak yorumlayan kişi buna artmış TADÖ ile karşılık verebilir. Böylece TADÖ ile kardiyovasküler aktivite arasındaki oklar çift yönlü olur. Ayrıca genetik veya yapısal faktörler de kardiyovasküler aktivitenin sonucunu etkileyebilir. Smith ve Anderson (1983) bu modele TADÖ olan kişilerin çevresel sorunlar ve isteklere basitçe tipik bileşimler, davranışlar ve duygularla yanıt vermeyip, bu zorlayıcı ve stresli durumları düşünce ve davranışlarıyla aradıklarını ve yarattıklarını eklemişlerdir (16, 17).



TADÖ'nün KAH gelişimi için bir risk faktörü olarak bulunduğu üç büyük ileriye dönük çalışma vardır: Batı Ortak Çalışma Grubu, Framingham Kalp Çalışması ve Fransız-Belçika Ortak Grup Çalışması (16, 17).

Batı Ortak Çalışma Grubu önceden KAH öyküsü olmayan 3154 çalışan erkeği 8.5 yıl boyunca izlemiş, davranış biçimleri ve KKH arasındaki ilişkiyi araştırmıştır. Koroner eğilimli davranış örüntüsü gösterenleri Tip A, göstermeyenleri Tip B olarak etiketlemişlerdir. Tip A risk oranı Tip B'lere göre 2.2 kat daha fazla bulunmuştur (29, 10). Bu ilişki geleneksel risk faktörlerinin etkileri, istatistiksel olarak kontrol edildiğinde bile sürmüştür (16, 17).

Framingham Kalp Çalışmasının sonuçları Tip A davranışının sadece masa başı görevlerde çalışan erkeklerde 8 yıllık KAH ve MI insidansı için bağımsız bir belirleyici olduğuna işaret ediyordu. TADÖ 45-64 yaş kadınları için de KAH açısından belirleyiciydi. Birçok çalışmada öfkesini dışa vuramama ve öfke duygularını paylaşamama KAH ile ilişkili bulunmuştur (20, 30, 31, 32).

Fransız-Belçika Ortak Grup Çalışmasında da TADÖ toplam KAH, MI ve ani ölüm için bağımsız belirleyici olarak bulundu. Bu çalışma Avrupa toplumlarında başlangıçta sağlıklı olan erkeklerin 5 yıl süresince izlenmesine dayanıyordu (29, 30).

Yapılan diğer araştırmaları Tip A Davranış Örüntüsünün koroner kalp hastalıkları için risk faktörü olarak bulanlar ve bulmayanlar diye sınıflandırabiliriz.

TADÖ'nü koroner kalp hastalıkları için risk faktörü olarak bulan araştırmalar:

Friedman 1968'de yaptığı araştırmada Tip B'lere göre Tip A'ların koroner kalp hastalıklar için daha çok risk faktörü taşıdığını bildirilmiştir. Rosenman ve Friedman MI geçiren hasta Tip A özelliği gösteriyorsa ikinci bir MI geçirme riskinin 5 kat fazla olduğunu kaydetti. Danışmanlık yapılarak TADÖ'nün düşürülmesi ikinci bir MI'nın önlenmesinde çalışmalarında olumlu sonuç verdi (9, 10).

Yapılan araştırmada 10 yıl süresince masa başında çalışan 1600 kadın ve erkeği incelemiş ve Tip A ve angina arasındaki ilişkinin Tip A ve MI arasındaki ilişkiden daha fazla olduğu bulundu. İçer atılan öfke ve işteki stres de KKH için 2 kat daha fazla etken bulundu (16, 17).

Williams ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sigara, şişmanlık, hipertansiyon gibi risk faktörleri kontrol altına alındığında TADÖ'nün KKH'ı için risk faktörü olduğu bildirilmiştir (29).

Biomedikal ve davranış bilimcilerinden oluşan National Heart 'Lung' Blood Enstitüsünde iş sahibi yüksek statülü orta yaşlı erkeklerde Tip A davranış özelliklerinin risk faktörü olduğu bildirilmiştir (29, 33).

Çinde 714 hastanın katıldığı bir araştırmada Tip A'nın KKH için risk faktörü oluşturduğu bildirildi. Zihinsel çaba gerektiren işlerde çalışanlar fiziksel çaba gerektirenlere nazaran daha çok kalp hastalığına yakalanmaktadır. Yaş ve cinsiyet farklılıkları bulunmamıştır. Bu çalışmada bunun nedeninin Çin'de kadınların erkeklerle eşit statüde dışarıda çalışmaları olduğu düşünülmektedir (34).

Yaşların karşılaştırıldığı bir araştırmada 45 yaş ve daha genç yaştaki Tip A'lar tip B'lere göre daha etkili, 46-54 yaşları arasındakiler Tip A-Tip B eşit ve 55 ve daha yukarı yaşlar da Tip B'lerde koroner kalp hastalıkları şiddeti ilgili bulunmuştur. Tip A sadece gençlerde ilgili bulundu (35).

TADÖ'nü koroner kalp hastalıkları için risk faktörü oluşturmadığını bildiren araştırmalar:

Multiple Risk Factor Intervention Trial Çalışmasında 3110 hasta ile 3 yıl süren araştırma sonucu koroner kalp hastalıkları için TADÖ'nün risk faktörü olmadığı tespit edilmiştir (30, 32, 36, 37, 38).

2320 erkekle yapılan araştırmada Ruberman ve arkadaşları 3 yıllık sürede tip A ile kardiyak ölüm arasında ilişki bulamamışlardır (16, 17).

1978-80 yıllarında yapılan dört angio çalışmasında TADÖ'nün hastalığın başlangıcında etken olduğu bulunmakla birlikte, 78-83'de yapılan araştırmada ise negatif sonuç bulundu (16, 17).

Ontorio Heart çalışmasında 2300 hastada tekrarlayan MI ile davranış tipleri arasında bağlantı bulunamamıştır. 2451 hastaya yapılan angio çalışmasında da davranış örüntüleri ve KKH arasında ilişki bulunamadı (16, 17).

KAH ile yüksek risk altındaki hastalar üzerinde yapılan çalışmalarda TADÖ ile KAH arasında anlamlı ilişki bulunamadı (17).

1985'de yapılan bir literatür taramasında genel TADÖ ile koroner angiografi ile ölçülen KAH derecesi arasında tutarlı bir ilişki belirlenemedi (17).

Honolulu sağlık programında Tip A örüntüsü ne KAH ne MI ne de angina için risk faktörü olarak bulunamadı (30).

İsviçre, Belçika, Rusya, İsrail, Polonya ve Kuveyt'te yapılan araştırmalarda Tip A ve KAH ilgili bulunamadı. Bunun batı kültürüne ait bir özellik olduğunu vurguladılar (22).

Hawaide yapılan Japon-Amerikan ortak çalışmasında Tip A davranış örüntüsünün KAH'ye neden olma oranı % 15 olarak bulunmuştur (12).

Niaura'nın literatür taramasında Swcherwitz'in 156 hastada MI sayısında Tip A davranış örüntüsüyle ilişki bulamadığı belirtildi (16).

Son 10 yıl içinde araştırmacılar genel TADÖ ölçümlemesinden uzaklaşarak TADÖ'nün KAH ile en yakından ilişkili parçalarını belirlemeye çalışmışlardır (29,39).

TADÖ'nün alt bileşenleri ile kalp hastalıkları arasındaki ilişki:

Western Elektrik çalışmasında 1877 orta yaşlı erkeğin taban MMPI puanları belirlendikten sonra denekler KKH açısından 10 yıl boyunca izlendiler. Sonuçlar bu örnekte KKH oranının düşmanlık puanlarının artmasıyla orantılı olarak yükseldiğini gösterdi (16, 17). Shekelle'nin araştırmaları da aynı sonuca ulaşmıştır (40).

Araştırmacılar, artmış düşmanlık puanlarının fizik aktivite azlığı, sigara içme, alkol kullanma, daha büyük vücut indeksi, fazla kalori alımı ve kafein tüketiminin artması gibi sağlıksız alışkanlıklarla ilişkili olduğunu söylemişlerdir (39, 41).

Yapılan bir araştırmada kişilik değişkenleri olarak Tip A, öfke, düşmanlık, depresyon, kaygı ve dışa dönüklük ilişkisine bakmıştır. Buna göre Tip A ile koroner kalp hastalıkları çok az ilişkili olup öfke ve düşmanlıkta anlamlı derecede koroner kalp hastalıkları ile ilişkilidir (36, 42).

Williams Tip A bileşenlerinden yalnızca öfkeyi KKH için risk faktörü olarak bildirdi (17). Chesley öfke, düşmanlık ve saldırganlığın Tip A'dan bağımsız faktörler olduğunu ve KKH'ye etki ettiklerini bildirmiştir (16). Matthews Batı Çalışma Grubuna yönelik prospektif çalışmasında düşmanlık potansiyelinin KKH gelişiminde etken olduğunu bildirmiştir (16, 17).

