

**ORTOPEDİK ENGELLİ BİREYLERİN ÖFKE İFADE
BİÇİMLERİ, BENLİK SAYGILARI VE YAŞAM
DOYUMLARI**

Gül ŞAHİN

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Reva BALCI AKPINAR

Yüksek Lisans Tezi – 2015

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

**ORTOPEDİK ENGELLİ BİREYLERİN ÖFKE İFADE
BİÇİMLERİ, BENLİK SAYGILARI VE YAŞAM
DOYUMLARI**

Gül ŞAHİN

**Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Reva BALCI AKPINAR**

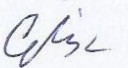
**Erzurum
2015**

T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ESASLARI ANABİLİM DALI

**ORTOPEDİK ENGELLİ BİREYLERİN ÖFKE İFADE BİÇİMLERİ,
BENLİK SAYGILARI VE YAŞAM DOYUMLARI**

Gül ŞAHİN

Tez Savunma tarihi : 07.04.2015

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Reva BALCI AKPINAR (Atatürk Üniversitesi) 
Jüri Üyesi : Doç. Dr. Papatya KARAKURT (Erzincan Üniversitesi) 
Jüri Üyesi : Yrd. Doç. Dr. Gülay İPEK ÇOBAN (Atatürk Üniversitesi) 

Onay

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


Prof. Dr. Yavuz Selim SAĞLAM

Enstitü Müdürü

Yüksek Lisans Tezi

Erzurum - 2015

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	IV
ÖZET.....	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ.....	VIII
1.GİRİŞ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Engelliliğin Tanımı.....	4
2.2. Dünya Sağlık Örgütü'nün Engellik Sınıflaması.....	6
2.3. Dünyada Engelliler.....	8
2.4. Türkiye de Engelliler.....	10
2.5. Ortopedik Engelin Tanımı.....	13
2.6. Engelli Bireyin Hemşirelik Bakımı.....	13
2.7. Öfke ve Öfke İfadesi.....	19
2.7.1. Öfkenin Dışa Vurulması.....	20
2.7.2. Öfkenin Bastırılması.....	21
2.7.3. Öfkenin Kontrol Edilmesi.....	22
2.7.4. Engelli Birey Neden Öfke Yaşar.....	22
2.8. Benlik Saygısı.....	23
2.9. Yaşam Doyumu.....	25
3. MATERYAL VE METOT.....	27
3.1. Araştırmanın Şekli.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	27
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27

3.4. Verilerin Toplanması.....	27
3.4.1. Veri Toplama Araçları.....	27
3.4.1.1. Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ).....	28
3.4.1.2. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ).....	28
3.4.1.3. Yaşam Doyumu Ölçeği (YDÖ).....	30
3.6. Araştırmanın Değişkenleri.....	30
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	30
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	31
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları Ve Genellenebilirliği.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	54
KAYNAKLAR.....	56
EKLER.....	63
EK I. Özgeçmiş.....	63
EK II. Kişisel Bilgi Formu.....	64
EK III. Sürekli Öfke Ve Öfke Tarz Ölçeği.....	66
EK IV. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.....	68
EK V. Yaşam Doyumu Ölçeği.....	70
EK VI. Etik Kurul Onayı.....	71
EK VII. Dernekle Çalışma İzni.....	72

TEŐEKKÖR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ilgi ve yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Doç. Dr. Reva BALCI AKPINAR'a, desteklerinden dolayı Türkiye Sakatlar Derneği Erzurum Şube Başkanı Sadullah EFE ve yönetim kurulu üyesi Melike ÜNAL'a, her zaman bana destek olan sevgili annem ve babama, isimlerini tek tek yazamadığım dostlarıma, ayrıca; çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Hemşire Gül ŞAHİN

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AFO	: Ankle Foot Ortez
BM	: Birleşmiş Milletler
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICF	: International Classification of Functioning
ICIDH	: International Classification of Impairment, Disability and Handicap
ILO	: International Labour Organization
KYC	: Kısa Yürüme Cihazı
RBSÖ	: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SÖÖTÖ	: Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organizations
YDÖ	: Yaşam Doyumu Ölçeği
YTR	: Yaygın Toplumsal Rehabilitasyon

TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 2.1 Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 Yılı Araştırma Sonuçları.....	12
Tablo 4.1 Çalışmaya Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 4.2 Çalışmaya Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sürekli Öfke-Öfke İfade Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları.....	33
Tablo 4.3 Çalışmaya Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Benlik Saygısı Puanlarının Karşılaştırılması.....	36
Tablo 4.4 Çalışmaya Alınan Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Puanları.....	38
Tablo 4.5 Çalışmaya Alınan Bireylerin Benlik Saygısı ve Yaşam Doyumu Düzeylerinin Dağılımı.....	40

1.GİRİŞ

Engel; bireyin yaşadığı sürece yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak toplumda oynaması gereken rolleri yetersizlik nedeni ile yerine getirememesidir.¹ Engelliliğin her durumda geçerli olan tanımını yapmak güçtür. Bu nedenle literatürde farklı tanımları bulunmaktadır. Birleşmiş Milletler Sakat Hakları Bildirgesi'nde, "kişisel ya da sosyal yaşantısında kendi kendisine yapması gereken işleri bedensel ya da sonradan olma herhangi bir noksanlık sonucu yapamayanlar" engelli olarak tanımlanmaktadır.² Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (International Labour Organization/ILO) yaptığı tanıma göre engelli, doğuştan veya sonradan olma nedenlere dayalı olarak, bedensel (görme, duyma, konuşma, el-kol-ayak-bacak aksaklıkları ve iç hastalıkları) ve/veya ruhsal yönden yetersiz hale gelmiş olan bireydir.³ Ortopedik engel ise; iskelet, kas ve eklemlerdeki hastalık, bozukluk ve yetersizlikten dolayı, bireyin günlük yaşam aktiviteleri ve sosyal uyumunun olumsuz yönde etkilenmesi durumudur.⁴ Ortopedik engel; yaşam fonksiyonlarını fazla etkilemeyen el ayak gibi uzuv kaybı veya uzuv felci gibi nedenlerle fiziki hareket özgürlüğünün kısıtlandığı engel kategorisidir.⁵

Engellinin varlığı insanlık tarihi kadar eskidir. Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık %15'inin bir tür engellilikle yaşadığı tahmin edilmektedir.^{6,7} Türkiye'de 2002 yılı Türkiye Özürlüler Araştırması sonuçlarına göre; engelli bireylerin toplam nüfusa oranı %12.29, ortopedik engeli olan bireylerin oranı ise % 1,25'tir.^{8,9}

Engellilik bireyi, ailesini, bireyin sosyal çevresini ve toplumu etkileyen bir olgudur. Engelli bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılıklar ve yaşadıkları diğer güçlükler onların fiziksel, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamasına yol açmaktadır.^{10,11} Öfke; engellenme, haksızlığa uğrama, eleştirilme, küçümsenme ve anlaşılamama gibi rahatsız edici durumlarda ortaya çıkan önceden planlanmamış bir duygudur.¹² Engelleri olan bireylerin temel yaşam aktivitelerini dahi yerine getirirken

yaşadıkları zorluklar, engellenme ve anlaşılama algısı bu bireylerin öfke düzeylerinin artmasına, yaşam kalitelerinin, yaşam doyumlarının ve benlik saygılarının azalmasına neden olabilmektedir.

Öfke yoğun ve sık yaşandığında, düşmanca, saldırganca ya da işlevsel olmayan yollarla ifade edildiğinde veya bastırıldığında yeni pek çok soruna yol açabilmektedir. Öfke, uygun bir şekilde ifade edilmediğinde, insanların öfkelenen kişiden uzaklaşmasına, öfkelenen kişide olumsuz benlik kavramına, düşük benlik saygısına, kişilerarası ve aile içi iletişim çatışmalarına ve suçluluk duygusuna neden olabilir. Bu nedenle, öfkenin nasıl ifade edildiği önemlidir.¹³

Hemşirelik; bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardımcı olan, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütünlüğün bozulması halinde iyileştirme ve eski durumunu yeniden kazandırmayı amaçlayan bir sistemdir. Dr. Gray Schawartz hemşireliği, bireyi bütün yönleriyle ele alarak bakım veren ve bireyin tüm gereksinimlerini sağlık sistemi içinde karşılayan tek meslek şeklinde ifade etmektedir.¹³

Hemşire, sağlık sistemi içinde engelli ya da engelli olma potansiyeli olan birçok bireyin bakım ve rehabilitasyon süreci içinde yer alan bir mesleğin üyesidir. Hemşireler bu süreçte bakım verici rollerinin yanı sıra eğitici, danışman, karar verici, yönetici ve koordinatörlük rollerinin gereklerini gerçekleştirmektedirler. Hemşirelerin bu süreçte etkin rol alabilmeleri ve başarılı olabilmeleri için engelli bireylerde görülmesi muhtemel olan öfke duygusunu, düşük benlik saygısını ve düşük yaşam doyumunu tanımları, engellilerdeki öfke ifade biçimlerini anlamaları gerekmektedir.¹³

Bu çalışma ortopedik engeli olan bireylerin sürekli öfke, öfke ifade biçimlerini benlik saygısı ve yaşam doyumu düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır ve aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Ortopedik engelli bireylerde sürekli öfke ve öfke ifade tarzları nasıldır?

2. Ortopedik engelli bireylerde benlik saygısı hangi düzeydedir?
3. Ortopedik engelli bireylerde yaşam doyumu hangi düzeydedir?

2.GENEL BİLGİLER

2.1 Engelliliğin Tanımı

Türk Dil Kurumu¹⁴ engelliliği; engeli olan, mâniaalı ve vücudunda eksik veya kusuru var olan bireyler şeklinde tanımlamaktadır.

Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun'un 3(a) maddesinde ve 5378 Sayılı Özürlüler kanununda engellilik tanımı şu şekilde yapılmıştır: "Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duysal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiyi ifade eder".⁶

ILO'nun yaptığı tanıma göre³ "engelli" doğuştan (kalıtsal, akraba evliliği vb.) veya sonradan olma nedenlere (hastalık, kaza vb.) dayalı olarak, bedensel (görme, duyma, konuşma, el-kol-ayak-bacak aksaklıkları ve iç hastalıkları) ve ruhsal yönden yetersiz hale gelmiş olan bireydir.

