

## Klinik Araştırma

## Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzının Belirlenmesi

Arş. Gör. Dr. Betül BAYRAK\*, Prof. Dr. Sıdıka OĞUZ\*\*, Hem. Ayşenur EMİNAĞA\*\*\*, Hem. Erkan KÖSE\*\*\*, Hem. Elif EKİCİ DAMGACI\*\*\*, Hem. Ezgi CELAP\*\*\*

## Öz

**Amaç:** Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının belirlenmesi.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma etik izinler alındıktan sonra Aralık 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında İstanbul'da bulunan bir hastanenin kardiyoloji kliniklerinde yatan 300 miyokard enfarktüsü geçirmiş hasta ile yapıldı. Veriler Hasta Tanılama Formu ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ile toplandı.

**Bulgular:** Hastaların sürekli öfke puan ortalaması  $22,12 \pm 7,7$ , kontrol altına alınmış öfke puan ortalaması  $25,99 \pm 5,4$ , dışa vurulan öfke puan ortalaması  $16,42 \pm 5,5$ , içte tutulan öfke puan ortalaması  $16,51 \pm 4,3$  olarak saptandı. Fazla kilolu hastaların dışa vurulan öfke puan ortalamasının, geniş ailede yaşayanların sürekli öfke puan ortalamasının, astımı olan hastaların kontrol altına alınmış öfke puan ortalamasının ve diyabeti olan hastaların içte tutulan öfke puan ortalamasının yüksek olduğu bulundu ( $p < 0,05$ ).

**Sonuç:** Hastaların orta düzeyde öfkelerinin olduğu, öfkelerini yeterli ölçüde kontrol edebildikleri, fazla kilolu, çalışan hastaların öfkelerini daha kolay ifade edebildikleri bulundu. Astımı olanların öfkelerini daha çok kontrol altına alabildikleri, diyabeti olanların öfkelerini daha çok bastırdıkları sonucuna varıldı.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, Miyokard enfarktüsü, Sürekli öfke

## Determination of Trait Anger and Anger Expression Styles in Patients with Myocardial Infarction

## Abstract

**Objective:** It is the determination of the trait anger and anger expression styles in patients with myocardial infarction.

**Material and Method:** Study was conducted between December 2017 and May 2018 with 300 myocardial infarction patients who were hospitalized in the cardiology clinics of a hospital in Istanbul, after obtaining ethical permits. The Data were collected by Questionnaire Form and Trait Anger and Anger Expression Style Scale.

**Results:** The average score of patients' trait anger was  $22.12 \pm 7.7$ , the average score of control of anger was  $25.99 \pm 5.4$ , the average score of anger-out  $16.42 \pm 5.4$ , the average score of anger-in was  $16.51 \pm 4.3$ . It has been found that the anger-out score average of overweight patients', the trait anger score average of people who live in extended family, the control of anger score average of patients with asthma and the anger-in score average of patients with diabetes are high ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** It was found that the patients had moderate anger, they could control their anger adequately, the overweight, working patients could express their anger more easily. It was concluded that those with asthma can control their anger better, those with diabetes suppress their anger more.


**Keywords:** Nursing, Myocardial infarction, Trait anger

\*Süleyman Demirel Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Isparta. \*\*Marmara Üniversitesi İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, İstanbul. \*\*\*Marmara Üniversitesi Hemşirelik Öğrencisi

Yazışma Adresi: Ayşenur Eminağa, Cumhuriyet Mah. Esatpaşa Cad. Uygarkent Sit. A12 D:10 Üsküdar, İstanbul  
e-posta: aysenureminaga96@gmail.com

Geliş Tarihi: 04.01.2021 Revize Tarihi: 25.01.2021 Kabul Tarihi: 23.08.2022

ORCID No: BB: 0000-0003-4482-440X, SO: 0000-0002-1101-1923, AE: 0000-0001-9918-8821, EK: 0000-0001-6888-0073, EED: 0000-0003-3822-3640, EC: 0000-0001-6609-8432

QR Kod	Bu makaleye online erişim
	<a href="http://medicalnetwork.com.tr">http://medicalnetwork.com.tr</a> • <a href="http://mnkardiyoloji.com.tr">http://mnkardiyoloji.com.tr</a> • <a href="https://mndijital.medicalnetwork.com.tr">https://mndijital.medicalnetwork.com.tr</a> • e-posta: kardiyoloji@medicalnetwork.com.tr
	<b>Bu çalışmanın kaynak olarak gösterimi:</b> Bayrak B. Oğuz S. Eminağa A. Köse E. Ekici Damgacı E. Celap E. Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzının Belirlenmesi. MN Kardiyoloji. 2022;29(4):162-172
	Copyright©:2022 Bayrak ve Ark. Bu eser, Creative Commons 4,0 Uluslararası lisansı ile lisanslanmıştır.

## Giriş

Dünyada ve ülkemizde ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklar (KVH) birinci sırada yer almaktadır. Kardiyovasküler hastalıklardan dolayı hayatını kaybeden kişi sayısı Avrupa'da dört milyon olarak belirlenmiştir.<sup>1</sup> Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) verilerine göre; dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümler birinci sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarından dolayı 2016 yılında 162 bin kişi hayatını kaybetmiştir. İskemik kalp hastalıklarına bağlı gerçekleşen ölümler, 2016 yılında 65 bin kişidir.<sup>2</sup> İskemik kalp hastalıkları içerisinde önemli bir yere sahip olan miyokard enfarktüsü (ME) geçiren bireylerin sayısı ise 46.990'dır (erkek: 25.999, kadın: 20.990). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasına göre, toplumumuzda yılda yaklaşık 230 bin koroner olay yaşanmaktadır. Koroner olaylardan dolayı 66 bin erkek, 61 bin kadın hayatını kaybetmektedir.<sup>3</sup>

Miyokard enfarktüsü, koroner arterlerden birinin veya birden fazlasının pıhtıyla tıkanması sonucunda kalp kasının yeterince beslenemeyerek nekroza uğramasıdır. Kalbe giden kan akımının azalması ile yeterli oksijen ve besin alamayan hücreler ölür. Ölen hücrelerin bulunduğu bölge kasılma yeteneğini kaybeder. Bu durum aritmi gelişmesine neden olur ve ME gerçekleşir.<sup>4</sup>

Ateroskleroz, koroner arter hastalıklarının en sık nedenidir. Ateroskleroz, orta ve büyük çaplı damarların iç yüzeyinde lipid birikimini tetikleyen ve yavaş ilerleyen bir hastalıktır. Aterosklerotik plağın zarar görmesi trombus oluşumunu tetikler ve trombus fibrin oluşumunu uyarır. Oluşan trombus kan dolaşımına katılarak kalbin oksijenlenmesinde dengesizlik yaratır. Şiddetli ve uzun süren dengesizlikler sonucu nekroz veya ME gelişir.<sup>5</sup>