Engelbreton ve arkadaşları öfke tarz biçimleri ile kardiyovasküler arasındaki ilişkiyi araştırdıklarında olumsuz koşullardaki dış öfkenin, iç öfkeden daha fazla etkili olduğunu bildirmişlerdir (43).

Williams ve arkadaşları global Tip A'nın değil özellikle öfke ve düşmanlık elementlerinin KKH için risk faktörü olduğunu vurgulamıştır. Özellikle iç öfke ve saldırganlık birbirleriyle ilgilidir. İç öfke hastalarda yüksek ise hastalığın sonlanmasında saldırganlık potansiyeli önemli etkiye sahiptir (45, 44).

Kaygı, saldırganlıkla birlikte KAH için risk faktörü olup, bu özellikle erkek hastalarda belirgin olarak görülmektedir (46).

Koroner anjiyografi yapılan 2000 hastadan rastgele seçilen 131 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada, hem düşmanlık potansiyeli hem de yapılandırılmış görüşmeden çıkartılan, davranışsal olarak puanlanan bir öfke inhibisyonu ölçütü olan "öfkeyi içe atmanın" hastalığın ağır olacağına işaret ettiği belirlenmiştir. Düşmanlık potansiyeli en çok öfkeyi içe atmanın yüksek olduğunda KAH'ın sonucuyla ilişkili bulunup, öfke ifadesinin engellenmesiyle KAH için patojenik olduğu ifade edilmiştir (16, 17, 47).

Aspirin Myokardial Infarction çalışmasında erkek ve kadınlarda Jenkins Activity Survey ile ölçüm 3 yıl boyunca yapılmış MI tekrarı ile Tip A ilgisiz bulunmuştur. Bu çalışmada aspirin kullanımının MI tekrarını azaltacağı tespit edilmiştir (48).

Yapılan bir çalışmada stres verici durumlarda, kişiler arası anlaşmazlıklarda düşmanlık seviyesinin arttığı bununda koroner kalp hastalığı olduğu bildirilmiştir (49).

Yapılan diğer çalışmalarda ise düşmanlık ile KKH arasında anlamlı ilişki bulunamayıp düşmanlığın KKH için risk faktörü olduğu hipotezi desteklenmemiştir (13, 50, 51). Sürekli öfke ile de ilgili bulunmamıştır (52).

Edward ile Redford'un yaptığı araştırma ise düşmanlık ile öfkenin KKH için risk faktörü olduğunu bildirmektedir (53).

Düşmanlık ölçüsündeki ilgili veya ilgisiz bulunma karşılatırmaları net değildir. Çünkü her araştırmacının kullandığı teknik araştırma metodu, istatistiksel yöntem ve denekler, ölçüm araçları farklıdır (54).

Jenkins'in yaptığı araştırma saldırganlık, rekabet, aşırı drive ölçmüş ve çok az derecede KKH ile ilgili bulunmuştur (55).

Koroner anjiyografi sonuçlarına göre durum ve sürekli kaygı, sinir, öfke, kontrol duygusu, öfkenin ifade edilememesi, depresyon ani ölüm ve MI'da etken olarak bulunmuştur (47).

Yapılan çalışmada iç öfke/dış öfke/öfke tarz ve düşmanlıkla kardiyovasküler reaktivite ilgili bulunamadı. Sosyal destek niteliği öfkeyi tartışma ile ilgili bulundu. Öfkelerini başkaları ile tartışanlarda daha az sosyal destek bulundu (56).

Düşmanlık ve iç öfke hastalığın şiddeti ile ilgili bulundu (57, 58).

Saldırganlığın koroner kalp hastalığı için risk faktörü olmakla birlikte kendisi de (durumsal, çevresel) bilinmeyen nedenlerle ilişkili olup bu bilinmeyenlerin hem saldırganlık hem de KKH üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir (59).

Düşmanlıkla birlikte aşırı alkol ve sigara tüketimi olumsuz yaşam stilleri ve sosyal desteğin az olması KKH ve ani ölümden etkindir (60). Yine düşmanlıkla birlikte görülen şüphe ve diğerlerine güvenmeme öfkeden daha fazla kalp üzerinde etkili bulunmuştur (61).

TADÖ özelliklerinden sadece düşmanlık ve öfkenin ya da düşmanlıkla saldırganlığın KKH için etken olduğunu bildiren araştırmalar da yapılmıştır (62).

BÖLÜM III

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubu

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Numune Hastanesi Kardiyoloji servisinde yatan kardiyak hastalarla Ocak 1997-Haziran 1997 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Hastaların kardiyolojik tanıları klinik muayene, EKG ve EKO Kardiyografi gibi tetkiklerle konmuştur.

Farklı sosyo kültürel ve demografik özellik gösteren 248 hasta rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Hastalardan 80'i kadın, 168'i erkektir. Yaşları 21-67 (ortalama $55,6 \pm 32,8$) arasındadır. Tüm hastalara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve onayları alınmıştır. Kontrol grubu, yaş ve cinsiyet yönünden hasta grubuyla eşleştirilen ve Konya'nın değişik bölgelerinde oturan bireylerden rastgele seçilen sağlıklı bireylerden oluşturulmuştur. Kontrol grubu 198 kişiden (80 kadın, 118 erkek) oluşmuştur. Kontrol grubunun yaşları 17-65 arasında olup, ortalama $54,6 \pm 27,1$ 'dir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak Rathus Atılganlık Envanteri, sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçekleri ve Saldırganlık Envanteri kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyo kültürel ve demografik özellikler ile ilgili bir anket formu da kullanılmıştır.

3.2.1. Rathus Atılganlık Envanteri

Atılganlığın ölçülmesi: Kişiler arası ilişkilerde atılganlığın ölçülmesi amacıyla çeşitli ölçekler geliştirilmiştir. Ancak "Rathus Assertiveness Schedule" diğer ölçeklere nazaran atılganlığın ölçülmesinde farklı kültürlerle uyandırabilmesi

gibi avantajlar taşımaktadır. Rathus Assertiveness Schedule'nin "Rathus Atılganlık Envanteri" adı altında Türkçeye uyarlanmıştır (Voltan, 1980). (Rathus Atılganlık Envanteri Ekinde verilmiştir)

Rathus Atılganlık Envanteri (RAE)'nin Puanlanması:

RAE 30 maddeden oluşan bir ölçektir. Her madde için "bana hiç uymuyor "-3", bana çoğu kez uymuyor "-2", bana pek uymuyor "-1", bana biraz uyuyor "+3" şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Kişinin atılganlık puanı hesaplanırken 17 madde için (1., 2., 4, 5., 9., 11., 12., 13., 14., 15., 16., 19., 23., 24., 26. ve 30.) maddeler verilen puanların tersi alınarak işlem yapılmaktadır. Yani bu maddeler "-3" veya "+3" olarak işaretlenmişse, puanlamada bu maddelerin değerleri tersine döner yani "-3" ler "+3", "+3" ler "-3" durumuna getirilir. Diğer 13 maddeye (3., 6., 7., 8., 10., 18., 20., 21., 22., 25., 27.; 28. ve 29. maddeler) verilen puanlar, tersi alınan puanlarla toplanarak deneğin atılganlık puanı elde edilmektedir. Alınabilecek toplam puan -90 ile +90 arasında değişir. Envanterden toplam puan olarak "+10" ve altında alanlar çekingen, "+10" un üstünde alanlar ise atılgan olarak kabul edilir.

RAE'nin Güvenirliği: Rathus (1973) envanterin güvenirlik katsayısı, envanterin aralıklı tekrarı yöntemiyle $r = .78$, envanterin iki yarıya bölünmesi yöntemiyle $r = .77$ olarak bulunmuştur. Wool ve arkadaşları RAE'nin güvenirliği ile ilgili olarak ergenler üzerinde çalışmışlardır. bu araştırmanın sonuçlarına göre RAE'nin güvenirlik katsayısı testin aralıklı tekrarı yöntemiyle $r = .76$, testin iki yarıya bölünmesi yöntemiyle $r = .77$ bulunmuştur.

Voltan (1980), RAE'nin Türkçe'ye uyarlama çalışmasında envanterin güvenirlik katsayısını, envanterin aralıklı tekrarı yöntemiyle $r = .92$, envanterin iki yarıya bölünmesi yöntemiyle $r = .60$ ve $r = .77$ olarak bulmuştur. Bu rakamlar ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir.

RAE'nin Geçerliği: Rathus ve Nevit (1977), envanterin geçerliği ile ilgili olarak uzman görüşüne başvurmuşlardır. Envanterin geçerlik çalışması, psikiyatrik hastalar üzerinde yapılmış, nörotikler için $r = .84$, şizofrenikler için $r = .73$, kişilik bozuklukları için $r = .91$ ve genel popülasyon için $r = .80$ geçerlik katsayıları elde edilmiştir.