Tarihsel süreç boyunca, engelli bireyler yok edilme, yaşamlarına izin verilmeme, toplum dışına itilme gibi durumlarla karşılaşmışlardır. Ancak günümüzde engellilik dünyanın önemli sağlık problemlerinden biri haline gelmiştir. DSÖ ve Birleşmiş Milletler (BM) genel kurulu engelli bireylerin topluma uyumlarını sağlamak için bir dizi çalışma başlatmıştır. Bu çalışmalardan ilki 75 ülkenin katıldığı DSÖ'nün 1970'lerin sonunda "Yaygın Toplumsal Rehabilitasyon (YTR)" kampanyası ile başlamıştır. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ne ek olarak 9 Aralık 1973'te tüm insanlık tarihinde engellilerle ilgili ilk uluslararası bildirge olan "Engelli Hakları Sözleşmesi" kabul edilmiştir.¹⁵

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun kabul ettiği Birleşmiş Milletler Engelli Hakları sözleşmesinde engelliliğin tanımı şu şekilde yapılmaktadır: "Diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir".¹⁶

DSÖ'nün İşlevsellik Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması'na (International Classification of Functioning/ICF) göre, engelli olma hâli için "yeti yitimi" terimi kullanılmaktadır. Türkçe'de yeti yitimini tanımlamak için sakat, çürük, özürlü ve malul gibi çok çeşitli sözcükler kullanılmaktadır. Bunların bir kısmı engelli bireyler tarafından incitici bulunsa da zaman zaman resmi yayınlarda dahi yer almaktadır.⁵

ILO, Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organizations/UNESCO) ve DSÖ tarafından 1994 yılında YTR programı uygulayacaklara rehber olacak bir ortak rapor yayınlanmıştır. Raporda YTR programlarını, engelli bireylerin kendilerinin, ailelerinin, sivil toplum kuruluşlarının ortak çabasını gerektirdiği ve bu çaba için uygun sağlık eğitimi, mesleki eğitim ve sosyal altyapının hazırlanmasının önemi yer almaktadır. Bu raporda;¹⁵

- Dünyada bir çok ülkede çok sayıda engelli bulunduğu, buna karşın sağlık personeli sayısının yetersiz olduğu,
- Rehabilitasyon alt yapısının birçok ülkede kötü ve geri kalmış durumda olduğu,
- Rehabilitasyon uygulamaları maliyetinin gelişmiş ülkelerde dahi yüksekliği olduğu ve bu nedenle sınırlı olduğu,
- Birçok engellilik durumunda bazı basit bilgi ve uygulamalarla engellinin durumunun iyileştirilebileceği ve yardımcı olunabileceği,

- Engellilerle ilgili toplumsal bilincin artırılması gerektiği belirtilmiştir.

2.2 Dünya Sağlık Örgütü'nün Engellik Sınıflaması

DSÖ kavram karmaşasını önlemek ve ortak bir dil oluşturmak amacıyla 1981 yılında bir sınıflama geliştirmiş (International Classification of Impairment, Disability and Handicap/ICIDH) ve bu sınıflamada kavramları şu şekilde tanımlamıştır:

Özürlülük (impairment): Kişinin fizyolojik, psikolojik, anatomik yapı ya da işlevlerindeki herhangi bir eksiklik ya da anormalliktir. Özürlülük DSÖ'ye göre şu şekilde sınıflandırılır:¹⁷

1. İskelet sistemi bozuklukları
2. Entelektüel (zeka, bellek ve düşünce) bozukluklar
3. Görme ile ilgili bozukluklar
4. İşitme bozuklukları
5. Diğer psikolojik bozukluklar
6. Biçim, görünüm bozuklukları
7. Jeneralize, duygusal bozukluklar

Sakatlık (disability): Özürlülük sonucu oluşan ve normal bir insanın başarı ile sonuçlandırabileceği herhangi bir aktiviteyi gerçekleştirmede ortaya çıkan bir eksiklik ya da sınırlamadır. Sakatlıklar geçici (malnütrisyon, bulaşıcı hastalık), sürekli (körlük, mental gerilik) ve ilerleyen tipte (dejeneratif hastalıklar, kalp hastalığı) olabilir. Sakatlıklar DSÖ'ye göre şöyle sınıflandırılmaktadır:¹⁷

1. Davranış sakatlıkları
2. İletişim sakatlıkları
3. Kişisel bakımla ilgili sakatlıklar
4. Tolerans azlığı, mekanik gereçlere bağımlılık gibi kişinin içinde bulunduğu durumlarla ilgili sakatlıklar

5. Vücuttaki pozisyon bozuklukları sonucu oluşan sakatlıklar
6. Beceri ve hünerle ilgili sakatlıklar
7. Özel becerilerle ilgili sakatlıklar
8. Hareket ile ilgili sakatlıklar
9. Diğer sakatlıklar

Engellilik (handicap): Yaşı, cinsiyete, sosyal ve kültürel etkenlere bağlı olarak,  z rl l k ve sakatlık sonucu oluşan, birey için normal olan bir işlevin yerine getirilememesi, tamamlanamaması veya eksik kalması durumudur. Eksik kalan işlev, bir aktiviteyle sınırlı olmayıp yaşantıyı oluşturan rollerden biridir. Örneğin; fiziki bir engel vücudun belli bir kısmını ilgilendirse de, etkisi o bölgeyle sınırlı kalmaz, sonuçlarıyla o kişinin yaşamını ve toplumun bütününü etkiler. DSÖ, engelliliğin sınıflandırmasını şu maddelerle yapmaktadır:^{17,18}

1. Oryantasyonla ilgili engellilikler
2. Fizik bağımlılık yaratan engellilikler
3. Hareketle ilgili engellilikler
4. Sosyal durum ve integrasyonla ilgili engellilikler
5. Ekonomik yeterliliğini önleyen engellilikler.

DSÖ'nün ICIDH'si 2001'de tekrar gözden geçirilerek Uluslararası Fonksiyon,  z rl l k ve Sağlık sınıflaması (ICF) olarak yayınlanmıştır. Yeni sınıflamada eskisine göre iki önemli farklılık bulunmaktadır. Bunlardan birincisi;  z rl l k ve engellilik şeklindeki olumsuz terminolojinin yerine aktivite ve katılım şeklinde tarafsız bir terminolojinin kullanılması, ikincisi ise; kişisel ve çevresel dış faktörlerin de sınıflamaya dahil edilmesidir. Düzenlenen son sınıflamaya göre;^{10,17}

- Vücut fonksiyonları; vücut sistemlerinin fizyolojik fonksiyonları, vücut yapıları ise vücudun anatomik bölümleridir.

- Bozukluklar; vücut yapı veya fonksiyonlarındaki anlamlı sapma ya da kayıp gibi sorunlardır.
- Aktivite, birey tarafından bir hareket ya da görevin yerine getirilmesidir.
- Katılım; bir yaşam durumuna yani sosyal hayata iştirak etmeyi ifade etmektedir.
- Aktivite sınırlılığı; eski terminolojideki sakatlık, kişinin, aktivitelerini yerine getirmedeki zorluklarıdır.
- Katılımın kısıtlanması; eski terminolojideki engellilik, kişinin yaşam durumlarına yani sosyal hayata iştirak etmesindeki sorunlardır.
- Çevresel faktörler; kişinin yaşamını sürdürdüğü ortamdaki fiziksel ve sosyal çevredir.
- Kişisel faktörler ise yaş, cinsiyet, eğitim, kişilik, davranış biçimi, psikososyal durum gibi kişisel özelliklerdir.

Ayrıca; bu yeni sınıflamada fonksiyon görme; vücut yapıları, aktivite ve katılımı içeren bir terim; sakatlık ise bozukluklar, aktivite sınırlılığı ve katılımın kısıtlanmasını içine alan bir şemsiye terim olarak belirtilmiştir.

Eski ve düzenlenen sınıflandırma sistemine bakıldığında; ICF'de ICIDH'deki nedensel görüş yerine sağlığın bileşenleri veya kavramların etkileşimi söz konusudur ayrıca; ICF'de kişisel faktörler de göz önüne alındığından yaşam kalitesinin değerlendirmesinde daha kapsamlı bilgi sağlamaktadır.

2.3 Dünyada Engelliler

Zamana ve toplumlara göre farklı yaklaşımlar olsa da engellilik, bütün zamanların ve toplumların değişmez bir gerçeğidir. Bugün dünyada yetersiz beslenme, savaşlar, kazalar, doğal afetler, hastalıklar nedeniyle her geçen gün sayıları hızla artan zihinsel ve bedensel engelli kişiler bulunmaktadır. Bu sayının, dünya nüfusunun % 10'u

olabileceği ileri sürülmektedir. Uluslararası istatistikler, her on çocuktan birinin engelli olarak dünyaya geldiğini göstermekte olup, doğal afetler ve savaşlarla yüz binlerce kişinin bir engelle yaşadığını belirtmektedir.^{8,9}

Engelliliğin çok farklı nedenleri olmakla birlikte bu nedenler sabit, zamana ve şartlara göre değişmez değildir. Toplumların sosyoekonomik özelliklerine göre, zaman içinde bazı engellilik sebepleri ortadan kalkabildiği gibi, sebep olan yeni unsurlar da ortaya çıkabilmektedir. Bu yüzden, engellilik oranı ile gelişmişlik arasında bir ilişki kurulması doğru değildir. Gelişmiş ülkelerde bir takım önlemlerle, bazı nedenler ortadan kaldırılabilmekte ancak, yeni engellilik nedenleri ortaya çıkabilmektedir. Çevre kirliliği, sanayileşme, teknolojik gelişmeler, savaşlar, güvensiz gıda, sosyal olaylar, demografik değişimler gibi engelliliğe yol açan yeni sebepler bu oranının azalmasına engel olmaktadır. Bu yüzden, gelişmiş ülkelerde engellilik oranı, gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelere göre daha az değildir.⁹

Toplumun mutluluğu, bireylerin refahı ve doyurucu bir yaşam sürdürebilmesiyle bağlantılıdır. Doyurucu yaşam, bireyin temel gereksinimlerini bağımsız olarak yerine getirebilmesi ve yaşam kalitesinin yüksek olması şeklinde tanımlanabilmektedir. Sağlık ise, önceleri hastalığın olmayışı, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik içinde olma olarak ele alınmakta iken günümüzde, bireyin çevresi ile bir bütün olarak ele alınmakta ve mevcut sorunları ile baş edebilmesi, sınırlılıkları içinde en üst düzeyde, kaliteli ve üretken yaşaması olarak ele alınmaktadır. Bunlarla birlikte, bireyin fizyolojik bozuklukları ile fiziksel, ruhsal ve sosyal problemlerinin de ele alınması önem kazanmıştır.¹⁵

Dünya Sağlık Araştırması (World Health Survey) sonuçlarına bakıldığında,⁷ dünyadaki engelli birey sayısının artmakta olduğu ve bu duruma neden olarak nüfusların yaşlanıyor olması gösterilmektedir. 2010 dünya nüfus tahminlerine göre, bir

milyardan fazla insanın veya dünya nüfusunun yaklaşık % 15'inin bir tür engellilik ile yaşadığı tahmin edilmektedir. Bu rakamlar, DSÖ'nün yaklaşık % 10 olduğunu ileri sürdüğü 1970'lere ait önceki tahminlerden daha yüksektir. Dünya Sağlık Araştırması, 15 yaş ve üstündeki kişiler arasında engellilik ile yaşamakta olan kişi sayısını 785 milyon (% 15.6) olarak belirtirken, Küresel Hastalık Yüğü (Global Burden of Disease) çalışması bu sayıyı yaklaşık 975 milyon (% 19.2) olarak belirtmektedir. Dünya Sağlık Araştırması bu kişiler arasından 110 milyon kişinin (% 2.2) işlevlerini yerine getirme konusunda çok ciddi zorluklar yaşadığını belirtirken, Küresel Hastalık Yüğü; kuadropleji, şiddetli depresyon veya körlük gibi durumları kapsayan "şiddetli engellilik" yaşayan kişi sayısını 190 milyon (% 3.8) olarak belirtmektedir.