Koroner arter hastalığının (KAH) risk faktörleri kontrol edilemeyen ve kontrol edilebilen risk faktörleri olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Kontrol edilemeyen risk faktörleri; cinsiyet (erkeklerde ve menopoz sonrası kadınlarda), yaş (erkek  $\geq 45$  yaş; kadın  $\geq 55$  yaş), aile öyküsüdür (birinci derece yakınında KAH veya başka bir aterosklerotik damar hastalığının olması). Kontrol edilebilen risk faktörleri; yüksek total kolesterol (200 mg/dL'nin üzerinde), yüksek düşük yoğunluklu lipoprotein (LDL) (160 mg/dL'nin üzerinde), yüksek trigliserid (400-1000 mg/dL), düşük yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) (kadınlarda 50 mg/dL'den düşük, erkeklerde 40 mg/dL'den düşük), hipertansiyon (HT), tip 2 diabetes mellitus

(DM), sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, aşırı alkol tüketimi, fiziksel inaktivite, obezite ve streştir.<sup>6</sup>

Kontrol edilebilen risk faktörlerinden olan stres, beta adrenerjik reseptörlerin sayısı ve duyarlılığı ile ilişkilidir. Stres anında noradrenerjik sistem aktive olup, kardiyovasküler sistemle ilgili hastalıkların fizyopatolojisinde rol oynar.<sup>7</sup> Öfke, stresin kaynağı olan beta adrenerjik reseptör sayı ve duyarlılığını aktive eden durumların ortaya çıkmasına neden olur. Sempatik aktivasyona neden olan sürekli öfke (SL-ÖFKE) düzeyi, HT, iskemik kalp hastalığı ve atriyal, ventriküler aritmiler ile ilişkilidir.<sup>8</sup>

İnsan yaşamında büyük bir öneme sahip olan öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen son derece doğal, evrensel ve insani bir duygusal tepkidir. Genellikle saldırganlık, kızgınlık, çaresizlik, güçsüzlük, yetersizlik ve şiddet gibi olumsuz bir duygu olarak algılanmaktadır. Uygun şekilde ifade edilemeyen öfke kişide olumsuz benlik kavramının gelişmesine kişilerarası ilişkiler ve aile ile iletişim bozukluğuna, çatışmalara, suçluluk duygusuna neden olabilir. Fakat olumsuz şekilde ifade edilen öfkenin doğuracağı sonuçlar verilen eğitim ve danışmanlıkla kontrol altına alınabilir. Uygun şekilde ifade edildiğinde ise psikolojik olarak olumlu sonuçları da olduğu belirtilmiştir. Önemli olan öfke duygusunun nasıl yaşandığı değil, nasıl dışa vurulduğudur. Öfkenin uzun süre ve yoğun bir şekilde yaşanması, uygun bir şekilde ifade edilememesi sonucunda bireyde yorgunluk, anksiyete, psikosomatik hastalıklara yatkınlık, kardiyovasküler hastalıklar, HT, migren, ülser ve baş ağrısı gibi hastalıklar ortaya çıkmaktadır.<sup>9</sup>

Kalp hastalarında bedensel yakınma ile karıştırılan öfke, hastalığın seyrini ve tedavi sürecini etkileyebilir. Bu sebeple hastaların öfkeyi ifade biçimlerinin öfkeyle baş etme üzerindeki etkisinin belirlenmesi önem kazanmaktadır.<sup>10</sup> Öfke ve öfke ifadesinin kan basıncı üzerindeki mekanizması bilinmemekle beraber kan basıncını yükselttiği görülmektedir.<sup>11</sup> Öfke sırasında beyne giden uyarılar kalbi etkileyerek taşikardi gelişmesine neden olabilir. Bununla birlikte öfke ile beraber gelişen anksiyete akut ME'ye zemin hazırlamaktadır.<sup>12</sup>

Hemşireler, hastalarla en çok vakit geçiren sağlık çalışanlarıdır. Hemşireler diğer sağlık çalışanları ile iş birliği yaparak hastaların sağlığını korumaya ve tedavi etmeye yönelik programları yürütürler. Hemşireler sağlığı koruma programlarında hastaların hem koordinatörü hem uygulayıcısıdır. Bakım verici rolünün yanında hastaların sosyal ve emosyonel durumlarını gözlemler ve

değerlendirirler. Öfke, hastalarda sık karşılaşılan ve herkes tarafından farklı şekilde ifade edilen duygusal bir tepkidir.<sup>13</sup> Hastalarla birebir iletişim halinde olan hemşireler, hastaların öfkeyi ifade davranışlarının ve öfkeye sebep olan durumları tanımlayabilmeleri gerekir. Koroner arter hastalıklarında görüldüğü gibi ME geçirmiş hastalarda öfkeyi gösterme şekli hastalığın oluşmasında ve ilerlemesinde etkili olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin hastalık sürecinde etkin rol alabilmeleri ve başarılı olabilmeleri için bireylerde görülen öfke duygusunu etkileyen durumların öfke ifade biçimlerini bilmeleri ve anlamaları gerekir.

Miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda öfke düzeyinin ve öfke ifade tarzının belirlenmesi hastalığın tekrarlanmasının önlenmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Literatür taramaları incelendiğinde ME geçirmiş hastalarda SL-ÖFKE ve öfke ifade tarzı (ÖFKE-TARZ) ölçeğiyle yapılan başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, ME geçirmiş hastalarda SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı. Araştırmanın evrenini İstanbul Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Servisleri'nde yatan ME geçirmiş hastalar oluşturmaktadır. Örneklemi ise Aralık 2017- Mayıs 2018 tarihleri arasında hastanenin kardiyoloji kliniklerinde yatan 300 hasta oluşturmuştur. Örneklem sayısı power analizi yapılarak hesaplanmıştır.

Verilerin toplanması için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden (06.11.2017-2017\216) etik kurul izni, araştırmanın yürütülebilmesi için eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji kliniklerinden yazılı izin ve çalışmaya katılacak olan hastalardan araştırmanın amacı anlatılarak yazılı ve sözlü izinleri alındı.

Araştırma verilerinin elde edilmesinde ME geçirmiş hastaların sosyo-demografik özelliklerini içeren Hasta Tanılama Formu ve SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile 10 dakikada dolduruldu. Bu ölçeğin kullanılabilmesi için Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışmasını yapan ilgili yazardan elektronik posta yolu ile izin alındı.

Hastaların çalışmaya alınma ölçütleri ME geçirmiş, 18 yaşından büyük, araştırmaya katılmayı engelleyecek herhangi bir iletişim sorunu (görme bozukluğu, işitmede azalma, Türkçeyi anlama/konuşabilmede yetersizlik, psikiyatrik/doğumsal bozukluk) olmayan ve araştırma ile

ilgili açıklama yapıldıktan sonra çalışmaya katılmaya istekli olan kişiler olarak belirlenmiştir.