Voltan (1980), RAE'yi Türkçeye uyarlama çalışmalarında envanterin 19 maddesini 26 üniversite öğrencisine vererek kendilerini değerlendirmelerini istemiştir. Daha sonra aynı öğrenciler, akademik danışmanları tarafından ölçek üzerinde değerlendirilmiştir. İki değerlendirme puanları arasındaki korelasyon $r=.70$ bulunmuştur. Böylece, RAE'nin halihazır geçerlik katsayısı $r = .70$ olarak belirlenmiştir. Bu rakamlardan da anlaşılabacağı gibi ölçek atılganlığın ölçülmesinde geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

3.2.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfadesi Envanteri

Bu envanter Spielberger (1988) tarafından geliştirilmiştir. Öfke duygusu ve ifadesini ölçmeyi amaçlar. 34 maddelik ölçek iki kısımdan oluşmuştur. Sürekli öfke "10" madde ve öfke ifade tarzı "24" maddedir. Öfke ifade tarzı kontrol altına alınmış öfke "8" madde, dışavurulmuş öfke "8" madde ve bastırılmış öfke "8" madde olmak üzere üç alt testten oluşmaktadır. (Envanter ekte verilmiştir)

Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Envanterinin Puanlanması:

Her madde için "hemen hiçbir zaman", "bazan", "çoğu zaman" ve "hemen her zaman" şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir. Maddelere verilen hemen hiçbir zaman yanıtına "1" puan, bazan yanıtına "2" puan, çoğu zaman yanıtına "3" puan, hemen her zaman yanıtına "4" puan verilir. Yüksek puan, sürekli öfke testinde öfkenin yüksek olduğu, kontrol altına alınmış öfke alt testinde, öfkenin kontrolde olduğunu; dışa vurulmuş öfke alttestinde öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu, bastırılmış öfke alttestinde öfkenin bastırılmış olduğunu gösterir.

Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Envanterinin Güvenirliği-Geçerliği:

Ölçeğin içtutarlığını sağlamak için madde-toplam puan korelasyonları ve alfa katsayıları hesaplanmıştır. Madde-toplam puan değerleri .14 ile .56 arasında (medyan .33); alfa değerleri ise .73 ile .84 arasında belirlenmiş; madde-toplam puan korelasyon değerlerinin düşük olması iki alt ölçeğin bağımsızlığının ifadesi olarak kabul edilmiştir.

Dört ayrı Düşmanlık Ölçeği ile öfke ölçeği arasında korelasyonlar hesaplanmış; Buss Durke Düşmanlık Envanteri ile korelasyonlar .66 ile .73

arasında; Shullz'un Açık Düşmanlık Ölçeği ile korelasyon .27 ile .32 arasında; Durumluluk Öfke Ölçeğiyle korelasyonlar .22 ile .41 arasında bulunmuştur. Tüm korelasyonlar istatistiksel düzeyde anlamlı çıkmıştır.

Türkçe formunun çalışması A. Özer tarafından yapılmıştır (1992). Güvenirlik çalışmasında, ölçeklerin iç-tutarlılık değerleri üzerinde ağırlıklı olarak durulmuştur. Sürekli Öfke ölçeğinin çeşitli örneklemelerde elde edilen alfa değerleri .67 ile .92; öfke kontrolün .80 ile .90; öfke dışı'nın .69 ile .91 ve öfke içte'nin .58 ile .76 arasında olduğu bulunmuştur. Bu değerler kabul edilebilir sınırlar içinde olup, ölçeklerin orijinalleriyle ilgili yayınlanmış olan verilerle genelde tutarlılık göstermektedir. Sonuç olarak ölçeğin Türkçe formu geçerli ve güvenilirlerdir.

3.2.3. Saldırganlık Envanteri

Rasim Kocatürk tarafından geliştirilmiştir (1982). Açık ya da örtülü ve dışa yönelik saldırganlık davranışını ölçer. Saldırganlık Envanteri 67 maddeden oluşmaktadır. Bu maddelerin 30 çifti saldırganlıkla ilgili, diğerleri ise kişilikle ilgili madde çiftleridir. Her madde için "evet" veya "hayır" şıklarından birinin seçilmesi ve işaretlenmesi istenir.

Envanter maddelerinin içtutarlılık katsayısı stanley formülü ile hesaplanmış ve .80 olarak bulunmuştur. Ölçüt-bağımlı geçerlik nokta çift seri korelasyon tekniği ile .51 olarak hesaplanmıştır (Ekte verilmiştir). Sonuçta ölçek geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

3.2.4. Sosyo Kültürel ve Demografik Özellikleri Ölçen Anket Formu:

Ekte sunulmuştur.

3.3. Uygulama

Adı geçen veri toplama araçları kardiyak hastalara ve kontrol grubuna araştırmacı tarafından verilmiştir. Özellikle eğitim seviyesi düşük olanlara ve uygulama sırasında hastalıklarından ötürü kağıt-kalem kullanamayacak durumda olanlara form araştırmacı tarafından okunup doldurulmuştur. Bununla birlikte yönergeleri açık bir şekilde anlayabilen ve tamamlayacağına kanaat getirilen deneklere form verilmiş ve akabinde de cevaplanmış anket formu araştırmacı tarafından kontrol edilerek toplanmıştır.

3.4. Verilerin Çözümlemesi

Tüm istatistiksel işlemleri bilgisayarda SPSS (Versional) kullanılarak yapıldı. İkiiden çok grupların ortalamaları tek yönlü varyans analizi ve post hoc Student Newman Keults testleri ile, ikili grupların ortalamaları t-testi ile, gruplara ait oranlar Ki-kare testi ile değişkenlerin birbiriyle ilişkisi Pearson korelasyon testi ile karşılaştırılmış ve incelenmiştir. p değeri < 0.05 düzeyinde olduğunda anlamlı kabul edilmiştir.



BÖLÜM IV

4. BULGULAR VE TARTIŞMA

4.1. Bulgular

Çalışmaya 248 kalp hastası ve 198 sağlıklı birey alınmıştır. Deneklerin bazı sosyodemografik özellikleri Tablo-5'te verilmiştir. Tablo-5'te de görüldüğü gibi iki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından fark yoktur.

Grupların test sonuçları Tablo-6'da verilmiştir. Tablo-6'da da görüldüğü gibi hastaların Ra, Sa ve İÖ puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük, SÜ ve KÖ puanları ise anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 5: Deneklerin bazı sosyodemografik özellikleri

Grup	n	Yaş	Medeni Durum (Evli / Diğer)	Cinsiyet (K /E)
Kalp hastaları	248	55.6 $\pm$ 32.8	227 / 22	80 / 168
Kontrol	198	54.6 $\pm$ 27.1	156 / 32	80 / 118
P		t = 0.35 p> 0.05	$\chi^2 = 6.62$ p< 0.05	$\chi^2 = 3.2$ p> 0.05

Tablo 6: Deneklerin ölçek sonuçları

	<u>Rathus</u>	<u>Saldırganlık</u>	<u>Sürekli öfke</u>	<u>Dış öfke</u>	<u>İç öfke</u>	<u>Kontrol öfke</u>
Kalp hastası	11.1 $\mp$ 19.6	6.6 $\mp$ 5.5	22.9 $\mp$ 5.4	16.7 $\mp$ 3.8	16.9 $\pm$ 4.5	22.1 $\mp$ 4.08
Kontrol	20.8 $\mp$ 22.1	9.6 $\mp$ 4.8	17.3 $\mp$ 5.3	17.1 $\mp$ 4.7	18.4 $\pm$ 4.9	18.4 $\mp$ 4.9
	t = 4.80	t = 6.1	t = -10.8	t = 0.97	t = 2.44	t = -6.21
p	p < 0.01	p < 0.01	p < 0.01	p > 0.05	p < 0.05	p < 0.05

Test sonuçlarının cinsiyet açısından karşılaştırması Tablo-7'de verilmiştir.

Tablo 7: Test sonuçlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

	<u>Rathus</u>	<u>Saldırganlık</u>	<u>Sürekli öfke</u>	<u>Dış öfke</u>	<u>İç öfke</u>	<u>Kontrol öfke</u>
Kadın hasta	2.2 $\mp$ 18.5	6.4 $\mp$ 6.1	22.4 $\mp$ 5.3	15.9 $\mp$ 3.6	17.1 $\pm$ 4.7	21.6 $\mp$ 3.9
Kadın kontrol	16.2 $\mp$ 22.5	9.8 $\mp$ 4.5	16.9 $\mp$ 5.8	16.1 $\mp$ 5.0	18.3 $\pm$ 5.1	18.5 $\mp$ 4.6
t	4.30	3.95	-6.26	0.2	1.45	-4.67
p	< 0.01	< 0.01	< 0.01	> 0.05	> 0.05	< 0.01
Erkek hasta	15.4 $\mp$ 18.8	6.8 $\mp$ 5.2	23.1 $\mp$ 5.4	17.0 $\mp$ 3.9	16.8 $\pm$ 4.5	20.8 $\mp$ 4.1
Erkek kontrol	23.8 $\mp$ 21.4	9.6 $\mp$ 5.0	17.6 $\mp$ 4.9	17.7 $\mp$ 4.5	17.8 $\pm$ 4.8	18.4 $\mp$ 5.1
t	3.55	4.54	-8.69	1.45	1.87	-4.37
p	< 0.01	< 0.01	< 0.01	> 0.05	> 0.05	< 0.01

Tablo-7'de görüldüğü gibi hem kadın hem de erkek hastaların Ra, Sal ve SÖ puanları kontrol grubunun kadın ve erkeklerinin puanlarına göre anlamlı olarak düşük, KÖ puanları ise yüksek bulunmuştur. Ayrıca kadın hastaların Ra ve DÖ puanları erkek hastalara göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

Test sonuçlarının medeni duruma göre karşılaştırması Tablo-8' de verilmiştir.