Günümüzde bilim ve teknolojiye gelişmelere bağlı olarak tedavi olanakları artmakta, kazalar sonucu oluşan komplikasyonlar azalmakta ve yaşam süresi uzamaktadır. Diğer bir taraftan; uzayan yaşam süresi ile birlikte kronik hastalıklar artmakta, afetler ve kazalardan sonra yaşama dönen bireylerdeki engellilik oranı artmaktadır.¹⁵

2.4 Türkiye'de Engelliler

Tarihin farklı dönemlerinde engelliliğe karşı çeşitli yaklaşımlar sergilenmiştir. Bazı ülkelerde engellilik bir ceza ve lanetlenme olarak görülmüş, değişik uygulamalarla toplumun dışına itilmiş veya ölüme terk edilmişlerdir. Diğer bir yandan aynı dönemlerde ülkemizde, özörlölerin tedavisi, rehabilitasyonu ve topluma katılımlarının sağlanması amacıyla çeşitli önlemler geliştirilmiştir. Bazı yerlerde camilerin yanına, diğer müesseselerle birlikte "bimarhane" yaptırılmış, buralarda engellilere barınma hizmeti yanında, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri de verilmiştir. Örneğin; 1484-1488 yılları arasında inşa edilen Edirne II. Beyazid Darüşşifası (Bimarhanesi) hastalara, musiki ve su ile tedavi uygulanan bir müesseseydi. Bu kuruluşlar zaman zaman başka

lkeler tarafından da örnek alınmıştır. Camilerin genellikle yerleşim yerlerinin merkezinde yer alması da, bimarhanelerin en üst seviyede hayatın içinde olmasını sağlamıştır. Ayrıca, Osmanlı döneminde vakıf müessesesi, engellilerin korunmasında önemli bir rol üstlenmiştir. Bu olumlu örneklere rağmen, ülkemizde engellilik alanındaki çalışmaların uzun bir süre boyunca tatmin edici olmaktan çok uzak kaldığını belirtmek gerekir.⁹

I. Dünya Savaşı sonrası asker hastanelerinde, askerlerin rehabilitasyonunun sağlanması amacıyla fizik tedavi ve rehabilitasyon çalışmaları başlamış, bu bağlamda ilk kapsamlı çalışma 1953 yılında Gülhane Askeri Tıp Akademisi'nde Dr. Sevüktekin tarafından yürütülmüş ve bunu 1957-58 yıllarında İstanbul'da ortaya çıkan Poliomyelit epidemisinden sonra İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Ortopedi kliniklerinin rehabilitasyon çalışmaları takip etmiştir.¹⁵

Ülkemizde engellilerin sorunları, 1990'lı yıllara kadar Sosyal Hizmetler ve ocuk Esirgeme Kurumu tarafından sağlanan bakım ve barınma hizmetleri dışında ayrıca ele alınmayıp, geleneksel yöntemlerle zlmeye çalışılmıştır. Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de engellilere yönelik çalışmalar, 1980'lerden sonra hız kazanmıştır. Engellilere yönelik hizmetlerin koordinasyonu ve izlenmesini sağlamak amacıyla 1981 yılında Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu oluşturulmuştur. 1982 Anayasası ile engellilerin hakları güvence altına alınmıştır. Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 1990 yılında hazırlanan "Sakatlar İçin Politika Dokümanı"nda, ülkemizde engellilerin fırsat eşitliğine sahip olmamalarının, devlet tarafından sağlanan hizmetlere ulaşmada engelli olmayanlara göre aleyhte sonuçlar ortaya çıkardığı belirtilmiştir.⁹

Türkiye'de engelliler konusundaki bilgi ve veri eksikliğini gidermek amacıyla Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı ve Başbakanlık zrller İdaresi

Başkanlığı işbirliği ile "2002 Türkiye Özürlüler Araştırması" gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, Türkiye'deki engelli bireylerin sayısı, oranı, sosyoekonomik yapısı, sosyal yaşamda karşılaştıkları sorunlar, beklentileri, engel türleri, engelin oluş nedeni, bölgesel farklılıkların ölçülmesi ile süreğen hastalığa sahip olma oranlarının ölçülmesi hedeflenmiştir. Genel sonuçları 2003 yılında açıklanan araştırma sonuçlarına göre, ülkemizde 8.431.937 kişi özürlü olarak yaşamını sürdürmektedir. Bunun toplam nüfusa oranı ise % 12.29'dur. Engelli bireylerin; % 9.7'sini süreğen hastalığı olanlar; %1.25'ini ortopedik, % 0.48'ini zihinsel, % 0.38'ini dil ve konuşma, % 0.37'sini işitme, % 0.6'sını görme engelliler oluşturmaktadır.^{8,9}

Tablo 2.1 Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 yılı araştırma sonuçlarına göre;¹⁹

	Türkiye'de Toplam	Doğu Anadolu Bölgesinde Toplam	Erkek	Kadın
Özürlülük Oranı	12.29	11.80	11.10	13.45
Ortopedik Özürlüler	1.25	1.27	1.48	1.02
İş Gücüne Katılma Oranı	21.71	19.58	32.22	6.71
Okuryazarlık (süreğen hastalıklar hariç)	36.33	48.33	28.14	48.01
Sosyal Güvenliğe Sahip Olma Durumu	47.55	24.43	44.84	51.41

Günümüzde sağlık hizmeti; sağlığın korunması, geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, hastalık durumunda tedavi edilmesi, komplikasyonların önlenmesi, bireyin çevresi ile bir bütün halinde ve bakımın sürekliliği kavramı çerçevesinde ele alınmaktadır. Sağlık sorunu olan bireyin yaşamına uyumu, taburculuk eğitimi, rehabilitasyonu, evde bakımı ve bunlara yönelik yeni sağlık politikalarının geliştirilmeye başlanması ile rehabilitasyon hemşireliği engelli bireyin bakımında önemli bir yere sahip olmaktadır.¹⁵

2.5 Ortopedik Engelin Tanımı

Ortopedik engel; vücut yaşam fonksiyonlarını fazla etkilemeyen el ayak gibi uzuv kaybı veya uzuv felci gibi durumlarda fiziki hareket özgürlüğünün kısıtlandığı durumların genel olarak adlandırılmış engel kategorisidir.⁵

Engellilik olgusu ve sorunları bireyi, ailesini ve sosyal çevresini etkilemektedir. Engel türleri arasında sayıca fazla oldukları bilinen ortopedik engelli bireylerin sorunlarından önemli bir nüfus grubu etkilenmektedir. Varlığı azımsanamayacak bu grubun günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerinin artması; fiziksel sağlıklarını, sosyal fonksiyonlarını olumsuz yönde etkilemekte olup yaşam kalitesini, benlik saygısını düşürmekte, böylece öfke düzeylerinin artmasına neden olmaktadır.^{10,11}

2.6 Engelli Bireyin Hemşirelik Bakımı

Engelli bireyler; günlük yaşama, kent yaşamına ve toplum yaşamına sınırlı ölçüde katılabilmektedirler. Eğitimden sağlığa, iş ve mesleki rehabilitasyondan kültür ve sanata, spor ve kent standardının iyileştirilmesine, ulaşımdan psikolojik desteğe, bireysel ve aile danışmanlığı hizmetlerinden gerektiğinde sürekli bakıma kadar bir çok sorunları bulunmaktadır. Bu zorlu dönemde hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog ve sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonellerden oluşan bir sağlık ekibi tarafından koordineli olarak hizmet sunulması gerekmektedir. Sağlık profesyonelleri içinde bakım rolünü ise hemşirelik mesleği üstlenmektedir.²⁰

Hemşireler bireylerin sağlık bakımından birinci derecede sorumlu olup, diğer sağlık profesyonelleri ile karşılaştırıldığında hasta ile en fazla zaman geçiren meslek grubunu oluşturmaktadır. Hemşirelerin; hastaların fiziksel iyiliğinin sağlanmasında, komplikasyonların önlenmesinde, motivasyonun ve davranış değişikliğinin sağlanmasında, yanlış inançların ortaya çıkarılmasında, hastalığa ilişkin belirsizliğin azaltılmasında, umudun ve problem çözme becerisinin arttırılmasında önemli rolleri

bulunmaktadır. Hemşireliğin temel amacı, engelli bireyin günlük yaşamında güvenli ve bağımsız olmasını sağlamaktır. Dorothea E. Orem öz bakım kuramında; öz bakımın bir ihtiyaç olduğunu, öz bakımdaki açıkların hemşirelik uygulamalarını gerektirdiğini, hemşireliği ise bireyin yaşamını, sağlığını ve iyilik halini sürdürebilmek için kendi adına başlattığı, gayret gösterdiği, yerine getirdiği bir dizi aktivite olarak tanımlamaktadır. Engelli bireyin yetenekleri doğrultusunda bağımsız olarak öz bakım gereksinimlerini karşılayabilmesinde rehabilitasyon hemşiresinin yardımcı olmasından söz eder ve bu konuda hemşirelik yaklaşımlarını; bireyin tam bağımlı olduğu, yarı bağımlı olduğu, destek ve eğitime gereksinim duyduğu dönem şeklinde açıklamaktadır.^{15,20,21} Knust ve Quarn'a göre engelli birey, bir dönem bir öz bakım gereksinmesi için tam bağımlı iken, bir başka dönem öz bakım gereksinimi için yarı bağımlı olabilir ya da destek ve eğitime ihtiyaç duyabilir. Bu durum rehabilitasyon sürecinin dinamik olduğunu, bu nedenle de hemşirenin de sistemi dinamik düzeyde tutması gerektiğini belirtmektedir.²⁰

Engellilere yönelik hemşirelik bakımının planlanmasında temel kriter, bireye verilen hizmet süresinin günün 24 saatini kapsamasıdır. 24 saatlik bakım sunan kurumlardan daha az süre bakım veren kuruluşlara kadar, toplumun her alanında hemşirelerin engellilere yönelik bakım verebilmesi gerekmektedir. Hemşirelik görevleri, ortamın değerlendirilmesi, bireylerin sağlığının değerlendirilmesi, sağlık hizmeti sunulması ve sağlık eğitiminden oluşmaktadır. Engellilerle çalışacak hemşirelerin, hizmet içi eğitimden geçirilmeleri ve özellikle engelli eğitim-rehabilitasyon merkezlerinde görev alabilmeleri sağlanmalıdır. Engelli bireyin ayda bir-iki saatten, günde 24 saatlik tam bağımlı bakıma ihtiyaç duymasına kadar, hemşirelik bakımı alabilmesi gerekmektedir. Bakımın verildiği bu alanlar; okullar, işyerleri, ev,

gündüz bakım evi veya rehabilitasyon merkezi, temel sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ve hapishanelerdir.²⁰