Çalışmadan çıkarılma ölçütleri ise diyaliz tedavisi gören böbrek yetmezliği hastası, kemoterapi veya radyoterapi tedavisi alan kanser hastası, ventilasyon desteği alan kronik obstrüktif akciğer hastası ve serebrovasküler olay geçirmiş hastalar gibi majör hastalığı bulunan diğer grup hastalar da dahil ve çalışmada tamamlanması gereken değerlendirme formlarını tamamlamayan hastalar olarak belirlenmiştir.

## İstatistiksel Analiz

Sosyodemografik özelliklerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gibi hesaplamalar yapıldı. Kullanacağımız test türünü belirlemek amacı ile SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ ölçeği toplam puanlarının normal dağılımına bakıldı. Normal dağılım göstermediği için nonparametrik testlerin kullanılması gerektiği belirlendi. Nonparametrik test olarak Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Anlamlılık değeri  $p<,05$  olarak ele alındı.

*Hasta tanılama formu:* Form araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup; yaş, cinsiyet, boy, kilo, beden kütle indeksi (BKİ), eğitim durumu, çalışma durumu, gelir gider durumu, aile tipi, kan basıncı, ilk kez ME geçirme zamanı, ME geçirme sayısı, kronik hastalığın varlığı, sağlık kontrolüne gitme durumu, düzenli ilaç kullanımı, sigara kullanımı, alkol kullanımı ve fiziksel sağlık olmak üzere 18 sorudan oluşmaktadır.

*Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği:* Öğrencilerin öfke ifade tarzlarını belirlemek amacı ile Spielberger ve ark.<sup>14</sup> tarafından geliştirilmiş olup, ergen ve yetişkinlere uygulanabilmekte; zaman kısıtlaması bulunmamaktadır. Ölçek, 34 maddelik 4'lü likert tipi bir ölçektir. Hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan) ve tümüyle (4 puan) olarak değerlendirilir. Ölçeğin, ilk 10 maddesi SL-ÖFKE'yi, sonraki 24 maddesi öfke ifade tarzlarını (kontrol altına alınan öfke, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke) ölçmektedir. Sürekli öfke (10 madde), ilk 10 maddenin toplanmasıyla, kontrol altına alınmış öfke (8 madde), 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no'lu maddelerin toplanmasıyla; dışa vurulan öfke (8 madde) 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no'lu maddelerin toplanmasıyla; içte tutulan öfke (8 madde) 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no'lu maddelerin toplanmasıyla elde edilir.

Sürekli öfke, kişinin genelde kendini nasıl hissettiğini, ne derece öfke yaşadığını ifade etmektedir. Sürekli öfke ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yük-

sek puan 40'tır. Öfke ifade tarzı ölçeği, kontrol altına alınan öfke, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke olmak üzere üç alt gruptan oluşmaktadır. Kontrol altına alınan öfke, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir. Sürekli öfke ölçeğinden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; kontrol altına alınmış öfke alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini; dışa vurulan öfke alt ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu; içte tutulan öfke alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir. Orjinal ölçeğin Cronbach Alfa değeri ,77 ile ,88 arasındadır.<sup>14</sup> Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Özer (1994) tarafından yapılmış olup Cronbach alfa değerleri "SL-ÖFKE" için ,80; "kontrol altına alınan öfke" alt boyutu için ,84; "dışa vurulan öfke" alt boyutu için ,78 ve "içte tutulan öfke" alt boyutu için ,62 olarak bulunmuştur.<sup>15</sup> Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri ,79 olarak bulundu. "Sürekli öfke" boyutu için ,85, "kontrol altına alınan öfke" alt boyutu için ,86, "dışa vurulan öfke" alt boyutu için ,79, "içte tutulan öfke" alt boyutu için ,56 olarak belirlendi.

## Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 61,7 ±11,3, BKİ 28±4,2 idi. Çalışmaya katılan hastaların %40,7'si 65 yaş üstü, %74,7'si erkek, %51,3'ü fazla kilolu ve %47,7'si ilköğretim mezunudur. Hastaların %72'sinin herhangi bir işte çalışmadığı ve %73'ünün gelir düzeyinin gider düzeyine eşit olduğu saptandı. Aile tipinin ise %69'unun çekirdek aile olduğu belirlendi (Tablo 1).

Çalışmaya katılan hastaların sistolik kan basınçları (SKB) ortalaması 119,1±19,3 ve diyastolik kan basınçları (DKB) ortalaması 71,2±13,3'tür. Çalışmadan elde edilen verilere göre hastaların %83,7'sinde SKB 140 mmHg'nin altında ve %89,7'sinde ise DKB 90 mmHg'nin altındadır. Hastaların %49,7'si son 6 ay içinde ME geçirdiğini, %52'si ise bir kez ME geçirdiğini ifade etmiştir. Kronik hastalığı olmayanlar %37, kronik hastalığı olanlar %63'tür. Kronik hastalığı olanların %29'u DM-HT, %19'u HP, %14'ü DM, %1'i ise astım hastalığına sahiptir. Kronik hastalığı bulunanların %39'unun son bir ayda sağlık kontrolüne gittiği saptanmıştır. Hastaların %88,3'ü ilaçlarını düzenli bir şekilde kullanmaktadır. Hastaların %62,7'si sigara kullanmamakta, %88,7'si ise alkol kullanmamaktadır. Hastaların %57'si fiziksel sağlığını "iyi" düzeyde algıladığını belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 3'te görüldüğü gibi hastaların SL-ÖFKE puan ortalaması 22,12±7,7, kontrol altına alınmış öfke puan ortalaması 25,99±5,4, dışa vurulan öfke puan ortalaması 16,42±5,4 ve içte tutulan öfke puan ortalaması 16,51±4,3 olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4'te hastaların bazı değişken özellikleri ile SL-ÖFKE, kontrol altına alınan öfke, dışa vurulan ve içte tutulan öfke puan ortalamaları arasında fark olup olmadığı incelenmiştir.