Tablo 8: Test sonuçlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

	<u>Rathus</u>	<u>Saldırganlık</u>	<u>S.Öfke</u>	<u>Dış öfke</u>	<u>İç öfke</u>	<u>K. Öfke</u>
Evli hasta	11.4 ± 20.0	6.7 ± 5.5	22.9 ± 5.4	16.8 ± 3.7	17.1 ± 4.6	21.0 ± 3.9
Evli kontrol	19.6 ± 22.0	9.6 ± 4.9	17.3 ± 5.2	17.1 ± 4.7	17.6 ± 4.9	18.5 ± 4.9
t	3.86	5.37	-10.3	0.7	1.2	-5.5
p	< 0.01	< 0.01	< 0.01	> 0.05	> 0.05	< 0.01
Diğer hasta	8.1 ± 15.5	6.0 ± 5.8	22.5 ± 5.9	15.7 ± 4.7	15.0 ± 3.4	22.2 ± 4.8
Diğer kontrol	26.6 ± 22.2	10.0 ± 3.9	17.4 ± 5.8	17.1 ± 5.0	20.3 ± 4.3	18.3 ± 4.8
t	3.36	2.77	-3.12	1.05	4.7	-2.91
p	< 0.01	< 0.05	< 0.05	> 0.05	< 0.01	< 0.05

Tablo-8' de de görüldüğü gibi evli hastaların Ra ve Sal puanları evli kontrollere göre anlamlı olarak düşük, SÖ ve KÖ puanları anlamlı olarak yüksektir. Diğer medeni durumdaki hastaları, diğer medeni durumdaki kontrol grubuyla karşılaştırılması da evli deneklerin karşılaştırılmasıyla elde edilen bulguların aynısıdır. Ayrıca evli hastalarla diğer medeni durumdaki hastaların karşılaştırılması sonucu anlamlı bir bulgu elde edilememiştir.

Gerek hasta grubunun gerekse kontrol grubunun gelir düzeyini yeterli bulanlarla bulmayanların ölçek puanlarının karşılaştırılması anlamlı bir bulgu vermemiştir.

Hastaların eğitim durumlarının ölçek puanlarına etkisi Tablo-9' da gösterilmiştir.

Tablo 9: Eğitim durumlarının ölçek puanlarına etkisi

	n	Rathus	Saldırganlık	S.Öfke	Dış öfke	İç öfke	K. Öfke
İlk	63	7.5 ± 17.8	6.6 ± 5.5	22.9 ± 5.3	16.3 ± 3.5	17.1 ± 4.7	21.1 ± 4.0
Orta	38	22.3 ± 22.8	6.9 ± 5.5	21.9 ± 5.4	17.2 ± 4.5	16.8 ± 4.4	21.6 ± 4.4
Üniv.	20	24.0 ± 18.2	6.5 ± 5.5	24.6 ± 6.2	18.9 ± 3.9	15.2 ± 3.0	20.1 ± 3.4
Anova f		15.4	0.04	1.5	4.5	1.6	0.9
p		< 0.01	> 0.05	> 0.05	< 0.05	> 0.05	> 0.05

Rathus puanlarının farklılığı post-Hoc Student-Newman-Keuls testi ile araştırıldığında üniversite ve orta eğitim mezunlarının ilkökul mezunlarına göre yüksek olmasından, dış öfke puanlarının farklılığı üniversite mezunlarının ilkökul mezunlarına göre yüksek olmasından kaynaklanmıştır.

Hastaların % 26' sı ailesel sorunlarının olduğunu belirtmiştir. Ailesel sorunları olan hastalarla olmayanların ölçek puanlarının karşılaştırılması sonucu anlamlı bir bulgu saptanamamıştır.

Hastaların % 35' inin kalp hastalığı dışında bir başka kronik hastalığının da olduğu bulunmuştur. Kalp hastalığı dışında bir başka hastalığı olanlarla olmayanların ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Hastaların % 13' ü daha önceden ruhsal bir hastalık geçirdiklerini belirtmişlerdir. Ruhsal hastalık geçirdiğini belirtenlerle belirtmeyen deneklerin ölçek puanlarından sadece Rathus puanları farklı bulunmuştur (Ruhsal hastalık geçirenlerde 2 ± 12.9 , geçirmeyenlerde 11.9 ± 19.9).

Hastaların tedavi tutumlarına bakıldığında, hastaların % 24.59'unun düzenli takiplere geldiği (n=61) % 12.90 arada geldiği (n=32) ve % 62.50 şikayet durumunda (n=155) geldiği saptanmıştır. Saldırganlık puanları, düzenli takip ($x = 8.5 \pm 5.7$), arada gelme ($x = 7.9 \pm 5.6$) ve şikayet durumunda gelme ($x = 5.7 \pm 5.3$) tutumları arasında anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p < 0.01$). Bu farklılık düzenli takip edenlerin şikayet durumunda gelenlere göre yüksek saldırganlık puanlarına sahip olmasından kaynaklanmıştır.

Hastalara çalışma ortamlarında iş huzuru olup olmadığı sorulduğunda % 25.3'ü iş ortamının huzurlu olduğunu (n=63) ve % 26.5'i iş ortamının huzursuz olduğunu (n=66) belirtmiştir. Rathus puanları iş huzuru olanlar ile ($x = 19.4 + 20.3$) iş huzuru olmayanlar arasında ($x = 12.6 + 19.6$) anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p \leq 0.05$). Diğer ölçeklerde anlamlı farklılık yoktur.

Araştırmada risk faktörleri olarak hipertansiyon, diabetes mellitus ve sigara incelenmiştir. Hastalardan % 20.16 hipertansiyon (HT) (n=50), % 13.70 diabetes mellitus (DM) (n=34), % 27.01 sigara (n=67) risk faktörlerine sahiptir. Tek yönlü Anova testi kullanılarak yapılan analiz sonucunda rathus puanlarının risk faktörleri arasında anlamlı olarak farklı olduğu bulunmuştur (Tablo 10). Bu farklılık sigara

içenlerin ve HT'si olanların, DM gurubuna göre Rathus puanlarının yüksek olmasından kaynaklanmıştır.

Tablo 10: Rathus puanlarının risk faktörlerine göre dağılımı

<u>Risk faktörleri</u>	<u>n</u>	<u>Rathus</u>
HT	50	11.6 ± 17.47
DM	34	9.2 ± 16.7
Sigara	67	16.5 ± 20.4
(ANOVA)		F = 19.6 p < 0.01

Rathus envanterinden +10 üzeri puan alanlar atılgan, +10 altında alanlar çekingen olarak sınıflandırıldığında hasta grubunun % 46.2' sinin kontrol grubunun ise % 24.2' sinin çekingen olduğu bulunmuştur. Hasta ve kontrol grubundaki çekingen ve atılganların oranı anlamlı olarak farklı bulunmuştur (Tablo-11).

Tablo 11: Grupların Atılgan ve Çekingen Oranları

	<u>Atılgan</u>	<u>Çekingen</u>
Hasta	119	134
Kontrol	150	48
$\chi^2 = 22.9$ DF = 1 p < 0.01		

Araştırmada Rathus, saldırganlık, sürekli öfke, öfke dışı, öfke kontrol, öfke içe, eğitim ve gelir seviyeleri arasında korelasyon karşılaştırılması yapılmıştır. Sonuçlar Tablo-12' de gösterilmiştir.

Tablo 12: Hastaların ölçek puanlarının eğitim ve yaşla ilişkisi

	<u>DÖ</u>	<u>İÖ</u>	<u>KÖ</u>	<u>RA</u>	<u>Sal</u>	<u>SÖ</u>	<u>Eğitim</u>	<u>Yaş</u>
DÖ	----	0.15	-0.22 ^{xx}	0.13	0.26 ^{xx}	0.49 ^{xx}	0.18 ^x	-0.03
İÖ	0.15	----	0.04	-0.13	0.13	0.16 ^x	-0.10	0.02
KÖ	-0.22 ^{xx}	0.04	----	0.09	0.02	-0.23 ^{xx}	-0.03	0.10
RA	0.13	-0.13	0.09	----	0.21 ^{xx}	0.11	0.31 ^{xx}	-0.03
Sal	0.26 ^{xx}	0.13	0.02	0.21 ^{xx}	----	0.36 ^{xx}	0.3	-0.02
SÖ	0.49	0.16 ^x	-0.23	0.11	0.36 ^{xx}	----	0.03	-0.04
Eğitim	0.28 ^x	-0.10	-0.03	0.31 ^{xx}	0.03	0.03	----	-0.10
Yaş	-0.03	0.02	0.10	-0.03	-0.02	-0.04	-0.10	----

Rakamlar Pearson korelasyon katsayısını (r) göstermektedir.

x: $p < 0.05$, xx: $p < 0.01$

Tablo-12'de görüldüğü gibi DÖ puanları ile KÖ puanları arasınd negatıf, Sal, SÖ ve eğitim arasında pozıtif korelasyon vardır. İÖ puanları sadece SÖ puanları ile pozıtif korelasyon göstermiştir. KÖ puanları ile DÖ ve SÖ arasında anlamlı negatıf korelasyon saptanmıştır. Rathus puanları ile Sal puanları ve eğitim düzeyi arasında pozıtif korelasyon bulunmuştur.