Engellilere bakım hizmeti sunulmasında en önemli amaç; kişiye kaliteli bir yaşamın sağlanabilmesidir. Zamana ve mekâna göre değişebilen yaşam kalitesi; bakım sunulan kişinin fonksiyonelliğinin sağlanması, bireyin teknolojiden yararlanması, sosyal yaşama katılımının artması ile aynı oranda yükselmektedir. Genel olarak kişinin bakım gereksinimi olup olmadığının ve hangi tür bakıma ihtiyacı olduğunun belirlenmesinde kişinin engel durumu, derecesi, psikolojik, fiziksel, sosyal ve ekonomik özellikleri belirleyici olmaktadır. Bu nedenle, bakım hizmetlerinin sunumunda kişinin biyolojik, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları dikkate alınarak hizmet planlanması gerekmektedir. Hemşireler engelli bireylerle çalışmaya başlamadan önce çeşitli indeksler, ölçekler ve formlar kullanarak bireyin iç ve dış faktörlere ilişkin durumunu, fiziksel fonksiyonlarını, geçmiş yaşam ve alışkanlıklarını değerlendirmelidirler.^{9,15}

Bakımla ilgili diğer bir hizmet rehabilitasyondur. Rehabilitasyon, Latince habil kelimesinden gelmekte olup, habilitasyon yani bilinmeyen bir şeyin öğrenilmesi olarak tanımlanmaktadır. Rehabilitasyon; doğuştan ya da sonradan hastalık, kaza ya da yaralanma nedeniyle bir kısım yeteneklerini kaybetmiş bireyi tıbbi, psikolojik, sosyal ve mesleki yönlerden mümkün olan en iyi düzeye ulaştırarak kendine, ailesine, topluma daha yararlı olmasını sağlamayı amaçlayan, kalıcı sakatlıkların sonuçlarını en aza indirmek için düzenlenen tedavi edici bir çalışma sürecidir. Martha Rogers, rehabilitasyonu tedavi ve bakımda terapöti kullanımını kapsayan hemşirenin özerklik alanıdır şeklinde tanımlamaktadır. Bakım hizmetleri ise, engelli bireyin bağımsız olarak yapamadığı günlük yaşam aktivitelerinde bir başkasının yardımını almasını ifade etmektedir.^{9,15,21}

Rehabilitasyon ile ilgili ilk uygulamalar Hipokrat ile başlamıştır. Hipokrat, organların kullanılmamasına bağlı atrofileri egzersizle tedavi etmiş, takma cihazları tanımlamış ve şişman hastalara yürümeyle zayıflama önermiştir. Daha sonra Vincent de Paul'dün açtığı bir yurt ile rehabilitasyon fikri gelişmiş ve II Dünya Savaşı'ndan sonra yaralı, sakat askerlerin hızla artması ile rehabilitasyon gereksinimi yaygınlaşmıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk rehabilitasyon merkezi Dr. Rusk tarafından kurulmuş olup, Dr. Rusk daha çok fiziksel tıbbi rehabilitasyon konularına odaklanmıştır.¹⁵

Rehabilitasyon programları, eğitim, danışmanlık, bakım ve tedavi uygulamaları gibi hizmetlerle yürütülmektedir. Rehabilitasyon, bireyin ailesi ve toplum ile yeniden bütünleşmesini sağlayarak, fonksiyonlarını optimal düzeyde sürdürmesini sağlar. Bunun yanında rehabilitasyonun;¹⁵

- Sekonder problemlerin (spastite, bası yaraları, kontraktür) ve fiziksel deformitelerin önlenmesi,
- Engelli bireylerin koltuk değneği, baston, yürüteç, tekerlekli sandalye, protez, ortez gibi günlük yaşam aktivitelerini kolaylaştırıcı yardımcı cihazlar kullanarak kendi yaşamlarını bağımsız olarak sürdürebilmesi,
- Hastalıktan etkilenmiş organ ve sistemlerin fonksiyonel kapasitesinin artırılması,
- Kronik hastalığa sahip bireylerin var olan fonksiyonlarının ve öz-bakım gücünün artırılması,
- Hastanede kalış süresinin kısaltılması,
- Sosyal ve iş çevresini uygun hale getirerek ve psikolojik destek sağlayarak bireylerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi gibi amaç ve yararları vardır.

Rehabilitasyon iç (internal) ve dış (eksternal) birçok faktörden etkilenmektedir. İç faktörler; bireyin temel sorunundan geriye kalan fiziksel fonksiyonlarıdır. Örneğin; bireyin temel sorunundan geriye kalan var olan nörolojik kapasitesi, kardiyovasküler ve diğer sistemlere ilişkin kapasitesidir. Dış faktörler ise; ev olanakları, ekonomik olanaklar, aile, diğer bireyler ve resmi kurum yada kişiler ile ilişkiler, teknolojik ve çevresel engeller ya da olanaklardır. Engelli bireylerin de sağlıklı bireyler gibi beslenme, sağlık bakımı, eğitim ve barınma gibi gereksinimlerinin yanı sıra; çevre, iş, aile yaşamında değişimlere gereksinimleri bulunmaktadır. Bu değişimler için kurumlar ve disiplinler arası işbirliği gerektiğinden sorunların çözümü zorlaşabilmektedir.¹⁵

Ülkemizde rehabilitasyon hizmetleri veren özel merkezler bulunduğu gibi, bazı hastanelerin bünyesinde bu hizmeti veren üniteler de bulunmaktadır. Ayrıca hastanelerin cerrahi, yoğun bakım, ortopedi, nöroloji gibi ünitelerinde de rehabilitasyon hizmetleri verilmektedir. En önemli iş gücünü rehabilitasyon merkezleri ve rehabilitasyon hizmeti verilen ünitelerde hemşireler oluşturmaktadır. 2011 yılında resmi gazetede yayınlanan "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik"te²² rehabilitasyon hemşireliğinin tanımı ayrıntılı olarak yapılmıştır. Ancak çoğunlukla temel hemşirelik eğitiminde rehabilitasyon konusuna ayrıcalıklı olarak yer verilmemekte ve hizmet içi eğitim programları ile desteklenmeye çalışılmaktadır.¹⁵

Hemşireliğin rollerinden; bakım koordinatörlüğü gelişimsel ve entelektüel yetişkin engelli hasta için ortopedik ortamda sağlık hizmeti, bilgi iletişimi ve sağlık hizmet ekibini sağlamakta gereklidir. Hemşireliğin bu rolü, hassas popülasyonları içeren özel bakım ortamlarında yüksek kaliteli hasta bakımı için önemlidir. Dr. Gray Schawartz'ın hemşireliği, bireyi bütün yönleriyle ele alarak bakım veren ve ferdin tüm gereksinimlerini sağlık sistemi içinde karşılayan tek meslek şeklindeki ifadesi ortopedik engellilerdeki hemşirelik bakım ve danışmanlığının önemini vurgulamaktadır.

Çalışmalar, fiziksel hastalığı olan hastalarda, psikososyal yaklaşımların hastada gelişen fiziksel belirtileri azaltmanın yanı sıra, güven duygusunu arttırdığını, hastalığa bağlı gelişen olumsuz duygusal tepkilerin baş etme yetersizliğini azalttığını ve hastanın yaşam kalitesini arttırdığını göstermiştir.^{13,23,24(s.4)}

Bireylerin yaşama bakışları, yaşama ait beklentileri ve bunun karşılanma düzeylerinin neden olduğu psikolojik bir özellik olan yaşam doyumu, bireyin kendisine karşı olumlu ve olumsuz değerlendirmesi olan benlik saygısı, engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakılma, kısıtlanma gibi durumlarda hissedilen ve genellikle neden olan şeye veya kişiye yönelik şu ya da bu şekilde saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun negatif bir duygu olan öfke bireylerin örgütsel yaşamını etkileyebilir.²⁵⁻²⁷

Engellilik olgusu ve sorunları bireyi, ailesini ve sosyal çevresini etkilemektedir. Engel türleri arasında sayıca fazla oldukları bilinen ortopedik engelli bireylerin sorunlarından önemli bir nüfus grubu etkilenmektedir. Bu grubun, günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık düzeylerinin artması; onların fiziksel sağlıklarını, sosyal fonksiyonlarını ve canlılıklarını olumsuz yönde etkilemekte, yaşam kalitesini ve benlik saygısını düşürmekte, böylece öfke düzeylerinin artmasına neden olabilmektedir.^{10,11}

Kendini kabul etme sağlıklıdır ve mutlu bir yaşam sürülmesine olanak sağlar. Birey kendini kabul ettiğinde, kendini başarılarıyla tanımlamayı ya da başkalarının düşüncelerine göre değerlendirmeyi reddeder. Aynı zamanda başkalarına hoşgörü gösterilmesine yardımcı olur ve böylece öfkeye neden olan hoşgürsüzlükle mükemmellikçilik duygularını en aza indirger.^{28(s.107)}

Ortopedik engelli bireylerde de, yetersizlikleri nedeniyle kendini kabul etmeme gibi durumlarla karşılaşılabilir, başkalarının düşüncelerine göre kendini

değerlendirebilirler. Birey böyle bir durumda, aile, iş ve sosyal ortamlarda hoşgörü gösteremeyebilir ve öfke duyabilir.

Ortopedik travmalı hastalar üzerinde yapılan araştırmaların çoğu fonksiyonel iyileşme, komplikasyonlar, mortalite ve maliyet üzerine yoğunlaşmakta, psikolojik rahatsızlıklar üzerinde ise daha az dikkatle durulmaktadır. Kas iskelet sistemi travmalarını takip eden psikolojik semptom oranları % 5.1 ile % 6.5 arasında değişmektedir. Bhandari ve ark.'ın²⁹ ortopedik travması bulunan 215 hasta ile yaptığı çalışmada; 5 hastadan birinin psikolojik hastalık kriterlerini taşıdığı belirtilmiştir. Bhandari ve ark.; ortopedik travma sonrası hastayı değerlendirmede psikolojik değerlendirme yetersizliğinin hastanın iyileşmesini aksattığını belirtmektedirler.

Hemşireler sağlık hizmetlerinde ortopedik engellilerin yaşam kalitesini ve günlük yaşama uyumunu artırıp, bireyin bağımlılığının azaltılmasında etkili rol oynayacaktır. Böylece ortopedik engelli bireyin yaşam doyumu artacak, benlik saygısı yükselecek ve sürekli öfkesinde azalma olacaktır.