Çalışmada; yaş grubu ile SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 45 ile 54 yaş aralığında olan hastaların 65 yaş üstünde olan hastalara göre SL-ÖFKE düzeyi ve dışa vurulan öfke puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve yaş grubu değişkeni ile SL-ÖFKE ( $p=,003$ ) ve dışa vurulan öfke ( $p=,04$ ) puan ortalamaları arasında fark olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 1: Hastaların sosyo-demografik özellikleri**

Sosyo-demografik özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
25-34	3	1,0
35-44	16	5,3
45-54	64	21,3
55-64	95	31,7
≥65	<b>122</b>	<b>40,7</b>
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	76	25,3
<b>Erkek</b>	<b>224</b>	<b>74,7</b>
<b>BKİ</b>		
18,6-24,99 (Normal)	70	23,3
<b>25-29,99 (Fazla kilolu)</b>	<b>154</b>	<b>51,3</b>
≥30 (Obez)	76	25,3
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	44	14,7
Okuryazar	6	2,0
<b>İlköğretim</b>	<b>143</b>	<b>47,7</b>
Ortaöğretim	35	11,7
Lise	33	11,0
Üniversite	36	12,0
Yüksek lisans-Doktora	3	1
<b>Çalışma durumu</b>		
Çalışıyor	84	28,0
<b>Çalışmıyor</b>	<b>216</b>	<b>72,0</b>
<b>Gelir düzeyi</b>		
Gelir giderden çok	35	11,7
<b>Gelir gidere eşit</b>	<b>219</b>	<b>73,0</b>
Gelir giderden az	46	15,3
<b>Aile tipi</b>		
Yalnız	18	6,0
<b>Çekirdek aile</b>	<b>207</b>	<b>69,0</b>
Geniş aile	75	25,0
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100</b>

BKİ: Beden kütle indeksi

**Tablo 2:** Hastalıkla ilgili özellikler

Tanıttıcı Özellikler	n	%
<b>Kan basıncı (sistolik)</b>		
<140	251	83,7
≥140	44	16,3
<b>Kan basıncı (diyastolik)</b>		
<90	269	89,7
≥90	31	10,3
<b>İlk miyokard enfarktüsü zamanı</b>		
0-6 ay önce	149	49,7
7-12 ay önce	15	5,0
13-18 ay önce	4	1,3
19-24 ay önce	8	2,7
≥25	124	41,3
<b>Miyokard enfarktüsü sayısı</b>		
1 kez	156	52,0
2 kez	93	31,0
3 kez	31	10,3
4 kez	10	3,3
5 kez ve üzeri	10	3,3
<b>Kronik hastalık</b>		
Var	189	63
Yok	111	37
<b>Kronik hastalık</b>		
Yok	111	37,0
Hipertansiyon	57	19,0
Diabetes Mellitus	42	14,0
Hipertansiyon ve Diabetes Mellitus	87	29,0
Astım	3	1,0
<b>Kronik hastalığı olanların son bir ayda sağlık kontrolüne gitme durumu</b>		
Evet	117	39,0
Hayır	72	24,0
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>		
Evet	265	88,3
Hayır	35	11,7
<b>Sigara kullanımı</b>		
Evet	112	37,3
Hayır	188	62,7
<b>Alkol kullanımı</b>		
Evet	34	11,3
Hayır	266	88,7
<b>Fiziksel sağlık</b>		
İyi	171	57,0
Orta	85	28,3
Kötü	44	14,7
<b>TOPLAM</b>	300	100

Fazla kilolu ve obez hastaların, normal kilolu hastalara göre dışa vurulan öfke puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ( $p=,026$ ) (Tablo 4).

Çalışan hastaların dışa vurulan öfke puan ortalamasının, çalışmayanlardan daha yüksek olduğu ve aralarında fark olduğu bulundu ( $p=,049$ ) (Tablo 4).

Geniş ailede yaşayanların SL-ÖFKE puan ortalamasının, çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarında fark olduğu tespit edildi ( $p=,038$ ) (Tablo 4).

Çalışmada cinsiyet, eğitim durumu ve gelir düzeyi ile SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ puan ortalamaları karşılaştırıldığında bir farklılık olmadığı saptandı ( $p>,05$ ) (Tablo 4).

Hem HT hem de diyabeti olan hastaların sadece HT'si olan hastalara göre, kontrol altına alınmış öfke puan ortalamasının daha yüksek ve aralarında fark olduğu belirlendi ( $p=,013$ ). Aynı zamanda hem HT hem de diyabet hastalığı olanların sadece diyabeti olan hastalara göre içte tutulan öfke puan ortalamasının daha yüksek ve aralarında anlamlı fark olduğu bulundu ( $p=,025$ ) (Tablo 5).

Son bir ayda sağlık kontrolüne gitmeyen hastaların SL-ÖFKE ( $p=,048$ ) kontrol altına alınmış öfke ( $p=,037$ ) ve dışa vurulan öfke puan ortalamaları ( $p=,028$ ), son bir ayda sağlık kontrolüne giden hastalara göre daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 5).

Düzenli ilaç kullanmayanlarda içte tutulan öfke puan ortalamasının, düzenli ilaç kullananlardan daha yüksek olduğu ve aralarında fark olduğu saptandı ( $p=,039$ ) (Tablo 5).

Sistolik ve diyastolik kan basıncı, ilk ME zamanı, ME sayısı, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol kullanımı ve fiziksel sağlık algısı ile SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında fark olmadığı tespit edildi ( $p>,05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 3:** Hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri toplam puan ortalamaları

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri	Ort.	SS	Min.	Maks.
<b>Sürekli Öfke Ölçeği</b>	22,12	7,76	10	40
<b>Öfke İfade Tarzı Ölçeği</b>	58,93	7,62	41	88
Kontrol altına alınmış öfke alt ölçeği	25,99	5,44	8	32
Dışa vurulan öfke alt ölçeği	16,42	5,49	8	32
İçte tutulan öfke alt ölçeği	16,51	4,38	8	29

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma, Min: Minimum, Maks: Maksimum