Saldırıcılık puanlarıyla sürekli öfke puanları arasında pozıtif korelasyon bulunmuştur. Oysa yaşla hiçbir değışken arasında ilişki bulunmamıştır.

4.2. Tartışma

Bu çalışmada bir grup koroner kalp hastalığı tanısı konmuş hasta ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grupları Tip A Davranış Örüntüsü elementleri ile sosyodemografik özellikleri bakımından karşılaştırılmıştır. Tip A Davranış Örüntüsü elementleri olarak atılganlık, saldırganlık ve sürekli öfke-öfke tarzı alınmıştır.

Araştırmada koroner kalp hastalıkları, TADÖ, hostility (düşmanlık), aggressiveness (saldırıcılık), anger (öfke) ve impulsiveness (atılganlık) anahtar kelimeler olarak verilerek 1966-1996 yılları arası literatür taraması yapılmıştır.

Kalp hastalarının ve kontrol grubunun yaş ve cinsiyetleri karşılaştırıldığında iki grup arasında fark olmadığı bulunmuştur. Bu, araştırmaların ön koşulu olan

gruplar arası denkliğin sağlandığını göstermesi bakımından önemlidir.

Grupların ölçek sonuçlarına bakıldığında hastalarla kontrol grubu arasında farklılıklar görülmektedir. Hastaların atılganlık, saldırganlık ve iç öfke puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşükken, sürekli öfke ve kontrol öfke puanlarının ise anlamlı olarak yüksek olduğu görülür. Buna göre hastaların atılgan ve saldırgan olmayıp öfke davranışlarını da içe atmadıkları, buna rağmen sürekli öfke durumlarını kontrol altına aldıkları görülmektedir. Literatür bulgularında bazı araştırmalarda saldırganlığın ve iç öfkenin KKH için risk faktörü olduğu (17, 43, 44, 47, 53, 59) ve sürekli öfke ile KKH ve öfke tarzı ile KKH arasında hiçbir ilişkinin bulunmadığı görülmektedir (52, 56). Araştırma bulguları ile literatür bulguları arasındaki bu farklılıktan yola çıkarak kontrol grubunu oluşturan bireylerin daha çok Tip A Davranış Özelliği gösterdiğini söyleyebiliriz.

Ölçek sonuçları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadın ve erkek hastaların atılganlık, saldırganlık, sürekli öfke puanları kontrol grubundan daha düşük bulunmuştur. Hastaların öfkelerini kontrol altında tuttukları da görülmektedir. Kadın hastalar erkek hastalara göre atılgan özellik göstermeyip, dış öfke puanları da düşüktür. Literatür bulgularında erkeklerin daha çok Tip A Davranış Özelliği gösterdiği bildirilmektedir (Tablo 2). Araştırma bulgularında ise ne kadın ne de erkeklerin bu özelliği kontrol grubundan daha fazla göstermediği görülmektedir. Öfkelerini dışa vuramayıp, paylaşamayıp kontrol altında tutmanın ise KAH ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (20, 30, 31, 32). Bu, araştırma bulgularıyla benzeşmektedir. Erkek hastaların kadın hastalara göre daha atılgan olması da literatür ile tutarlıdır (12, 16, 17). Erkeklerin öfkelerini kadınlara göre dışa yansıtması da literatür ile tutarlıdır (38).

Test sonuçlarının medeni duruma göre karşılaştırılmasında evli hastaların evli kontrol grubundakilere göre daha az saldırgan ve daha az atılgan olduğu görülür. Bununla birlikte evli hastaların sürekli ve kontrol öfkeleri fazladır. Aynı bulgular diğer medeni durumdakiler için de geçerlidir. Medeni durum ile ilgili literatür bilgisine rastlanmamıştır.

Hastaların eğitim durumları ile ölçek puanlarına bakıldığında atılganlık puanlarının ve dış öfke puanlarının anlamlı olarak farklı olduğu görülür. Atılganlık puanları ortaöğretim ve üniversite mezunlarında daha yüksek, dış öfke puanları

üniversite muzanlarında ilköğretimden daha yüksek bulunmuştur. Buna göre eğitim seviyesi arttıkça bireylerin daha atılgan olup, duygularını daha rahat ifade ettiklerini söyleyebiliriz. Literatür bulgularında da Tip A Davranış Örüntüsü özellikleri ile iyi eğitim almış olma arasında olumlu bir ilişki olduğu belirtilmektedir (22, 24, 25).

Ailesel sorunu olma, kalp hastalığı dışında bir başka kronik hastalığı olma ile ölçek puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir bulguya saptanamamıştır. Bu konularla ilgili literatür bilgisine de rastlanmamıştır.

Hastaların ruhsal hastalık durumlarına bakıldığında psikiyatrik hastalığı olmayanların olanlara göre daha atılgan olduğu söylenebilir. İş huzuru fazla olanların da rathus puanları yüksek bulunmuştur.

Araştırmada risk faktörleri incelendiğinde atılganlık puanlarının farklı olduğu bulunmuştur. Atılganlık puanı, diabetes mellitus'a göre HT'si olanlarda ve sigara içenlerde daha fazladır. Sigara ve HT'nin KKH için risk faktörü olduğu bilinmektedir (6,29). Atılganlığın ise başlıbaşına bir risk faktörü olduğuna ilişkin yeterli literatür bilgisi mevcut değildir (15).

Hastaların tedavi tutumlarına bakıldığında saldırganlık puanlarının düzenli takip, arada gelme ve şikayet durumunda gelme tutumları arasında farklılık olduğu görülür. Düzenli takip edenlerin daha saldırgan özellik gösterdiği görülmektedir. Literatürde hastaların tedavi tutumlarını gösterir bilgiye rastlanmamıştır.

Grupların atılganlık oranlarına bakıldığında kontrol grubundakilerin hasta grubundan daha fazla atılgan özellik gösterdiği görülmektedir. Buna göre atılganlığı sadece kendisinin Tip A Davranış özelliği sayamayacağımızdan hastaların Tip A Davranışı göstermediğini söyleyemeyiz.

Araştırmada hastaların atılganlık, saldırganlık, sürekli öfke, öfke dışı, öfke içte, öfke kontrol, eğitim ve gelir seviyeleri arasınd korelasyon karşılaştırılması yapılmıştır. Dış öfke ile kontrol öfke arasında negatif bir ilişki vardır. Hastaların öfkelerini dışa yansıttıkça kontrol edebilirlikleri de azalmaktadır. Kontrol duyguları arttığında ise öfke puanları yüksek olan hastalar ise öfkelerini içe atmaktadırlar. Öfkelerini içe atma ile KKH arasınd pozitif bir ilişki olduğuna dair pek çok araştırmaya rastlanmıştır (31, 38, 43, 52, 61, 62). Saldırgan hastaların da sürekli öfkeli olduğu görülmektedir. Bu da literatür ile tutarlıdır (62). Atılganlık puanları yüksek olanların da saldırgan özellik gösterdiği görülmektedir.

4.3. Sonuç ve Öneriler

Koroner kalp hastalır ve kontrol grubunun ölçek sonuçlarının karşılaştırılması, atılganlık oranlarının karşılaştırılması ve bazı sosyo demografik faktörlerle karşılaştırılmasına dayanarak Tip A Davranış Örüntüsü özellikleri olarak aldığımız atılganlık, saldırganlık, öfke, öfke tarz biçimlerinin koroner kalp hastalıkları için risk faktörü oluşturulduğunu söylememiz mümkün olmamaktadır.

Araştırmadaki sınırlılık ise ölçek puanlarının kesme puanlarının olmayıp grupları kendi içlerinde değerlendiremeyişimizdir.

Araştırma sınırlı bir bölge yerine ülkenin farklı bölgelerinden daha fazla olarak kullanılarak ve ülkenin kendi kültürüne ait envanterler kullanılarak yapılmasının TADÖ elementleri ile koroner kalp hastalıkları arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamada faydalı olacağı beklenmektedir.



ÖZET

TİP A DAVRANIŞ ÖRÜNTÜSÜ VE KORONER KALP HASTALIKLARI ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA

Bu çalışma Tip A Davranış Örüntüsü özelliklerinden atılganlık, saldırganlık ve öfke-öfke-tarz biçimlerinin koroner kalp hastalıkları için risk faktörü oluşturduğu varsayımları üzerine kurulmuştur. Ayrıca sosyo-demografik faktörlerle koroner kalp hastalıkları ve Tip A Davranış Özellikleri arasındaki ilişki de araştırılmıştır.