2.7 Öfke ve Öfke İfadesi

Törestad,¹² öfkenin genellikle engellenme, haksızlığa uğrama, eleştirilme, küçümsenme gibi durumlarda ortaya çıkan planlanmamış bir duygu olduğunu belirtmiştir. Carter'e göre öfke; bazen gerçekten kaba ve çirkin davranışlara yol açabilmekte ancak; hayal kırıklığı, alınganlık, sabırsızlık, her şeyi gereksiz ve boş görme gibi duygularla da yaşanabilmektedir. Kendini koruma duygusu olan öfke, bir çok farklı şekilde ortaya çıkabilen çok geniş bir duygudur.^{30(s.43)} Kassinove ve Sukhodolsky³¹ öfkeyi; özgün bilişsel ve algısal çarpıtma, yetersizlikler, öznel etiketlenme, fizyolojik değişimler ve hareket eğilimi ile ilişkili olumsuz ve fenomenolojik bir duygusal durum olarak tanımlamıştır. Sıklıkla istenmeyen bir duygusal durum olarak görülmesine rağmen, kendini korumak, amaca ulaşmak ya da

engelleri aşmak için bireyi motive ettiğinden, bazen uyumu sağlayan sağlıklı bir duygusal durum olarak da değerlendirilebilmektedir. Ancak bu duygu yoğun olduğunda ve düşmanca, saldırganca ya da işlevsel olmayan yollarla ifade edildiğinde, pek çok probleme yol açabilir. Dryden ve Gordon'a göre öfke talepkarlığımızdan, mükemmeliyetçiliğimizden ve iki yaşındaki bir çocuk gibi davranmamızdan kaynaklanmaktadır.^{28(s.110)}

Öfkeyi ifade etme biçimlerinin hepsi insanların yaptığı tercihlerin sonucudur, kaçınılmaz reaksiyonlardan ibaret değildir. Düşünce kalıpları, duyguları yönetme biçimini doğrudan etkilemektedir.^{30(s.123)}

2.7.1 Öfkenin Dışa Vurulması

Öfke yönetimi konusundaki tercihleriyle ilgili olarak mantıklı düşünmeye zorlandıklarında, yetişkinlerin çoğu, olgunluktan uzak ve çocukça yansıtılan öfkenin iyi sonuçlar doğurmadığını kabul edeceklerdir. Öfkenin bu şekilde dışa vurulması problemlere neden olur, sorunları çözmek yerine devam ettirir. Birey bu durumun farkında olmasına rağmen öfkesini olgunluktan uzak, zararlı bir şekilde ifade etmeyi sürdürür çünkü öfkesini çocukça yansıtmaya alışmıştır. Bağırıp çağırma, cevap vermekten kaçınma, sürekli kendini savunma, surat asma ya da yakınma bir anlam ifade etmemesine rağmen yetişkinler bu davranışı sergilerler çünkü bugüne kadar sürekli böyle davranmışlardır.^{30(s.44)}

Öfke kişinin saygınlığını, ihtiyaçlarını ve fikirlerini savunma arzusuyla bağlantılı bir durumdur, ancak başka insanların kişisel saygınlığını yok eden bir tarzda yansıtılır. Öfkesini agresif yansıtan insanlar kendilerini savunmaya yönelik ihtiyaçlarıyla kendilerini öyle yiyip bitirirler ki başkalarının ihtiyaçlarıyla ilgilenmezler veya ilgilenemezler. Öfkenin sinirli ya da kavgacı bir tutumla yönetilmesi, bir arı kovanına vurmak gibidir; daha büyük bir kızgınlık yaratmaktan başka bir işe yaramaz ve

kesinlikle iyi bir sonuç doğurmaz. Basit bir şekilde ifade etmek gerekirse, öfke duygusu özünde uygun bir mesaj içerebilmesine rağmen, sınırlı bir tutumla yönetilirse asla olumlu bir sonuç vermeyecektir.^{30(s.51-52)}

2.7.2 Öfkenin Bastırılması

Öfkeyi bastırmak, bir işe yaramayacağını ya da sizi rahatsız edeceğini düşünerek sorunları açıkça konuşma ihtiyacını göz ardı etmek olarak tanımlanabilir. Öfkeyi bastırma kararı bir "sorundan kaçma" girişimidir. İnsanın kendi saygınlığını, haklı ihtiyaçlarını ve fikirlerini savunması kaçınılmaz bir ihtiyaç olmasına rağmen, incinme duygusunu uzaklaştırmak amacıyla, bu ihtiyaç bir fazlalıkmışçasına bir kenara bırakılabilir.^{30(s.48)}

Öfkelerini bastıranlar, öfkenin kendilerinden uzaklaşacağı şeklinde yanlış bir varsayımda bulunur ve başarılı bir şekilde kurtulduklarını zannederler. Ancak zaman "görmediğin şeyi düşünemezsin" yaklaşımının öfke yönetiminde bir illüzyondan ibaret olduğunu göstermektedir.^{30(s.49)}

Carter'e göre öfke, bastırıldığı zaman sorun çözülmüş olmaz. Yüzleşmek zorunda kalınan kaçınılmaz bir gerçek ertelenir ve daha sonra tüm enerjisiyle açığa çıkmak üzere depolanır.^{30(s.49-50)} Dryden ve Gordon'a göre ise öfkesini bastıran bireyler, hisseder ancak açığa vurmaz, şişeye doldurur sonrada kapağı kapatır, öfke ile yüz yüze gelmekten kaçınırlar. Bu daha çok düdüklü bir tencereye benzer. Öfkeyi ne kadar çok bastırırsanız, bir gün kontrolü yitirip öfkenin patlamasına izin vermekte o kadar olasıdır.^{28(s.93-94)} Öfke çoğunlukla migren ağrılarına, sırt ağrılarına, ülser ya da kalp sorunlarına dönüşebilmektedir. Öfkelerini bastıran insanlar çoğunlukla her şeyin anlamsız olduğu duygusuyla, hayal kırıklığı ve küskünlük duygularıyla mücadele ederler. Kendilerini korumaya yönelik ihtiyaçlarını açıkça ve yapıcı bir şekilde

bildirmeyerek, dünyanın, saygı görme ihtiyaçlarının umursanmadığı, düşmanca bir yer olduğu şeklinde karamsar bir düşünceye kapılırlar.^{30(s.50)}

Öfkeyi bastırma nedenleri insandan insana çok değişkenlik gösterebilse de, öfkesini bastıran insanların ortak yanı, öfkeyi ifade etmenin iyi olmadığı inancıyla hareket etmeleridir. Zamanın birinde, duygularını açıkça ortaya koymanın hiç bir sonuç getiremeyeceğine karar vermişlerdir. Kendilerini, tartışmalara çok sabırlı ya da katı yaklaşmanın iyi olduğuna inandırmışlardır. Böylelikle problem önlenmiş gibi görünür aksine daha da artar.^{30(s.51)}

2.7.3 Öfkenin Kontrol Edilmesi

Öfke yapıcı amaçlarla birleştirilirse baskı altına alan bir duygu olmaktan çıkıp, doğruları savunmaya, tartışmaların çözülmesinde geçmişteki deneyimlerden yararlanarak ileriye yönelik düşünme yaklaşımına yönelten itici bir güç olacaktır. Öfkelerini, kendilerini uygun bir şekilde savunmalarını sağlayan bir tarzda harekete geçirmeyi tercih eden insanlar kaba ya da aşağılayıcı yaklaşımların iyi sonuçlar getirmediğini fark edecek kadar bilinçlidirler. İhtiyaçlarını sıkı sıkıya savunmanın gerekliliğini görseler de hayatın, yoğun tartışmalar ya da karşılıklı saygının hakim olduğu bir ortam meydana getirebilen bir ilişkiler dizisinden oluştuğunu da fark ederler. Bu insanların önceliği karşılıklı saygı yolunu aramaktır.

İnsanlar öfkeyi nasıl yönlendirdikleri konusunda tam sorumluluk almayı reddettiklerinde, duyguların yönetiminde en önemli unsuru inkar edip, iç dünyalarına odaklanmayı göz ardı ederler.^{30(s.68-83)}

2.7.4 Engelli Birey Neden Öfke Yaşar?

Önceleri hastalığın olmayışı olarak ele alınan sağlık, günümüzde fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik içinde olma yani; bireyin çevresi ile bir bütün olarak ele alınıp, mevcut sorunları ile baş edebilmesi, sınırlılıkları içinde en üst düzeyde sağlıklı,

kaliteli ve üretken yaşaması olarak ele alınmaktadır. Bununla birlikte, bireyin fizyolojik bozuklukları ile fiziksel, ruhsal ve sosyal problemlerinin de ele alınması önem kazanmıştır. Çalışmalar, ortopedik engelli bireylerde, psikososyal yaklaşımların güven duygusunu arttırdığını, baş etme yetersizliğini azalttığını ve yaşam kalitesini arttırdığını göstermiştir.^{15,24(s.4)}

Engelli bireylerin günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılıklar, yaşadıkları güçlükler bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan sorun yaşamasına yol açmaktadır. Temel yaşam aktivitelerini yerine getirirken yaşadıkları zorluklar, engellenme ve anlaşılama algısı bu bireylerin öfke düzeylerinin artmasına, yaşam kalitelerinin, yaşam doyumlarının ve benlik saygılarının azalmasına neden olabilmektedir. Engellenme, haksızlığa uğrama, eleştirilme, etiketlenme ve anlaşılama gibi rahatsız edici durumlarda ortaya çıkan öfke duygusunu yaşamalarına neden olacaktır. Genellikle neden olan duruma yönelik saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun negatif bir duygu olan öfke bireylerin yaşamını etkilemektedir. Engelli birey kendini kabul ettiğinde, öfkeye neden olan duygularını en aza indirger. Ancak ortopedik engelli bireyler yetersizlikleri ve engellenmeleri doğrultusunda başkalarının düşüncelerine göre kendini değerlendirebilirler. Bu durumda birey, toplumda yaşadığı sorunlara karşı hoşgörü gösteremeyecek ve böylece öfke duyabilecektir.^{10-12,28(s.107)}

2.8 Benlik Saygısı

Benlik saygısı bireyin psikolojik açıdan etkin olmasını sağlayan temel belirleyicilerden biridir. Benlik kavramının benimsenmesi benlik saygısını oluşturur. Benlik saygısı, bireyin toplum içindeki davranışlarını etkileyen olaylar karşısındaki tepkilerini belirleyen önemli bir yapılandırıcıdır. Çevresi tarafından kabul edilen ve onaylanan bireyin benlik saygısının gelişeceği beklenmektedir. Ancak çevreye karşı aşırı bağımlılık, benlik saygısının derinden zedelenmesine de neden olabilir.³²

Araştırmalar, benlik saygısı düzeyi yüksek olan bireylerde kendine güven, iyimserlik ve başarma isteği gibi olumlu ruhsal niteliklerin bulunduğunu; düşük düzeyde olanlarda ise, bireyin mutluluğunu ve başarısını, topluma yararlı olmasını engelleyen nitelikleri bulunduğunu ortaya koymaktadır. Bu noktada kişilerarası ilişkilerin benlik saygısından etkilendiği görülmektedir. Bireylerin benlik saygılarının oluşumunda, etkileşimde bulundukları önemli bireylerin (ebeveyn,  ğretmen, yakın arkadaş gibi) duygu, düşünce ve davranış biçimleri oldukça etkili olmaktadır. Duygu, düşünce ve davranış özelliklerini ise onların kişilikleri belirlemektedir. Kişilik kavramı, bir bireyi diğer bireylerden farklı kılan duygu, düşünce, tutum ve davranış özelliklerinin tümünü kapsamaktadır. Bireyin kendisiyle ve çevresiyle sağlıklı kişilerarası ilişkiler kurabilmesi, bu özelliklerinin uyumlu olmasına bağlıdır. Bu bağlamda yüksek ya da düşük benlik saygısı kişilerarası ilişkilerde farklı içeriklere sahiptir. Benlik saygısı, kişinin kendini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı, kendilik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Kişi kendinde yetersizlikler bulabildiği gibi, kendini bütün olarak olumlu özellikleri ile de değerlendirebilir. Hirsch ve DuBois,³³ benlik saygısını "bir birey olarak kişi kendisini ne ölçüde sevmekte, kabul etmekte ve kendisine ne ölçüde saygı duymakta" sorusu ile açıklamaya çalışmışlardır. Bu noktada benlik saygısına ilişkin iki farklı kuramsal görüş sunmuşlar ve birinci görüşü "benlik saygısı, bireyin belirli bir alanda algılanan başarısının oranı olarak görülmektedir" şeklinde açıklarken; ikinci görüşü "benlik saygısı, kişinin kendisi için önemli olan kişilerin kendisini nasıl gördüğüne ilişkin algısıdır" şeklinde açıklamışlardır. Ayrıca, benlik saygısı ile diğer değişkenler arasındaki ilişkilerin yoğun olarak araştırıldığı çalışmalarda; düşük benlik saygısının, düşük yaşam doyumu, yalnızlık, anksiyete ve depresyon ile; yüksek benlik saygısının ise, kendini tanıma, kabul, aitlik algısı, akademik başarı ve kişilerarası başarı ile ilişkili olduğu görülmüştür.³⁴