**Tablo 4:** Sürekli öfke ve öfke ifade tarz ölçeği puanlarının sosyodemografik özellikler ile karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler	Sürekli öfke ölçeği	Öfke ifade tarzı ölçeği			
		Kontrol altına alınmış öfke	Dışa vurulan öfke	İçte tutulan öfke	Öfke ifade tarzı toplam
	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
<b>Yaş</b>					
25-34	24	26	20	20	72
35-44	21	29	15	18	60
45-54	25	26	17	17	59,5
55-64	22	27	15	16	59
≥65	19	27	14	15	57
<b>Kruskal Wallis Testi</b>	$\chi=6,296$ <b>p=,003</b>	$\chi=2,481$ p=,648	$\chi=15,167$ <b>p=,004</b>	$\chi=9,069$ p=,059	$\chi=17,819$ <b>p=,001</b>
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	22	28	15	17	59
Erkek	21	27	15	16	58
<b>Mann-Whitney</b>	U=7784,50, p=,26	U=7701,00 p=,213	U=7488,50 p=,117	U=7077,00 p=,28	U=7801,50 p=,276
<b>BKİ</b>					
18,6-24,99 (Normal)	19	28	14	15	57
25-29,99 (Fazla kilolu)	22	26	16	17	59
≥30 (Obez)	22	27	17	17	59
<b>Kruskal Wallis Testi</b>	$\chi=3,884$ p=,143	$\chi=5,365$ p=,68	$\chi=7,282$ <b>p=,026</b>	$\chi=4,311$ p=,116	$\chi=2,026$ p=,155
<b>Eğitim Durumu</b>					
Okuryazar değil	21	28	16	19	60,5
Okuryazar	22	27	17	14	58,5
İlköğretim	21	27	15	16	58
Ortaöğretim	21	27	15	17	59
Lise	24	24	19	15	59
Üniversite	18	28	16	14	59
Yüksek lisans-Doktora	19	22	15	16	56
<b>Kruskal Wallis Testi</b>	$\chi=8,097$ p=,231	$\chi=8,304$ p=,217	$\chi=8,178$ p=,225	$\chi=8,243$ p=,221	$\chi=1,999$ p=,920
<b>Çalışma Durumu</b>					
Çalışıyor	23	27	16	16	59
Çalışmıyor	21	27	15	16	59
<b>Mann-Whitney</b>	U=7943,50 p=,94	U=8885,50 p=,78	U=7746,50 <b>p=,049</b>	U=9055,00 p=,98	U=8030,50 p=,122
<b>Gelir Düzeyi</b>					
Gelir giderden çok	22	26	15	16	57
Gelir gidere eşit	21	27	15	16	59
Gelir giderden az	22	26	15	16	59
<b>Kruskal Wallis Testi</b>	$\chi=1,488$ p=,475	$\chi=0,896$ p=,639	$\chi=0,208$ p=,901	$\chi=1,515$ p=,469	$\chi=,547$ p=,761
<b>Aile Tipi</b>					
Yalnız	19	24	14	15	56,5
Çekirdek aile	21	26	15	16	58
Geniş aile	23	28	17	17	60
<b>Kruskal Wallis Testi</b>	$\chi=6,560$ <b>p=,038</b>	$\chi=2,661$ p=,264	$\chi=3,364$ p=,186	$\chi=2,520$ p=,284	$\chi=11,428$ <b>p=,003</b>

Kruskal wallis testi:  $\chi$ , Mann-Whitney: U, BKİ: Beden kitle indeksi

**Tablo 5: Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçek puanlarının hastalıkla ilgili özellikleri ile karşılaştırılması**

Hastalıkla ilgili özellikler	Sürekli öfke ölçeği	Öfke ifade tarzı ölçeği			
		Kontrol altına alınmış öfke	Dışa vurulan öfke	İçte tutulan öfke	Öfke ifade tarzı ölçeği Toplam
	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan	Medyan
<b>Kan basıncı (sistolik)</b>					
<140	21	27	15	16	59
≥140	21	25	15	15	58
<b>Mann-Whitney</b>	U= 6026,00 p=,824	U= 5512,50 p=,249	U=5959,50 p=,732	U=6038,00 p=,840	U=5704,50 p=,422
<b>Kan basıncı (diastolik)</b>					
<90	21	27	15	16	59
≥90	20	25	15	16	59
<b>Mann-Whitney</b>	U=4151,00 p=,968	U=4102,00 p=,882	U=4043,00 p=,782	U=4105,50 p=,888	U= 4151,0 p=,968
<b>İlk miyokard enfarktüsü zamanı</b>					
0-6 ay önce	21	28	15	16	59
7-12 ay önce	19	25	13	17	56
13-18 ay önce	30	22	21	15	58
19-24 ay önce	20	27	15	17	62
≥25	22	27	16	15	59
<b>Kruskal Wallis Testi</b>	$\chi=5,322$ p=,256	$\chi=3,469$ p=,483	$\chi=5,081$ p=,279	$\chi=0,647$ p=,958	$\chi=3,023$ p=,554
<b>Miyokard enfarktüsü sayısı</b>					
<b>Kruskal Wallis Testi</b>	$\chi=8,760$ p=,067	$\chi=4,446$ p=,349	$\chi=2,227$ p=,694	$\chi=3,821$ p=,431	$\chi=2,804$ p=,591
<b>Kronik hastalık</b>					
Var	21	26	15	16	59
Yok	21	28	16	16	59
<b>Mann-Whitney</b>	U=10406,00 p=0,908	U= 9752,00 p=0,307	U= 10069,50 p=0,562	U= 10485,00 p=0,995	U= 9709,5 p=,282
<b>Kronik hastalık türü</b>					
HT	21	25	15	16	57
DM	22	25	17	15	56
HT-DM	22	28	15	17	59
Astım	14	29	14	20	62
<b>Kruskal Wallis Testi</b>	$\chi=0,848$ p=,838	$\chi=10,763$ <b>p=,013</b>	$\chi=3,387$ p=,336	$\chi=9,339$ <b>p=,025</b>	$\chi=9,781$ <b>p=,021</b>
<b>Kronik hastalığı olanların son 1 ayda sağlık kontrolüne gitme durumu</b>					
Evet	20	25	15	16	57
Hayır	24	28	17	16	61
<b>Mann-Whitney</b>	U=3489,00 <b>p=,048</b>	U=3451,50 <b>p=,037</b>	U=3412,00 <b>p=,028</b>	U=3894,50 p=,383	U= 2975,5 <b>p=,001</b>
<b>Düzenli ilaç kullanımı</b>					
Evet	21	27	15	16	58
Hayır	23	30	16	18	61
<b>Mann-Whitney</b>	U=3809,0 p=,086	U=3910,50 p=,130	U=4504,00 p=,782	U=3646,50 <b>p=,039</b>	U=3542,50 <b>p=,023</b>
<b>Sigara kullanımı</b>					
Evet	22	28	16	17	59
Hayır	20	26	15	16	57
<b>Mann-Whitney</b>	U=9523,00 p=,166	U=9516,00 p=,162	U=9193,00 p=,066	U=9891,50 p=,380	U= 8362,0 <b>p=,003</b>
<b>Alkol kullanımı</b>					
Evet	21	28	16	14	58
Hayır	22	27	15	16	59
<b>Mann-Whitney</b>	U=4192,00 p=,488	U=4444,00 p=,869	U=4251,00 p=,569	U=3601,50 p=,053	U= 4187,5 p=,482
<b>Fiziksel sağlık</b>					
İyi	21	28	15	16	59
Orta	21	26	15	17	58
Kötü	23	25	17	16	59
<b>Kruskal Wallis Testi</b>	$\chi=1,303$ p=,521	$\chi=,220$ p=,896	$\chi=4,827$ p=,090	$\chi=1,080$ p=,583	$\chi=2,259$ p=,323

Kruskal Wallis Testi =  $\chi$ , Mann-Whitney = U, HT: Hipertansiyon, DM: Diabetes Mellitus

## Tartışma

Bu çalışma ME geçirmiş hastalarda SL-ÖFKE ve öfke ifade tarzının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özellikleri ile SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ'ı karşılaştırılmıştır.