Bu çalışmada Rathus Atılganlık Envanteri, Saldırganlık Envanteri ve Sürekli Öfke - Öfke Tarz Envanterleri ile birlikte sosyo demografik faktörleri içeren bir anket uygulanmıştır.

Örneklem grubunu Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Konya Devlet Hastanesi Kardiyoloji Servisinde yatan 168 erkek ve 80 kadın hasta ve kontrol grubunu da sağlıklı 118 erkek ve 80 kadın oluşturmaktadır. Çalışma Ekim 1996 - Aralık 1997 tarihleri arasında yapılmıştır.

Verilerin çözümlenmesinde tek yönlü varyans analizi, post hoc student Newman Keults testleri, t testi, ki kare testi ve pearson korelasyon metodu kullanılmıştır.

Hasta grubu ile kontrol grubu arasındaki karşılaştırma sonuçlarına göre göre Tip A Davranış Örüntüsü özelliklerinin koroner kalp hastalıkları için bir risk faktörü oluşturmadığı görülmektedir.

SUMMARY

A STUDY ON CORONARY HEART DISEASE AND TYPE A BEHAVIOUR PATTERN

This study is consist of the hypothesis that specialities of Type A Behaviour Pattern as impulsiveness, hostility and anger, anger expression is a risk factor of coronary heart diseases. Besides the relationship between the socio-demographic factors and coronary heart diseases and specialities of Type A Behaviour Pattern is investigated.

In this study an inquiry is made that consist socio-demographic factors with Rathus Assertiveness Schedule, Hostility Schedule and State-Trait Anger Expression Inventory.

The sample group is based of 168 men and 80 women patient from the Faculty of Medicine of the Selçuk University and Konya State's Hospital. The control group is consist of 118 healty men and 80 healty women. It was made from October 1996 to December 1997.

The analysis of data was made with One Way Anova, Post Hoc Student Newman Keults, t-test, Chi-square method and pearson correlation method.

As a result of comparisons between patient and control group it is seen that the specialities of Type A Behavior Patterns is not a risk factor for coronary heart diseases.

KAYNAKÇA

1. Friedman, H.S. and Booth-Kewley, S.: The "Disease-Prone Personality". A Meta-Analytic View of the construct. *American Psychologist*, 42 (6): 539-555, 1987.
2. Üner, H. : Bir araştırma ve uygulama alanı olarak sağlık psikolojisi. *Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi*, 1 (2): 153-157, 1993.
3. Yanbastı, G. : Kişilik Kuramları. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, No. 53, İzmir, 1990, s. 1-243.
4. Hall, C. S. and Lindzey, G. : *Theories of Personality - Third ed.*, John Wiley and sons Pub. , New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore, 1978, p.477-523.
5. Kaplan, I. H. and Sadock, B. J. : *Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sixth ed.*, Vol 2., A Waverly Company., Baltimore, Maryland, 1995, p. 1491-1500.
6. Broome, A. K. : *Health Psychology. Process and Applications.* Chapman and Hall, London, 1989, pp. 154-182.
7. Kaplan, I. H. and Sadock, B. J. : *Comprehensive Textbook of Psychiatry. Fifth ed.*, Vol 2., Williams and Wilkins., Baltimore, Hong Kong, London and Sydney, 1985, p. 1186-1194.
8. Dembroski, T.M. and Costa, P.T. : Coronary Prone Behavior: Components of the Type A Pattern and hostility. *J. of Personality*, 55 (2): 211-235, 1987.
9. Booth-Kewley, S. and Friedman, H.S. : Psychological Predictors of Heart Disease: A Quantitative Review. *Psychological Bulletin*, 101 (3): 343-362, 1987.
10. Abbott, A.V. and Peters, R.K.: Type A Behavior and Coronary Heart Disease: An Update. *AFP*, 38 (5): 105-110, 1988.
11. Lobel, T. E.: Personality correlates of Type A Coronary-Prone Behavior. *J. of Personality Assessment*, 52 (3): 434-440, 1988.
12. Weaver, R. C. and Rodnick, J. E.: Type A Behavior: Clinical significance, evaluation and management. *The J. of Family Practice*, 23 (3): 255-261, 1986.

13. Friedman, H.S. and Booth-Kewley, S.: Personality, Type A Behavior, and Coronary Heart Disease: The Role of Emotional Expression. *J. of Personality and Social Psychology*, 53 (4): 783-792, 1987.
14. Evans, P.D.: Type A Behavior and Coronary Heart Disease: When will the jury return? *British J. of Psychology*, 81: 147-157, 1990.
15. Herman, S. Blumental, J. A., Black, G., et al: Self-ratings of the Type A Coronary-prone Adults: Do They Know They Are Type A's? *Psychosomatic Medicine*, 43: 405-413, 1981.
16. Goldstein, M. G. and Niaura, R.: Psychological Factors Affecting Condition. *Cardiovascular Disease Literature Review. Psychosomatics*, 33 (1): 134-143, 1992.
17. Stoudomire, A.: Tıbbi Sorunları Etkileyen Psikolojik Faktörler (Çev. T.T. Tüzer). *Compos Mentis Yayınları*, 1997, s. 17-34.
18. Baron, R.A. and Byrne, D. : *Social Psychology: Understanding Human Interaction*. Fifth ed., Allyn and Bacon, Inc., Boston, London, Sydney and Toronto, 1987, p. 504-514.
19. Goetz, S., Adler, R.H., Weber, R., Siegrist, J. : High "Need for control" as a psychological risk in women suffering from Ischemic stroke: A controlled retrospective exploratory study. *Psychosomatic Medicine* 52: 231, 1990.
20. Haynes, S.G., Feinleib, M., Levine, S., Scotch, N. and et al. : The Relationship of psychological factors to coronary heart disease in the Framingham Study. I Methods and risk factors. *American J. of Epidemiology*, 107 (5): 362-383, 1978.
21. Haynes, S.G., Feinleib, M., Levine, S., Scotch, N. and et al. : The Relationship of Psychological factors to coronary heart disease in the Framingham Study. II. Prevalance of Coronary heart disease. *American J. of Epidemiology*, 107 (5): 384-402, 1978.
22. Helman, C. G. : Heart disease and the cultural construction of time: The Type A Behavior Pattern as a Western Culture Band Syndrome. *Social Sciences of Medicine*, 25 (9): 969-979, 1987.
23. Waldron, I. : Type A behavior pattern and coronary heart disease in men and women. *Social Sciences of Medicine*, 12 B, 167-170, 1978.

24. Sprafka, J. M., Folloom, A.R., Burke, G.L., Hahn, L.P., Pirie, P.: The Type A Behavior and its association with cardiovascular disease prevalence in Blacks and Whites: The Mimesota Heart Survey. *J. of Behavioral Medicine*, 13 (1): 1-13, 1990.
25. Helmert, U., Herman, B., Joeckel, K. H., Greiser, E., Madans, J.: Social class and risk factors for coronary heart disease in the Federal Republic of Germany. Results of the baseline survey of the German cardiovascular prevention study, *J. of Epid. and Community Health*, 43: 37-42, 1989.
26. Gomer, K., Hamsten, a., Perski, A., Theorel, T., Faire, U. : Type A Behavior, education and psychosocial work characteristics in relation to Ischemic heart disease. A case control study of young survivors of Myocardial Infarction. *J. of Psychosomatic R.*, 30 (6) : 633-642, 1986.
27. Glynn, R.J., Labry, L.O., Hou, D.M. : Alcohol consumption, Type A Behavior and demographic Variables. Results from the normative aging study. *American J. of Epide miology*, 127 (2): 310-320, 1988.
28. Büyükberker, E.: Koroner Kalp Hastalığı ve Tip A Davranış Özellikleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya 1992 (Yayınlanmamış).
29. Williams, R.B.: Psychological factors in coronary artery disease: epidemiologic evidence. *Circulation* 76 (Suppl 1): 1-117, 1987.
30. Manuck, S.B., Kaplan, J.R., Matthews, K.A.: Behavioral antecedents of coronary heart disease and atherosclerosis. *Arteriosclerosis*, 6: 2-14, 1986.
31. Lawler, K.A., Harrolson, T.L., Armstead, C.A., Schmied, L.A.: Gender and cardiovascular responses: What is the role of hostility? *J. of Psyhosomatic Research*, 37 (6): 603-613, 1993.
32. Leon, G.R., Fim, S.E., Murray, D., Bailay, J.M.: Inability to predict cardiovascular disease from hostility scares of MMPI Items related to Type A Behavior. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (4): 597-600, 1988.
33. Littamn, A.B.: Review of psychosomatic aspect of cardiovascular disease. *Psychother. Psychosomatics*, 51: 36-45, 1989.
34. BO-yuan, Z.: Behavior Patterns of coronary heart disease patients and healty controls in China. *Behavioral Medicine*, 156-159, 1988.