Rosenberg³⁵ benlik saygısını bireyin kendisine karşı olumlu ve olumsuz değerlendirmesi olarak tanımlarken, Coopersmith,³⁶ kişinin kendisine ilişkin önem, yeterlilik ve başarı değerlendirmesine ilişkin tutumu olarak tanımlamaktadır. Buna göre bireyin kendisine karşı olumlu ve olumsuz tutumlarının toplamı olan benlik saygısı, sosyal yeterlilik, kişisel değer ve beden algısının bileşimidir. Coopersmith³⁶ benlik saygısının cinsiyet ve yaşa göre değişkenlik gösterebileceğini belirtmiştir. Benlik saygısının gelişiminde kendini değerli görme, potansiyelini ortaya koyabilme, kabul görme, beğenilme, sevilme, kendi özelliklerini kabul edebilme gibi özellikler önem taşımaktadır. Yüksek benlik saygısına sahip bireyler kendilerini değerli olarak algılamaktadırlar. Bireyin yaşamında önemli bir yere sahip olan insanlardan gördüğü ilgi, kabul edici ve saygılı muamelenin miktarı benlik saygısının gelişiminde etkilidir.²⁶

Engelli bireydeki engellenme duygusu, etiketlenme, toplumdaki diğer bireylerle etkileşimi nedeniyle oluşan bireyin kendisine karşı olumlu ve olumsuz değerlendirmesi olan benlik saygısında önemli etkiye sahiptir. Hemşireler, bu durumda, psikososyal yaklaşımlarıyla bireydeki güven duygusunu arttıracak, engellenme düzeyine bağlı gelişen olumsuz duygusal tepkilerin baş etme yetersizliğini azaltıp, benlik saygısının gelişiminde önemli rol oynayacaktır.

2.9 Yaşam Doyumu

İnsanın mutluluğunu sağlayan koşulların ne olduğu çok eski zamanlardan beri dikkati çeken bir konu olmuştur. Son zamanlarda ise bu konu, psikolojik iyi oluş, yaşam kalitesi, yaşam doyumu ve olumlu duygulanım gibi kavramlar çerçevesinde ele alınmaktadır.³²

Yaşam doyumu bir anlamda bireyin belirlediği hedeflere ulaşma derecesidir. Bireylerin belirlediği hedeflere ulaşma düzeyinin artması, yaşam doyumunu artırmaktadır. Yaşam doyumu, kişinin kendi kriterlerine göre yaşamının niteliği

hakkındaki genel değerlendirmesi olarak ele alınmaktadır. Diener ve ark.,³⁷ yaşam doyumunu halihazır yaşamdan alınan doyum, geçmişten duyulan doyum, gelecekte alınacak doyum ve kişinin yakınlarının o kişinin yaşamı hakkındaki görüşlerini kapsamaktadır şeklinde yorumlamıştır. Doyum alanları ise iş, aile, serbest zaman, sağlık, para, benlik ve kişinin yakın çevresi olabilmektedir.³⁸

Bireylerin yaşama bakış açısı, beklentileri ve bunun karşılanma düzeylerinin neden olduğu psikolojik bir özellik olan yaşam doyumunu, engelli bireylerde yaşadıkları bağımlılık düzeyi nedeniyle yakından ilişkilidir. Engelli bireyin bağımlılık düzeyi doğrultusunda verilen hemşirelik bakımı, bireyin yaşama bakış açısının değişmesine, fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlıklarını olumlu yönde etkileyerek yaşam kalitesinin artmasına ve böylece yaşam doyumunun artmasına neden olacaktır. Böylece; bireyin benlik saygısı artacak, yaşamı süresince karşılaştığı olumsuz durumlar azalacak başka bir deyimle, bu durumlara bakış açısı değişeceği için bireyin yaşadığı öfke duygusu da azalacaktır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1 Araştırmanın Şekli

Araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, Nisan 2014-Mart 2015 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Araştırma verileri, Erzurum il merkezinde, Haziran 2014-Ocak 2015 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye Sakatlar Derneği Erzurum Şube Başkanlığı'na kayıtlı 398 yetişkin ortopedik engelli bireyler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, ulaşılabilen tüm gönüllüler araştırmaya alınmıştır. Araştırmaya katılan gönüllülerin sayısı 230 olup evrenin % 57.78'ini oluşturmaktadır. 168 üyenin adres ve telefon bilgileri güncel olmadığı için ulaşılammıştır. Araştırmaya katılmayı reddeden 3 birey ve eksik veya yanlış doldurulmuş 33 anket ile birlikte araştırma 194 birey, % 48.74 katılım oranıyla tamamlanmıştır.

3.4 Verilerin Toplanması

3.4.1 Veri Toplama Araçları

Türkiye Sakatlar Derneği Erzurum Şube Başkanlığı'na kayıtlı engelli bireylere ait iletişim bilgileri alındıktan sonra, çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle yüz yüze ve telefonla görüşülerek anketler doldurulmuştur. Okuma yazma bilen bireyler isterlerse anket formunu kendilerinin okuyup işaretlemesi sağlanmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür. Verilerin toplanmasında, bireylerin sosyodemografik özelliklerini tanımlayan literatür doğrultusunda hazırlanan 14 soruluk kişisel bilgi formu **(EK II)**, Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarzları Ölçeği **(EK III)**, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği **(EK IV)** ve Yaşam Doyum Ölçeği **(EK V)** kullanılmıştır.

3.4.1.1 Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği (SÖÖTÖ)

Asıl adı The State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) olan ve Spielberger³⁹ tarafından geliştirilen ölçeğin Türkiye uyarlaması 1994 yılında Özer tarafından yapılmıştır. Ancak Durumluk Öfke alt testi Türkçe'ye uyarlanmamıştır. Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeği 34 maddeden oluşmaktadır. Sürekli Öfke (10 madde) ve Öfke İfade Tarzı (24 madde) alt ölçeklerini içermektedir. Öfke İfade Tarzı alt ölçeğinin ayrıca 3 ayrı alt ölçeği vardır: Kontrol Altına Alınmış Öfke (öfke/kontrol, 8 madde), Dışa Yöneltilen Öfke (öfke/dışta, 8 madde) ve İçe Yöneltilen Öfke (öfke/içte, 8 madde). Ölçek her bir madde için 1 ve 4 arasında değişen likert tipi bir puanlamaya sahiptir. (Öfke İfade Tarzı Ölçeği, öfke içe vurumu (13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31. maddeleri), öfke dışa vurumu (12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33. maddeleri) ve öfke kontrolü (11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34. maddeleri). Sürekli Öfke ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40 ve öfke kontrol, öfke içe ve öfke dışa alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir. Hemşirelik okulu, lise ve üniversite öğrencileri, yöneticiler ve nevrotik bireyleri kapsayan farklı örneklemeler üzerinde yapılan çalışmalarda Sürekli Öfke Ölçeğinin güvenirlik katsayılarının $\alpha = 0.68$ ile 0.84 arasında değiştiği görülmüştür. Öfke/dışta, öfke/içte ve öfke/kontrol alt ölçeklerinin güvenirlik katsayılarının sırasıyla $\alpha = 0.78$, 0.62 ve 0.84 olduğu bulunmuştur.⁴⁰

3.4.1.2 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

Bugün birçok çalışmada benlik saygısı ölçümü için kullanılan Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Rosenberg³⁵ tarafından geliştirilen, özgün ismi The Rosenberg Self Esteem Scale (RSES) olan, benlik saygısını ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Ölçekteki maddelerin yarısı "Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum" gibi olumlu cümle yapısıyla, diğer yarısı ise "Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı

düşünüyorum" gibi olumsuz düşünce yapısıyla kurulmuştur. Katılımcıdan bu ifadelerin her birini değerlendirerek "çok doğru", "doğru", "yanlış", "çok yanlış" şıklarından birini işaretlemesi beklenmektedir. Ölçekte maddeler karışık olarak yerleştirilmiştir. Ölçekte bulunan ilk üç madde kendi aralarında, dördüncü ve beşinci maddeler kendi aralarında, dokuzuncu ve onuncu maddeler kendi aralarında puanlanmaktadır. Altıncı, yedinci ve sekizinci maddeler ise ayrı ayrı puanlanmaktadır. İşaretleme sonucu bireyin kendisini olumsuz değerlendirmesi "1" ile, olumlu değerlendirmesi ise "0" ile puanlanmaktadır. Bu değerlendirme sonucunda alınan puanlar "0" ile "6" arasında değişmektedir. Benlik saygısı alt kategorisinde 0-2 puan yüksek, 2-4 puan orta, 5-6 puan ise düşük benlik saygısını işaret etmektedir.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Çuhadaroğlu⁴¹ tarafından yapılarak Türkçeye uyarlanmıştır. Benlik saygısı kategorisinin geçerliliğini sınamak için psikiyatrik görüşmeyle lise öğrencilerinin kendilerine ilişkin görüşlerine göre, öğrencilerin benlik saygıları, yüksek, orta ve düşük olarak gruplandırılmıştır. Öğrenci görüşleri ve benlik saygısı ölçeğinden elde edilen sonuçların arasındaki ilişkiler hesaplanmış ve geçerlilik oranı .71 olduğu belirtilmiştir. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, güvenilirlik çalışmaları kapsamında test-tekrar test yöntemi ile Ankara’da okuyan ve tesadüfi seçilen 125’i kız, 80’i erkek olmak üzere toplam 205 dokuzuncu, onuncu ve on birinci sınıf öğrencilerine uygulanmıştır. Uygulama sonuçlarına göre test-tekrar test yöntemi ile belirlenen güvenilirlik katsayısının .70 oranında olduğu bulunmuştur. Ülkemizde ergenler üzerinde benlik saygısı ile ilgili yapılan pek çok çalışmada "Rosenberg Benlik Saygısı Envanteri"nin kullanıldığı ve güvenilirlik değerlerinin .75 ve .93 arasında değişen düzeylerde yüksek değerlere sahip olduğunun rapor edildiği görülmektedir.⁴²

3.4.1.3 Yaşam Doyumu Ölçeği

Yaşam Doyumu Ölçeği Diener, Emmons, Larsen ve Griffin tarafından³⁷ geliştirilmiş; Türkçeye uyarlaması ise "yüzeysel geçerlik" tekniğiyle Köker⁴³ tarafından 1991 yılında yapılmıştır. Ölçek, yaşam doyumuna ilişkin 5 maddeden oluşmaktadır. Her bir madde 7'li derecelendirilmiş cevaplama sistemine (1: hiç uygun değil – 7: çok uygun) göre cevaplanmaktadır. Genel yaşam doyumunu ölçmeyi amaçlayan ölçek, ergenlerden yetişkinlere kadar tüm yaşlara uygundur. Madde analizi sonucunda, ölçeğin her bir maddesinden elde edilen puanlarla toplam puanlar arasındaki korelasyon yeterli bulunmuştur. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısı .85 olarak saptanmıştır. Yetim'in⁴⁴ yaptığı çalışmada ise, ölçeğin Cronbach-alfa iç tutarlılık katsayısı .86 ve test-tekrar test yöntemi ile belirlenen güvenirlik katsayısı .73 bulunmuştur. Diener ve ark.³⁷ ölçeğin tüm maddelerinin genel faktör üzerinde yüksek faktör yüklerine sahip olduğunu belirlemişlerdir. Yetim' de⁴⁴ bu bulguyu ölçeğin Türkçe formu için doğrulamıştır.