Çalışma bulgularımızda görüldüğü gibi hastaların kontrol altına alınmış öfke düzeyi; SL-ÖFKE, dışa vurulan öfke ve içte tutulan öfke düzeylerinden daha yüksektir. ME geçirmiş hastalarda öfke düzeyini belirleyen herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Bu nedenle HT tanısı almış ve kalp yetersizliği hastalığı olan bireylerle yapılan çalışma bulguları ile karşılaştırma yapılmıştır. Bu çalışmada hastaların SL-ÖFKE ölçeği puanlarının yüksek olduğu ve bu durumun hastaların öfke düzeyinin yüksek olduğunu gösterdiği bulunmuştur. Çalışmamıza paralel olarak Keskin ve ark.'nın,<sup>10</sup> kronik kalp yetersizliği olan hastalarla yaptığı çalışmada da SL-ÖFKE puan ortalaması çalışmamızda bulduğumuz ortalama puana yakın bir değerdedir ve hastaların öfke düzeyinin yüksek olduğu ifade edilmiştir.

Bu çalışmada hastaların kontrol altına alınmış öfke düzeyi yüksektir ve bu durum öfkelerini kontrol edebildiklerini göstermektedir. Aynı şekilde Ayhan ve Çıtak'ın<sup>16</sup> yaşlı hastalarla yaptıkları çalışmada HT'li hastaların, Erkek ve ark.'nın<sup>9</sup> HT tanısı alan hastalarla yaptıkları çalışmada tüm hastaların, Çelik ve ark.'nın<sup>11</sup> esansiyel HT'si olan hastalarla yaptıkları çalışmada tüm hastaların kontrol altına alınmış öfke düzeyi puan ortalaması, çalışmamıza yakın bir değerde bulunmuş ve öfkelerini kontrol altına alabildikleri görülmüştür. Hastaların kontrol altına alınmış öfke düzeyinin daha yüksek olmasının öfkeye yönelik farkındalıklarının bir sonucu olduğu düşünülebilir.

Hipertansiyon, ME için önemli bir risk faktörüdür. Bireylerde SL-ÖFKE'nin bulunması vücutta stres düzeyinin artmasına neden olur. Stres, ME ve HT için değiştirilebilir bir risk faktörüdür. ME geçirmiş bireylerin öfke düzeylerinin yüksek olması ani ölüm riskini arttırabilir. Aynı şekilde HT tanısı almış kişilerin sürekli hissettikleri öfke düzeyi, stres düzeyinin artmasına neden olur ve ME geçirme risklerini önemli ölçüde arttırır. Çalışmamızda ve diğer çalışmalara katılan hastaların öfke düzeyleri ne kadar yüksek olsa da öfkelerini kontrol edebildikleri görülmektedir. Bu durum hastaların öfkenin kronik hastalıklar üzerinde oluşturduğu olumsuz etkilerinin farkında olduklarını göstermektedir. Buna paralel olarak hastala-

rın SL-ÖFKE düzeylerinin yüksek olması öfke kontrollelerini etkilemiştir. Hastaların sürekli yaşadıkları öfke ile baş edebilmek için yöntemler geliştirerek öfkeyi kontrol altına alabildikleri düşünülmektedir.

Kırk beş ile elli dört yaş aralığında olan hastaların 65 yaş üstünde olan hastalara göre SL-ÖFKE düzeyi ve dışa vurulan öfke puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Literatürde bu konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde; Erkek ve ark.'nın<sup>9</sup> HT tanısı alan hastalarla yaptıkları çalışmada SL-ÖFKE ölçeği ve ÖFKE-TARZ alt ölçekleri toplam puan ortalamaları yaş gruplarına göre incelendiğinde anlamlı fark saptanmamıştır. Şahin ve ark.<sup>17</sup> ortopedik engelli bireylerin öfke ifade biçimleri, benlik saygıları ve yaşam doyumları çalışmasında, 18-49 yaş grubunda içte tutulan öfke puan ortalaması yüksektir. Genç erişkinlik döneminden orta erişkinlik dönemine doğru gidildikçe içte tutulan öfkenin yerini, SL-ÖFKE ve dışa vurulan öfkeye bıraktığı düşünülebilir. Aynı zamanda ME'nin ortopedik hastalıklara göre daha ölümcül olması bu sonucu desteklemektedir. Ericson'un psikososyal gelişim kuramına göre, orta yetişkinlik döneminde, üretken ve yaratıcı olan bireyin var olan hastalıklar sebebi ile yapmak istedikleri şeyleri gerçekleştirememesi, kendini verimsiz hissetmesi öfke düzeyinin yüksek olmasında etkili olabilir.<sup>18</sup> Verimsizlik duygusu ile baş edememeleri ve sağlık sorunlarından dolayı hayattan beklentilerini gerçekleştirememeleri öfkelerini ifade etmelerini kolaylaştırabilir. Dünyada ve ülkemizde kalp hastalıklarına bağlı ani ölümlerin başında ME gelmektedir.<sup>19</sup> Yetişkinlik döneminde ME geçirmiş hastalarda, SL-ÖFKE düzeyinin yüksek olmasında olumsuz duygu deneyimi ile ilişkili vücudunda oluşan fizyopatolojik değişikliklerden şüphelenme ve buna bağlı olarak ani ölüm yaşama korkusu etkili olabilir.<sup>20</sup>

Fazla kilolu ve obez hastaların, normal kilolu hastalara göre dışa vurulan öfke puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Albayrak ve ark.<sup>21</sup> ergenlerde ÖFKE-TARZ ve ilişkili faktörler adlı çalışmada obez öğrencilerin SL-ÖFKE ve içte tutulan öfke puanları daha yüksek bulunmuştur. BKİ ile SL-ÖFKE ölçeği ve ÖFKE-TARZ alt ölçeklerini karşılaştıran başka çalışmalara rastlanmamıştır. Hastaların özgüven eksikliğinden kaynaklanan toplum tarafından dışlanma ve etiketlenme (stigma) korkusu, fiziksel olarak kendilerini güçlü hissetmelerini, kızgınlık duygularını kolayca ifade etmelerini sağlayabilir.

Çalışan hastaların dışa vurulan öfke puan ortalaması,



çalışmayanlara göre daha yüksektir. Bu çalışmanın sonucuna benzer olarak Erkek ve ark.'nin<sup>9</sup> HT tanısı alan hastalarla yaptıkları çalışmada da çalışan hastaların dışa vurulan öfke puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.