35. Williams, R.B., Barefoot, J.C., Haney, T.L., Harrell, R.E., Blumenthal, J.A., Pryor, D.B., Peterson, B.: Type A Behavior and angiographically documented coronary atherosclerosis in a sample of 2289 patients. *Psychosomatic Medicine*, 50: 139-152, 1988.
36. Shekelle, R.B., Hulley, B.S., Neaton, J.D., Billings, J.H., Borhani, N.O., Gerace, A.T., Jacobs, D.R., et al: Original contributions the MRFIT Behavior Pattern Study II. Type A Behavior and incidence of coronary heart disease. *American J. of Epidemiology*, 122 (4): 559-570, 1985.
37. Hecker, M.H.L., Chesney, M.A., Black, G.W., Frautschi, N.: Coronary-Prone Behaviors in Western Collaborative Group Study. *Psychosomatic Medicine*, 50: 153-164, 1988.
38. Denallet, J.: Biobehavioral Research on coronary heart disease: Where is the person? *J. of Behavioral Medicine*, 16 (2): 115-141, 1993.
39. Siegner, I.C., Peterson, B.L., Barefoot, J.C., Williams, R.B.: hostility during adolescence predicts coronary risk factors at mid life. *American J. of Epidemiology*, 136: 146-154, 1992.
40. Shekelle, R.B., Gale, M., Ostfeld, A.M., Pauls, O.: Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *Psychosomatic Medicine*, 45 (2): 109-114, 1983.
41. Fava, M., Littman, A., Laman-Fava, S., Milani, R., and et al. : Psychological, Behavioral and biochemical risk factors for coronary artery disease among American and Italian male corporate managers. *American J. of cardiology*, 70: 1412-1416, 1992.
42. Hearn, M.D., Murray, D.M., Leupker, R.V. : Hostility, coronary heart disease, and total mortality : A 33 year follow-up study of university students. *J. of Behavioral Medicine*, 105-121, 1988.
43. Engebretson, T.O., Scheier, M.F., Matthews, K.A. : Relation between anger expression and cardiovascular reactivity: Reconciling inconsistent findings through a matching hypothesis. *J. of Personality and Social Psychology*,
44. Dembroski, T.M., Macdougall, J.M., Williams, R.B., Haney, T.L., Blumenthal, J.A.: Components of Type A, hostility, and anger-in: relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 47 (3): 219-233, 1985.

45. Barefoot, J.C., Dahlstrom, G., Williams, B.R.: Hostility, CHD incidence and total mortality: A 25 year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45 (1): 59-63, 1983.
46. Lee, M.A. and Cameran, O.G.: Anxiety, Type A Behavior, and cardiovascular disease. *Int' L. J. of Psychiatry in Medicine*, 16 (2): 123-129, 1986-1987.
47. Temont, C.C., Langeluddecke, P.M., Fulcher, G., Wilby, J. : Anger and other psychological factors in coronary atherosclerosis. *Psychological Medicine*, 17: 425-431, 1987.
48. Shekelle, R.B., Gale, M., Norusis, M.: Type A Score (Jenkins Activity Survey) and risk of recurrent coronary heart disease in the Aspirin Myocardial Infarction Study. *American J. of Cardiology*, 56: 221-225, 1985.
49. Siegman, A.W.: Cardiovascular Consequences of expressing, experiencing, and repressing anger. *J. of Behavioral Medicine*, 539-568, 1993.
50. Dembroski, T.M. MacDougall, J.M., Costa, P.T., Grandits, G.A.: Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple risk factor intervention trial, *Psychosomatic Medicine*, 51: 514-522, 1989.
51. Siegman, A.W., Dembroski, T.M., Ringel, N.: Components of hostility and the severity of coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 49 (2): 127-135, 1987.
52. Lai, J. Y. and Linden, W.: Gender, anger expression style, and opportunity for anger release determine cardiovascular reaction to and recovery from anger provocation. *Psychosomatic Medicine*, 54: 297-310, 1992.
53. Edward, C. S. and Redford, B.W.: The relationship between dimensions of hostility and cardiovascular reactivity as a function of task characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 52: 558-570, 1990.
54. Maruta, T., Hamburg, M.E., Jennings, C.A., Offord, K., Colligan, R.C., Frye, R., Malinchoc, M.: Keeping hostility in perspective: coronary heart disease and the hostility scale on the MMPI. *Mayo Clinical Proc.*, 68: 109-114, 1993.
55. Jenkins, C.D., Zyzanski, S.J., Rosenman, R.H.: Coronary-prone behavior: One pattern or Several. *Psychosomatic Medicine*, 40: 25-43, 1978.

56. Smith, M.A. and Houston, B.K.: Hostility, anger expression, cardiovascular responsivity, and social support. *Biological Psychology*, 24: 39-48, 1987.
57. Diamond E.L.: The role of anger and hostility in essential hypertension and coronary heart disease. *Psychological Bulletin*, 92: 410-433, 1982.
58. Suarez, E.C., Harlon, E., Peoples, M.C., Williams, R.B.: Cardiovascular and emotional responses in women: the role of hostility and harassment. *Health Psychology*, 12 (6): 459-463, 1993.
59. Niaura, R. and Goldstein, M.G.: Psychological factors affecting physical condition: cardiovascular disease literature review. *Psychosomatics*, 33 (2): 146-155, 1992.
60. Scherwitz, L.W., Perkins, L.L., Chesney, M.A., Hughes, G.H., Sidney, S., Manolio, T.A.: Hostility and health behaviors in young adults: The Cardia Study. *American J. of Epidemiology*, 136 (2): 136-145, 1992.
61. Weidner, G., Friend, R., Ficacmotto, T.J., Mendell, N.R.: Hostility and cardiovascular reactivity to stress in women and men. *Psychosomatic Medicine*, 51: 36-45, 1989.
62. Atchison, M. and Condon, J.: Hostility and anger measures in coronary heart disease. *Australian and New Zeland J. of Psychiatry*, 27: 436-442, 1993.

**Tip A Davranış Özellikleri ve Sosyo-Demografik
Faktörlere İlişkin Anket Formu**

Bu araştırma formu hastalığınız ile sizin bu hastalığa karşı tutumunuz arasındaki ilişkiyi incelemek üzere hazırlanmıştır. Araştırma sonucunda elde edeceğimiz bilgiler size hastalığınızla ilgili olarak nasıl daha iyi yardımcı olacağımız konusunda kullanılacaktır. Vermiş olduğunuz bilgiler araştırmanın sağlıklı yürütülmesi için oldukça önemlidir. Ne kadar içtenlikle ve doğru cevap verirsiniz bize ve kendinize o kadar yardımcı olursunuz.

Teşekkür ederiz.

1. Adınız soyadınız:

2. Cinsiyetiniz:

☐ Erkek

☐ Kadın

3. Medeni durumunuz:

☐ Evli

☐ Bekar

☐ Dul

☐ Ayrılmış

4. Yaşınız

5. Kaç çocuğunuz var:

6. Mesleğiniz:

7. Aylık geliriniz:

8. Aylık geliriniz sizin için yeterli mi?

☐ Evet

☐ Hayır

9. Eğitim durumunuz:

☐ İlköğretim

☐ Ortaöğretim

☐ Üniversite

10. Şu an nerede oturuyorsunuz:

- ☐ Köy ☐ Şehir
☐ İlçe ☐ Büyükşehir

11. Eviniz kira mı:

- ☐ Evet
☐ Hayır

12. Alkol kullanır mısınız:

- ☐ Evet
☐ Hayır

13. Sigara kullanır mısınız:

- ☐ Evet
☐ Hayır

14. Ailesel sorunlarınız var mı:

- ☐ Evet
☐ Hayır

15. Kalp hastalığı dışında başka bir rahatsızlığınız var mı: Evet ise nedir?:

- ☐ Evet
☐ Hayır

16. Psikiyatrik bir hastalık geçirdiniz mi:

- ☐ Evet
☐ Hayır

17. Tedavi tutumunuz:

- ☐ Düzenli takip ederim
☐ Arada gelirim
☐ Şikayet durumunda gelirim

18. Mesleğinizi kendi isteğinizle mi seçtiniz:

- ☐ Evet
☐ Hayır

19. Mesleğinizi icra etmekten memnun musunuz:

☐ Evet

☐ Hayır

20. İş ortamınız huzurlu mu:

☐ Evet

☐ Hayır

Rathus Atılganlık Envanteri

Aşağıda size 30 maddelik bir envanter verilmiştir. Her maddeyi dikkatlice okuyup size uygunluk derecesine göre değerlendiriniz. Maddelerin başına, madde eğer sizi çok iyi anlatıyor, size çok uyuyorsa + 3; oldukça iyi anlatıyor, uyuyorsa + 2; biraz uyuyor sizi biraz anlatıyorsa + 1 koyunuz. Eğer pek uymuyor sizi pek anlatmıyorsa -1, sıklıkla uymuyor sizi sıklıkla anlatmıyorsa -2, size hiç uymuyor, sizi hiç anlatmıyorsa -3 yazınız.

Örnek: İnsanlarla kavga etmekten hoşlanırım.

+3 Bana çok iyi uyuyor.

Beni çok iyi anlatıyor.

+2 Bana oldukça uyuyor.

Beni oldukça iyi anlatıyor.

+1 Bana biraz uyuyor.

Beni biraz anlatıyor.

-1 Bana pek uymuyor.

Beni pek anlatmıyor.

-2 Bana çoğu kez uymuyor.

Beni sıklıkla anlatmıyor.