3.6 Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Kişisel ve sosyodemografik bilgiler

Bağımsız Değişkenler: Sürekli öfke-öfke ifade tarzları ölçeği puanları, Rosenberg benlik saygısı ölçeği puanları, yaşam doyum ölçeği puanları değerlendirmeleri

3.7 Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin değerlendirmesi bilgisayar ortamında, SPSS (Statistical Package For Social Sciences) 21.0 paket programında uygun istatistiksel analizler kullanılarak değerlendirilmiştir.

- Verilerin değerlendirilmesinde bireylerin sosyodemografik ve tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdelik dağılımlar,

- Ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda T testi,
- İki den fazla değişkenin puan ortalamalarının karşılaştırılmasında one way ANOVA testi,
- İki den fazla parametrik koşulları sağlamayan grupların karşılaştırılmasında Kruskal Wallis/H testi,
- Varyansları homojen dağılmayan veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi için Tukey HSD testi kullanılmıştır.

3.8 Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (**EK VI**) ve Türkiye Sakatlar Derneği Erzurum Şube Başkanlığı'ndan izin alınmıştır (**EK VII**). Araştırmaya alınan bireylere, çalışmanın amacı açıklanmış, soruları yanıtlanmış ve yazılı onayları alınmıştır. Bireylere verdikleri bilgilerin başka hiçbir yerde kullanılmayacağı, araştırmaya katılma ya da katılmama konusunda özgür oldukları açıklanmış ve bireysel bilgilerinin başkasına açıklanmayacağı konusunda güvence verilmiştir.

3.9 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırma Erzurum il merkezinde yaşayan Türkiye Sakatlar Derneği Erzurum Şube'sine kayıtlı yetişkin ortopedik engelli bireylerle sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları bu gruba genellenebilir.

4. BULGULAR

Tablo 4.1 Engelli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	57	29.4
	Erkek	137	70.6
Yaş*	Genç ve Erişkin (18-49 yaş)	161	83.0
	Yaşlı (50 ve üstü)	33	17.0
Eğitim durumu	Okuryazar değil	10	5.2
	Okuryazar	13	6.7
	İlköğretim	59	30.4
	Ortaöğretim	78	40.2
	Üniversite	34	17.5
Medeni hal	Evli	85	43.8
	Bekar	109	56.2
Çocuk sayısı	Yok	114	58.8
	1-3	65	33.5
	4 ve fazlası	15	7.7
Meslek	Memur	39	20.1
	İşçi	56	28.9
	Emekli	15	7.7
	Çalışmıyor	59	30.4
	Ev Hanımı	19	9.8
	Öğrenci	6	3.1
Sosyal Güvence	Var	142	73.2
	Yok	52	26.8
Ekonomik Durum	İyi	34	17.5
	Orta	121	62.4
	Kötü	39	20.1
Birlikte Yaşadığınız Kişiler	Yalnız	16	8.2
	Çekirdek Aile	166	85.6
	Geniş Aile	12	6.2
Yardımcı Cihazlar**	Kullanıyor	116	59.8
	Kullanmıyor	78	40.2
Eşlik Eden Kronik Hastalıklar	Var	80	41.2
	Yok	114	58.8
Eşlik Eden Kronik Hastalıklar	Hipertansiyon	8	4.1
	Diyabet	14	7.2
	Kalp Damar Hastalıkları	12	6.2
	Diğer	42	21.6
	Hipertansiyon ve Diyabet	4	2.1
Engellilik Durumu	Doğuştan	66	34.0
	Sonradan	128	66.0
Engellilik Düzeyi Algısı	Yaşantımı Fazla Etkilemiyor	24	12.4
	Yaşantımı Kısmen Etkiliyor	99	51.0
	Yaşantımı Çok Etkiliyor	71	36.6
Toplam		194	%100

* DSÖ'nün yaş sınıflaması; 0-14 yaş grubu : Bebekler ve çocuklar, 15-49 yaş grubu : Gençler ve erişkinler, 50- + yaş grubu : Yaşlılar⁴⁵

**Yardımcı cihaz kullanan bireyler; baston, koltuk değneği, ortez bacak, ortez el/kol, akülü araba, yürüteç, tekerlekli sandalye, AFO, KYC, tivister, korse kullanmaktadırlar.

Araştırmaya katılan bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1.'de verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin % 29.4'ü kadın, %70.6'sı erkektir. Yaş ortalaması 37.24±12.52 olarak bulunan bireylerin % 83.0'ı genç ve erişkin yaş grubunda, % 17.0'ı yaşlı grubundadır. Bireylerin; % 5.2'si okuryazar değildir, % 6.7'si okuryazar, % 30.4'ü ilköğretim mezunu, % 40.2'si ortaöğretim mezunu, % 17.5'i üniversite mezunudur. Katılımcıların % 56.2'sinin bekar, % 58.82'inin çocuğunun olmadığı bulunmuştur. Araştırmaya alınan bireylerin % 20.1'i memur, % 7.7'si emekli, % 28.9'u işçi, % 30.4'ü çalışmıyor, % 9.8'i ev hanımı, % 3.1'i de öğrencidir. Sosyal güvencesi olanlar katılımcıların % 73.2'ünü, sosyal güvencesi olmayanlar ise % 26.8'ini oluşturmaktadır. Ekonomik durumunu iyi düzeyde belirtenler % 17.5, ekonomik durumunu orta düzeyde belirtenler % 62.4, ekonomik durumunu kötü düzeyde belirtenler % 20.1'dir. Araştırmaya alınan bireylerin % 59.8'i yardımcı cihaz kullanmaktadır.

Tablo 4.2. Tanıtıcı Özelliklere Göre Sürekli Öfke-Öfke İfade Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları

		Sürekli Öfke	Öfke Dışa Vurumu	Öfke İçe Vurumu	Öfke Kontrolü
Toplam Puanlar		20.28±6.64	17.06±4.40	16.75±4.11	18.84±5.43
Demografik Özellikler					
Cinsiyet	Kadın	20.57±6.08	17.08±4.33	17.00±4.22	18.70±5.72
	Erkek	20.16±6.87	17.05±4.44	16.64±4.08	18.90±5.38
	p	.67	.95	.59	.81
	t	.41	.05	.53	-.23
Yaş	Genç ve Erişkin(18-49 yaş)	20.42±6.57	17.21±4.62	17.06±4.27	18.91±5.24
	Yaş (50 ve üstü)	19.60±7.00	16.30±3.05	15.24±2.78	18.51±6.39
	p	.52	.27	.02	.70
	t	.64	1.08	2.34	.38
Eğitim durumu**	Okuryazar değil	29.66±6.94	20.00±5.72	21.00±6.68	19.77±6.62
	Okuryazar	18.14±7.60	16.14±5.44	14.07±3.33	15.64±5.49
	İlköğretim	20.23±7.10	16.69±5.02	16.93±4.69	17.91±5.55
	Ortaöğretim	20.07±5.92	17.14±3.68	16.98±3.59	19.34±4.33
	Üniversite	19.23±5.06	17.11±3.86	15.88±2.44	20.38±6.56
P		.00	.28	.001	.03
Medeni hal	Evli	19.90±6.16	16.56±3.80	16.40±4.04	19.14±5.83
	Bekar	20.57±7.00	17.44±4.80	17.02±4.16	18.61±5.12
	p	.48	.16	.29	.53
	t	-.69	-1.39	-1.05	.66

Tablo 4.2.'nin devamı					
Çocuk sayısı*	Yok	20.64±6.79	17.32±4.73	17.06±4.12	18.59±5.10
	1-3	20.60±6.37	16.77±3.35	16.56±4.28	19.53±5.94
	4 ve fazlası	15.85±5.20	16.28±5.92	15.14±2.79	17.64±5.56
P		.03	.57	.23	.37
Meslek**	Memur	19.58±5.25	17.43±3.80	16.46±2.52	20.38±5.43
	İşçi	19.87±6.29	16.78±4.55	15.85±4.24	18.35±5.41
	Emekli	22.46±8.60	18.06±2.28	15.40±2.66	17.93±4.09
	Çalışmıyor	20.57±7.40	16.54±4.85	17.59±4.71	18.15±5.26
	Ev Hanımı	19.42±5.10	17.89±4.26	18.84±2.28	19.68±5.76
	Öğrenci	23.00±9.20	17.16±6.85	15.50±4.54	19.83±8.56
P		.59	.73	.02	.34
Sosyal Güvence	Var	19.66±5.95	16.94±3.98	16.19±3.43	18.66±5.12
	Yok	21.96±8.06	17.38±5.41	18.28±5.31	19.32±6.23
	p t	.03	.53	.001	.45
Ekonomik Durum*	İyi	17.70±5.28	17.41±4.72	16.23±4.00	18.85±5.71
	Orta	20.54±6.21	17.02±4.26	16.53±3.66	19.14±5.44
	Kötü	21.71±8.32	16.71±4.62	17.87±5.28	17.89±5.18
P		.02	.79	.15	.46
Birlikte Yaşadığınız Kişiler*	Yalnız	19.31±7.66	18.93±4.76	16.75±4.04	19.25±5.50
	Çekirdek Aile	20.19±6.48	16.84±4.35	16.79±4.20	18.83±5.51
	Geniş Aile	22.83±7.34	17.50±4.42	16.16±3.04	18.50±4.64
P		.34	.18	.87	.93
Yardımcı Cihazlar	Kullanıyor	20.01±6.67	16.87±4.61	16.75±4.52	19.14±5.79
	Kullanmıyor	20.67±6.61	17.33±4.08	16.75±3.43	18.39±4.86
	p t	.49	.48	.99	.34
Eşlik Eden Kronik Hastalıklar	Var	20.53±6.49	17.46±4.05	17.23±3.66	19.09±5.26
	Yok	20.10±6.76	16.76±4.63	16.40±4.39	18.66±5.57
	p t	.66	.27	.16	.58
Eşlik ** Eden Kronik Hastalıklar	Hipertansiyon	20.75±7.66	18.25±4.52	17.62±3.33	19.37±8.29
	Diyabet	21.14±5.53	16.64±3.15	18.14±4.78	18.28±5.38
	Kalp Damar Hastalıkları	18.08±3.94	16.75±3.36	17.25±4.53	20.08±5.88
	Diğer	21.52±7.09	18.00±4.52	17.04±3.26	19.19±4.42
	Hipertansiyon ve Diyabet	16.50±5.91	15.25±2.87	16.00±1.41	20.25±2.98
P		.48	.58	.64	.90
Engellilik Durumu	Doğuştan	20.81±7.64	16.86±5.20	16.74±4.72	19.24±5.65
	Sonradan	20.00±6.07	17.16±3.94	16.75±3.78	18.64±5.33
	p t	.42	.65	.98	.46
Engellilik Düzeyi Algısı*	Yaşantımı Fazla Etkilemiyor	18.91±6.74	16.79±5.46	16.20±5.21	18.41±5.74
	Yaşantımı Kısmen Etkiliyor	19.74±6.01	16.80±4.11	16.61±4.00	19.27±5.47
	Yaşantımı Çok Etkiliyor	21.49±7.31	17.50±4.43	17.12±3.88	18.39±5.30
P		.13	.56	.57	.53

* İşaretli karşılaştırmalarda One Way ANOVA testi kullanılmıştır.