Çalışan kişiler iş hayatında iş yükü, ast-üst ilişkisi, iş rekabeti, güç otoritesi nedeni ile daha fazla stres altındadır. Çoğu yetişkinin yaşadığı bu strese karşı en az gösterdiği duygu öfkedir. Öfke dışa vurulmayarak bastırılmaya çalışılır. Zamanla bastırılan bu öfke kişinin hedeflerine ulaşamaması ile insanlara karşı negatif duygular beslemesine neden olmakta ve bu duygu öfke ile ifade edilebilmektedir. Çalışma grubundaki kişilerin ani ölüm korkusu yaşamaları, iş hayatında verimli olamayacağı korkusu ve bakmakla yükümlü olduğu kişilere karşı sorumluluklarının yerine getirilemeyeceği kaygısının, öfkenin dışa vurulmasında etkili olduğu düşünülebilir.<sup>22</sup>

Geniş ailede yaşayanların SL-ÖFKE puan ortalamasının, çekirdek ailede yaşayanlara göre daha yüksek olduğu ve aralarında fark olduğu tespit edilmiştir. Çelik ve ark.<sup>11</sup> esansiyel HT'li hastalarda öfke düzeyini araştırdıkları çalışmada, aile tipi ile SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ puan ortalamaları arasında fark bulunmamıştır. Kalabalık ailede yaşayan hastaların daha fazla sorumluluğa sahip olmaları ve aile içi sorunlarla daha çok karşılaşmaları öfke düzeylerinin yüksek olmasında etkili olabilir.

Hem HT hem de DM'li hastaların sadece HT'si olan hastalara göre, kontrol altına alınmış öfke puan ortalaması daha yüksektir. Aynı zamanda HT ve DM hastalığı olanların sadece DM olan hastalara göre içte tutulan öfke puan ortalaması daha yüksektir. HT ve DM'li hastaların çoğunluğu bir ya da iki kez ME geçirdiğini, sağlık kontrolüne gittiğini, ilaç kullandığını, sigara, alkol içmediğini ve fiziksel sağlığını iyi algıladığını ifade etmişlerdir. HT ve DM'li hastaların bu faktörler sebebi ile öfkeyi daha iyi kontrol altına aldıkları düşünülebilir. Aynı zamanda HT ve DM'si olan hastaların sadece HT'si olanlara göre öfkelerini kontrol altına almalarındaki sebep hastalık yönetimine daha fazla dikkat etmeleri olabilir.

Son bir ayda sağlık kontrolüne gitmeyen hastaların SL-ÖFKE, kontrol altına alınmış öfke ve dışa vurulan öfke puan ortalamaları, son bir ayda sağlık kontrolüne giden hastalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya paralel olarak Atan ve ark.<sup>23</sup> esansiyel HT'li hastaların öfke düzeyi ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi konulu çalışmalarında; HT kontrolünü yaptıranların kontrol altına alınmış öfke puanlarının yüksek olduğunu; dışa vurulan öfke puanlarında azalma olduğunu

bildirmiştir. Çalışmamızda son bir ayda sağlık kontrolüne gitmeyen hastaların SL-ÖFKE puanlarının yüksek olmasında; düzenli sağlık takibinin yapılmaması, tedavinin aksaması ve hastalığın getirmiş olduğu olumsuz sonuçlar önemli sebepler arasındadır ve SL-ÖFKE yaşayan bu hastalar öfkeyi dışa vurarak baş etmeye çalışmış olabilirler. Baş etme yöntemi olarak öfkeyi dışa vurma bu hastaların kendilerini sakinleştirip, öfkeyi kontrol altına alabilmelerini sağlamış olabilir. Atan ve ark.'ın<sup>23</sup> çalışmasında kontrollerini yaptıran hastaların öfke kontrolünü daha iyi sağladığı belirtilmiştir. Düzenli kontrol altında olan hastalar hastalıklarını kabullenmiştir ve hastalığının farkındadır. Bu nedenle öfkelerini kontrol altında tuttukları düşünülebilir şeklinde ifade edilmiştir.

Tedaviye uyum ve düzenli kontrollerin yaptırılması hastalığın seyrini etkileyen önemli bir durumdur. Bu uyumu sağlayabilmek için; hastanın hastalığı ile ilgili ne anladığı, hastalığa ilişkin inançlarının, endişe ve korkularının bilinmesi gerekir. Hemşire, her bir hastayı ayrı birey olarak kişisel değerlendirmelidir. Hastalık bazı hastalar için ceza olarak görülür, bazı hastalar için korkutucu gelebilir ve kişi hasta değilmiş gibi davranarak hastalığı inkar edebilir. Hastaların beklentilerini bilmek, var olan bu yanlış inançlarını değiştirmek ve hastalığına uygun yaşam şekli benimseyip, bu şekilde yaşamaya yardımcı etmek önemlidir.<sup>24</sup>

Düzenli ilaç kullanmayanların içte tutulan öfke puan ortalaması, düzenli ilaç kullananlardan daha yüksektir. Genellikle korku, kaygı, yaşanan stres, kişisel özelliklerin farklılığı öfkenin içe atılmasının sebeplerinden bazılarıdır. Düzenli ilaç kullanmayan hastaların çoğunluğu sağlık kuruluşuna gitmemektedirler. Bu tür etkenler düzenli ilaç kullanmayan hastalarda strese, korkuya sebep olmakta ve sahip oldukları kişisel özellikler de öfkenin içe atılmasına sebep olmuş olabilir.

Köseoğlu ve arkadaşları,<sup>25</sup> kronik kalp yetersizliği olan bireylerin ilaç uyumuna engel olan faktörlerin incelenmesi amacı ile yaptıkları çalışmalarında; olguların %60'ının ilaç kullanımına uyumsuz oldukları bulunmuştur. İlaç kullanımına uyumsuzluk nedenlerinin bilinmesi öfkenin kontrolü açısından önemlidir. Sağlık çalışanları tarafından yeterli bilgilendirilmeyen bireyler ilaçların karmaşık olması ve yan etkilerini bilmemeleri nedeni ile ilaçları kullanmak istememektedir. Günlük yaşam aktivitelerinin düzeninde değişiklik yaratan ilaçların yan etkileri de (yorgunluk, uykusuzluk) kişinin stres ve öfke yaşamaya neden olmakta ve ilaç kullanımına engel oluş-

turmaktadır. Kişinin kendini iyi hissetmesi, hasta olarak görmemesi düzenli ilaç kullanımı konusunda etkili olabilecek diğer bir durumdur. Kişi yaşadığı stres ve öfkeyi bastırmaya çalışabilir ve sağlıklı bir birey olarak kendisinin algılanmasını isteyebilir. Hemşireler kişinin tedaviye uyumunun sağlanmasında hasta eğitiminde ilacın etkisi /yan etki/ takip sıklığı vb. konuları da göz önünde bulundurarak kapsamlı eğitim vermeli; hastanın durumsal stres ve kaygısını da değerlendirmelidir.

Kalp hastalıkları ülkemizde ve dünyamızda ölüme neden olan hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır. Bu yüzden hastalığı tetikleyen etkenlerin ayrıntılı araştırılması gerekmektedir. Ruhsal sorunlar kalp hastalıklarına neden olurken, kalp hastalıkları da ruhsal sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır. Hastalarda özellikle depresyon, anksiyete, stres görülebilmektedir. Hemşirelik bakımında kardiyovasküler hastalıklara yaklaşımda; psikoterapötik yaklaşım benimsenerek hastalara bu konuda eğitim verilmelidir. Hastanın yaşadığı duyguların hasta için ne ifade ettiği, duyguyu nasıl anlamlandırıldığı, öfke-kaygı duygularını hastanın nasıl ifade ettiğinin bilinmesi hastalığın yönetiminin sağlanması açısından önemlidir.<sup>19</sup>

#### Çalışmanın kısıtlılıkları

Bu çalışma belli bir bölgeyi kapsadığı için genellenemez. Bu sebeple, daha geniş ve homojen örneklem

grupları oluşturulması ileride yapılacak çalışmalar için örnek teşkil edebilir.