-3 Bana hiç uymuyor.

Beni hiç anlatmıyor.

Sorular:

- ___ 1. Bence insanların çoğu benden daha atılgan ve saldırgandır.
- ___ 2. Sıkılmalığım yüzünden karşı cinse herhangi bir öneride bulunamıyor ya da onların önerilerini kabul edemiyorum.
- ___ 3. Bir lokantada istediğime göre hazırlanmamış bir yemek getirilince garsona şikayette bulunurum.
- ___ 4. Başkalarının beni kırdıklarını fark ettiğim halde onları incitmemeye dikkat ederim.
- ___ 5. İstemediğim bir malı almam için ısrar edilirse “hayır” demekte zorluk çekerim.
- ___ 6. Benden bir şey yapmam istendiğinde nedenini öğrenmekte ısrar ederim.
- ___ 7. İnsanı geliştirici ve sert tartışmalara katılmak istediğim zamanlar olur.
- ___ 8. Benim durumumdaki herkes gibi ben de yükselmek için çabalarım.
- ___ 9. Doğrusunu isterseniz insanlar beni kullanır.
- ___ 10. Yeni tanıştığım insanlarla ya da yabancılarla rahatlıkla konuşurum.
- ___ 11. Karşı cinsten çekici birine ne söyleyeceğimi çoğu kez bilemem.
- ___ 12. Resmi telefon konuşmaları yapmaktan çekinirim.
- ___ 13. Bir işe mektup yazarak başvurmayı yüz yüze görüşmeye tercih ederim.
- ___ 14. Satın aldığım şeyleri geri vermekten sakınırım.
- ___ 15. Beni rahatsız eden saygıdeğer bir yakınımın rahatsızlığını ifade etmek yerine duygularımı ondan saklamayı yeğlerim.
- ___ 16. Aptalca görünürüm korkusuyla soru sormaktan kaçınırım.
- ___ 17. Bir tartışma sırasında kızdığım, hırslandığım belli olacak diye korkarım.
- ___ 18. Tanınmış ve saygıdeğer bir kimsenin yanlış bir şey söylediğini duyduğumda dinleyenlere kendi görüşümü de duyururum.
- ___ 19. Satıcılarla pazarlık yapmaktan kaçınırım.
- ___ 20. Önemli ve değerli bir iş yaptığımda başkalarının bunu öğrenmesinde bir sakınca görmem.

- ___ 21. Duygularımı ifade ederken açık ve samimiyimdir.
- ___ 22. Biri benim hakkımda yanlış ve kötü şeyler söylese, hemen o kişi ile konuşurum.
- ___ 23. Çoğunlukla “hayır” demekte güçlük çekerim.
- ___ 24. Duygularımı anında açığa çıkartmaktansa biriktirmeyi yeğlerim.
- ___ 25. Kötü bir hizmetten şikayetçi olurum.
- ___ 26. Övüldüğümde bazen ne diyeceğimi bilemem.
- ___ 27. Tiyatro, konferans gibi topluluklarda iki kişi yüksek sesle konuşursa susmalarını ya da konuşmalarına başka yerde devam etmelerini söylerim.
- ___ 28. Kuyrukta öne geçen birinin yaptığıının yanlış olduğunu söylerim.
- ___ 29. Fikrimi ifade etmekte zorluk çekmem.
- ___ 30. Hiçbir şey söyleyemediğim zamanlar olur.

Sürekli Öfke - Öfke Tarz Envanteri

Aşağıda size 34 soruluk bir envanter verilmiştir. Soruları dikkatlice okuyup size uygunluk derecesine göre değerlendiriniz. Madde size çok uygunsa hemen her zaman, genellikle uygunsa çoğu zaman, bazan uyuyorsa bazan, hiç uygun değilse hemen hiçbir zamanın yanındaki kutucuğu işaretleyiniz.

Sorular:

1. Çabuk parlarım

- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

2. Kızgın mizaçlıyım.

- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

3. Öfkesi burnumda bir insanım.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
4. Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
5. Yaptığım iyi bir işten sonra, takdir edilmemek canımı sıkar.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
7. Öfkeli olduğimde ağzıma geleni söylerim.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çileden çıkarır.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
9. Engellendiğimde, içimden birilerine vurmak gelir.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılına dönerim.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
11. Öfkemi kontrol ederim.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
12. Kızgınlığımı gösteririm.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
13. Öfkemi içime atarım.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman
15. Somurtur ya da surat asarım.
- ☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

16. İnsanlardan uzak dururum.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

18. Soğukkanlılığımı korurum.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

21. Davranışlarımı kontrol ederim.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

22. Başkalarıyla tartışırım.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

23. İçimden kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

24. Beni çileden çıkaran herkese saldırırım.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

26. Gizliden gizliye insanları epeyce çekiştiririm.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

29. Kötü şeyler söylerim.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

32. Sinirlerime hakim olamam.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

34. Duygularımı kontrol ederim.

☐ Hemen her zaman ☐ Çoğu zaman ☐ Bazan ☐ Hiçbir zaman

Saldırganlık Envanteri:

Bu envanter kişilere uygun bazı etkinliklerin ya da duygusal durumları içeren ifadelerden oluşmuştur. Bu ifadeler o anda, geçmişte ya da gelecekte yaptığınız, yapmak istediğiniz davranışlara uygunsa “Evet” in yanındaki kutucuğu, uygun değilse “Hayır” ın yanındaki kutucuğu işaretleyeceksiniz.

Yanıtlamanın nasıl yapılacağını bir örnekle açıklayalım.

1. Başkalarının davranışlarını incelemek ve araştırmaktan hoşlanırım.

☐ Evet ☐ Hayır

Sorular:

1. Yumuşak olmaktan korkuyorum.
☐ Evet ☐ Hayır
2. Benimkine zıt olan görüşleri alt etmekten hoşlanırım.
☐ Evet ☐ Hayır
3. Beni kıran insanların mahvolduğunu görmek isterim.
☐ Evet ☐ Hayır
4. İnsanları eğitmek için hatalarını cezalandırmak gerekir.
☐ Evet ☐ Hayır
5. İnsanlar bencil ve acımasızdırlar.
☐ Evet ☐ Hayır
6. Bana hakaret eden insanı yumruklayıp yere sermek isterim.
☐ Evet ☐ Hayır
7. Eleştiri insanın kendine duyduğu saygıyı zedeleyebilir.
☐ Evet ☐ Hayır
8. Sık sık küfür ederim.
☐ Evet ☐ Hayır
9. Benden üstün olan kişilerin yanında huzursuz olurum.
☐ Evet ☐ Hayır
10. Karşımdakiler üstünlüğümü kabul etmedikleri zaman bozulurum.
☐ Evet ☐ Hayır
11. İnsan yaradılıştan bu yana çatışma eğiliminde olduğuna inanıyorum.
☐ Evet ☐ Hayır
12. Gazetelerde özellikle cinayet haberlerini okurum.
☐ Evet ☐ Hayır

13. Bazen elime geçeni atıp kırmak isteyecek kadar öfkelenirim.

☐ Evet ☐ Hayır

14. Televizyonda cinayet sahnelerini izlemekten hoşlanırım.

☐ Evet ☐ Hayır

15. Sokakta kavga eden insanları gördüğümde hemen durur seyrederim.

☐ Evet ☐ Hayır

16. Başkaları görüşümü kabul etmedikleri zaman bozulurum.

☐ Evet ☐ Hayır

17. İnsanlar aslında kötüdürler.

☐ Evet ☐ Hayır

18. Herhangi bir alanda başarısız olmaktan korkuyorum.

☐ Evet ☐ Hayır

19. Davranışlarımda başkalarına zarar verip vermediğimi düşünmem.

☐ Evet ☐ Hayır

20. Başkalarını önemsemeyen insanların kusurlarını bulup çevremdeki insanlara söylerim.

☐ Evet ☐ Hayır

21. İnsanlar zaman zaman haksızlık edebilirler. Bunun için suçluluk duymaya gerek yoktur.

☐ Evet ☐ Hayır

22. Bu dünyada yaşamak istiyorsa, insan sert ve acımasız olmalı.

☐ Evet ☐ Hayır

23. Hakkımı yedirtmektense hak yemiş olmayı yeğlerim.

☐ Evet ☐ Hayır

24. Benimkine zıt görüşleri dinlemekten hoşlanmam.

☐ Evet ☐ Hayır

25. Üstünlüğümü kabul eden insanlarla beraber olmak isterim.

☐ Evet ☐ Hayır

26. Bir yarışmayı kazanmadığım zaman rakibimin zayıf yanlarını ortaya koyarak avunurum.

☐ Evet ☐ Hayır

27. Aptalca işler yapan kişiler alaya alınmaya mahkumdur.

☐ Evet ☐ Hayır

28. Bende hata bulanın hatasını hemen yüzüne vururum.

☐ Evet ☐ Hayır

29. İnsanlara yanıtlayamayacağını bildiğim sorular sorarım.

☐ Evet ☐ Hayır

30. Kızdığım insanların kusurlarını bulur, çevremdekilere anlatırım.

☐ Evet ☐ Hayır