## Sonuç

Kırk beş ile elli dört yaş aralığında olan, geniş ailede yaşayan ve kronik hastalık sebebi ile son bir ayda sağlık kontrolüne gitmeyen olguların öfke düzeyi yüksektir. Hem HT hem de DM'li hastaların öfkelerini kontrol edebildikleri tespit edilmiştir.

Fazla kilolu, 45-54 yaş aralığında, çalışmakta olan ve sağlık kontrolüne gitmeyen hastaların öfkelerini kolayca ifade edebildikleri bulunmuştur. Hem HT hem de DM'li ve düzenli ilaç kullanmayan hastaların ise öfkelerini bastırdıkları belirlenmiştir.

*Yazarlar arasında çıkar çatışması olmadığı ve çalışma için finansal destek alınmadığı beyan edilmiştir.*

*Çalışmayı destekleyen kurum: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi*

*Yazarların çalışmaya katkıları: AE: Çalışma dizaynı, planlaması, veri toplama, veri analizi ve makale yazım.*

*EE: Çalışma dizaynı, planlaması, veri toplama, veri analizi ve makale yazım. EK: Çalışma dizaynı, planlaması, veri toplama, veri analizi ve makale yazım. EC: Çalışma dizaynı, planlaması, veri toplama, veri analizi ve makale yazım. BB: Veri analizi, çalışma dizaynı ve makalenin gözden geçirilmesi. SO: Çalışma dizaynı, makalenin gözden geçirilmesi.*

## Kaynaklar

1. European Heart Network. European Cardiovascular Disease Statistics. 2012 Edition.
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). www.tuik.gov.tr 2016. Erişim tarihi: 13 Kasım 2017.
3. Onat A. Hergenç G. Can G. TEKHARF Türk halkının kusurlu kalp sağlığı sırrına ışık, tıbbi önemli katkı. İstanbul, Cortex İletişim Hizmetleri. 2009:19-26.
4. İliçin G, Biberöğlü K, Süleymanlar G, Ünal S. Akut Miyokard Enfarktüsü. İç Hastalıkları. Ankara, Güneş Kitabevi. 2003;3: 474-95.
5. Amsterdam EA, Wenger NK, Brindis RG, Casey DE, Ganiats TG, Holmes DR. AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non–St-Elevation. Acute Coronary Syndromes. 2014;130:344-426.
6. Smith JN, Negrelli JM, Manek MB, Hawes EM, Viera AJ. Diagnosis And Management of Acute Coronary Syndrome: an evidencebased update. J Am Board Fam Med. 2015;28(2):283-93.
7. Suarez EC. Saab PG. Llabre MM. Kuhn CM. Zimmerman E. Ethnicity, gender, and age effects on adrenoceptors and physiological responses to emotional stress. Psychophysiology. 2004;41:450-60.
8. Yu BH. Dimsdale JE. Mills PJ. Psychological states and lymphocyte beta-adrenergic receptor responsiveness. Neuro-psychopharmacology. 1999;21:147-52.
9. Erkek N. Özgür G. Babacan AG. Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları. Cumhuriyet Üni Hemşirelik Yüksekokulu Derg. 2006;10(2):9-18.
10. Keskin G. Babacan AG. Kronik Kalp Yetmezliği Olan Hastalarda Anksiyete, Öfke ve Başa Çıkma Tutumlarının İncelenmesi. Yeni Symposium. 2012;50(3):134-44.
11. Çelik C. Özdemir B. Çaycı T. ve ark. Esansiyel Hipertansiyonda Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzı. Gülhane Tıp Derg. 2009;51:158-61.
12. Vlastelica M. Emotional Stress As A Trigger in Sudden Cardiac Death. Psychiatr Danub. 2008;20(3):411-4.

13. Kocaman N. Tıbbi hastalığa psikososyal tepkiler. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 2008;71(2):52-8.
14. Spielberger CD. Johnson GA. Russell S. Crane R. Assessment of Anger: The State-Trait Anger Scale. In Butcher JN & C. D. In: Spielberger CD. Editor. Advances in personality assessment, Hillsdale. NJ:LEA. 1983;2:159-187.
15. Özer AK. Sürekli Öfke (SL-ÖFKE) ve Öfke İfade Tarzı (ÖFKE-TARZ) Ölçekleri Ön Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi. 1994;9(31):26-35.
16. Ayhan F. Çıtak BN. Hipertansiyonu Olan ve Olmayan Yaşlılarda Öfke Durumlarının Karşılaştırılması. Diyabet, Obezite ve Hipertansiyonda Hemşirelik Forumu Dergisi. 2015;7(2): 51-64.
17. Şahin G. Balcı AR. Ortopedik Engelli Bireylerin Öfke İfade Biçimleri, Benlik Saygıları ve Yaşam Doyumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016;19(3):197-209.
18. Gürses İ. Kılavuz MA. Erikson'un Psiko-Sosyal Gelişim Dönemleri Teorisi Açısından Kuşaklararası Din Eğitimi ve İletişiminin Önemi. Uludağ Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2011;20(2):153-66.
19. Bulduk B. Aktaş MC. Bulduk M. Akut Miyokard İnfarktüsü Sonrası Gelişen Ruhsal Bozukluklar. JAREN. 2017;3:24-7.
20. Smeijers L. Mostofsky E. Tofler GH. Muller JE. Kop WJ. Mittleman MA. Anxiety And Anger Immediately Prior To Myocardial Infarction And Long-Term Mortality: Characteristics of High-Risk Patients. J Psychosom Res. 2017;93:19-27.
21. Albayrak B. Kutlu Y. Ergenlerde Öfke İfade Tarzı ve İlişkili Faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi. 2009;2(3):57-69.
22. Mostfsky E. Maclure M. Tofler GH. Muller JE. Mittleman MA. Relation of Outbursts of Anger And Risk of Acute Myocardial Infarction. Am J Cardiol. 2013;112(3):343-48.
23. Atan G. Karabulutlu YE. Esansiyel Hipertansiyonlu Hastaların Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2015;49(3):200-6.
24. Türkmen SN. Çam MO. Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal Uyum Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012;3(3): 105-15.
25. Köseoğlu N. Enç N. Kronik Kalp Yetersizliği Olan Bireylerde İlaç Uyumuna Engel Olan Faktörlerin İncelenmesi. J Cardiovasc Nurs. 2016;7(14):162-8.