** İşaretli karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır.

Engelli bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre sürekli öfke-öfke ifade tarzları ölçeği toplam puanlarının dağılımı Tablo 4.2.'de verilmiştir.

Bireylerin; sürekli öfke düzeyi ortalamaları 20.28 ± 6.64 , öfke dışı vurumu puan ortalamaları 17.06 ± 4.40 , öfke içi vurumu puan ortalamaları 16.75 ± 4.11 , öfke kontrolü puan ortalamaları 18.84 ± 5.43 'dür.

Araştırmaya katılan bireylerin sürekli öfke puan ortalamaları kadınlarda 20.57 ± 6.08 ve erkeklerde 20.16 ± 6.87 olarak bulunmuştur. Kadın ve erkekler arasında sürekli öfke ve öfke ifade boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Genç-erişkin (18-49) grubundan olan bireylerin öfke içi vurumu puan ortalamaları 17.06 ± 4.27 ve yaşlı (50 ve üstü) grubun ise 15.24 ± 2.78 olarak bulunmuştur. Öfke içi vurumu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bireylerin eğitim durumları ile sürekli öfke, öfke içi vurumu, öfke kontrolü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Okuryazar olmayan bireylerin sürekli öfke puan ortalamaları 29.66 ± 6.94 , öfke içi vurumu puan ortalamaları 21.0 ± 6.68 , öfke kontrol puan ortalamaları 19.77 ± 6.62 , üniversite mezunu olanların ise sürekli öfke puan ortalamaları 19.23 ± 5.06 , öfke içi vurumu puan ortalamaları 15.88 ± 2.44 , öfke kontrol puan ortalamaları 20.38 ± 6.56 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumu ile öfke dışı vurumu puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

Medeni durum ile sürekli öfke ve öfke alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, bireylerin çocuk sayılarına göre sürekli öfke puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p < 0.05$). Çocuğu olmayan

engelli bireylerin sürekli öfke puan ortalaması 20.64 ± 6.79 iken, 4 ve daha fazlası çocuğa sahip olanların sürekli öfke puan ortalaması 15.85 ± 5.20 'dir.

Ev hanımlarının öfke içe vurumu puan ortalamaları 18.84 ± 2.28 , emekli bireylerin öfke içe vurumu puan ortalamaları 15.40 ± 2.66 'dır. Meslek gruplarına göre öfke içe vurumu puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Sosyal güvencesi olmayanların sürekli öfke düzeyleri puan ortalaması 21.96 ± 8.06 , öfke içe vurumu puan ortalamaları 18.28 ± 5.31 olarak bulunmuştur. Sosyal güvencesi olanların ise sürekli öfke puan ortalamaları 19.66 ± 5.95 , öfke içe vurumu puan ortalamaları 16.19 ± 3.43 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Ekonomik durumu iyi olan bireylerin sürekli öfke puan ortalamaları 17.78 ± 5.28 , kötü olanların sürekli öfke puan ortalamaları 21.71 ± 8.32 olduğu görülmektedir. Ekonomik durumla sürekli öfke puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Tablo4.3. Tanıtıcı Özelliklerine Göre Benlik Saygısı Puanlarının Karşılaştırılması

		Ölçek Puanı	p	
Toplam Puanlar		1.90±1.46		
Demografik Özellikler				
Cinsiyet	Kadın	1.63±1.26	.09	t= -1.70
	Erkek	2.02±1.52		
Yaş	Genç ve Erişkin (18-49 yaş)	1.93±1.49	.52	t= .64
	Yaşlı (50 ve üstü)	1.75±1.32		
Eğitim durumu**	Okuryazar değil	2.33±1.00	.04	KW= 10.62
	Okuryazar	2.57±1.78		
	İlköğretim	2.15±1.48		
	Ortaöğretim	1.76±1.47		
	Üniversite	1.41±1.18		
Medeni hal	Evli	1.55±1.33	.003	t= -3.04
	Bekar	2.18±1.50		
Çocuk sayısı	Yok	2.11±1.56	.03	F= 4.45
	1-3	1.53±1.19		
	4 ve fazlası	2.00±1.51		

Tablo 4.3.'ün devamı				
Meslek	Memur	1.56±1.41	.005	KW= 20.17
	İşçi	1.76±1.46		
	Emekli	1.26±1.03		
	Çalışmıyor	2.50±1.51		
	Ev Hanımı	1.78±1.27		
Sosyal Güvence	Öğrenci	2.33±1.36	.001	t= -3.39
	Var Yok	1.69±1.37 2.48±1.54		
Ekonomik Durum	İyi	1.44±1.10	.00	F= 3.28
	Orta	1.71±1.38		
	Kötü	2.89±1.55		
Birlikte Yaşadığınız Kişiler	Yalnız	1.81±1.42	.96	F= .40
	Çekirdek Aile	1.91±1.47		
	Geniş Aile	1.91±1.37		
Yardımcı Cihazlar	Kullanıyor	2.02±1.39	.16	t= 1.38
	Kullanmıyor	1.73±1.54		
Eşlik Eden Kronik Hastalıklar	Var	2.06±1.51	.21	t= 1.24
	Yok	1.79±1.41		
Eşlik Eden Kronik Hastalıklar	Hipertansiyon	1.50±1.06	.10	KW= 10.15
	Diyabet	2.42±1.45		
	Kalp Damar Hastalıkları	2.00±1.20		
	Diğer	2.23±1.67		
	Hipertansiyon ve Diyabet	.50±.57		
Engellilik Durumu	Doğuştan Sonradan	1.86±1.60 1.92±1.38	.76	t= -.29
Engellilik Düzeyi Algısı	Yaşantımı Fazla Etkilemiyor	1.70±1.54	.00	F= 3.82
	Yaşantımı Kısmen Etkiliyor	1.48±1.20		
	Yaşantımı Çok Etkiliyor	2.56±1.53		

Tanıttıcı özelliklere göre benlik saygısı ölçeğinden alınan puan ortalamaları Tablo 4.3.'te verilmiştir.

Bireylerin benlik saygısı ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 1.90±1.46'dır.

Benlik saygısı puanı ortalaması, kadınlarda 1.63±1.26, erkelerde 2.02±1.52 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Okuryazar olmayanların benlik saygısı puan ortalaması 2.33±1.00, okuryazar olanların 2.57±1.78, ilköğretim mezunu olanların 2.15±1.48, ortaöğretim mezunlarının 1.76±1.47, üniversite mezunlarının 1.41±1.18 olarak bulunmuştur. Eğitim durumu ile benlik saygısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Evlilerin benlik saygısı puanları 1.55±1.33, bekarların benlik saygısı puanları 2.18±1.50 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05).

Çocuğu olmayanların benlik saygısı puanları 2.11 ± 1.51 , 1 ile 3 arasında çocuğa sahip olanların 1.53 ± 1.19 , 4 ve fazlası çocuğu olanları 2.00 ± 1.51 'dir. Çocuk sayısı ile benlik saygısı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Memurların benlik saygısı puanları 1.56 ± 1.41 , işçilerin 1.76 ± 1.46 , emeklilerin 1.26 ± 1.03 , çalışmayanların 2.50 ± 1.51 , ev hanımlarının 1.78 ± 1.27 , öğrencilerin 2.33 ± 1.36 olarak bulunmuştur. Çalışma durumu ve benlik saygısı arasında anlamlı farklılık vardır ($p < 0.05$).

Yardımcı cihaz kullananların benlik saygısı puanları 2.02 ± 1.39 , kullanmayanların 1.79 ± 1.41 'dir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Engeli sonradan olanların benlik saygısı puan ortalamaları 1.92 ± 1.38 , doğuştan olanların ise 1.86 ± 1.60 olarak bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$).

Engellilik düzeyi algısına bakıldığında; yaşantımı çok etkiliyor cevabı verenlerin benlik saygısı puanları 2.56 ± 1.53 , fazla etkilemiyor cevabı verenlerin 1.70 ± 1.54 ve kısmen etkiliyor cevabını verenlerin 1.48 ± 1.20 olarak bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p > 0.05$).

Tablo 4.4. Engelli Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Yaşam Doyumu Puanlarının Dağılımı

		Ölçek Puanı	p	
Toplam Puanlar		19.04±6.35		
Demografik Özellikler				
Cinsiyet	Kadın	19.85±6.91	.24	t= 1.15
	Erkek	18.70±6.10		
Yaş	Genç ve Erişkin (18-49 yaş)	18.92±6.45	.57	t= -.55
	Yaşlı (50 ve üstü)	19.60±5.91		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	12.88±7.02	.00	KW= 19.37
	Okuryazar	14.78±4.61		
	İlköğretim	19.00±6.78		
	Ortaöğretim	19.41±6.13		
	Üniversite	21.64±4.68		
Medeni hal	Evli	20.80±6.14	.001	t= 3.80
	Bekar	17.66±6.20		

Tablo 4.4.'ün devamı				
Çocuk sayısı	Yok	17.91±6.23	.003	F= 0.07
	1-3	21.18±5.95		
	4 ve fazlası	18.14±7.06		
Meslek	Memur	20.53±5.84	.007	KW= 14.79
	İşçi	18.33±6.22		
	Emekli	19.80±4.97		
	Çalışmıyor	17.11±6.02		
	Ev Hanımı	21.94±6.56		
	Öğrenci	23.66±10.11		
Sosyal Güvence	Var	19.61±6.13	.04	t= 1.99
	Yok	17.48±6.75		
Ekonomik Durum	İyi	21.52±5.92	.00	F= 0.00
	Orta	19.85±5.78		
	Kötü	14.35±6.25		
Birlikte Yaşadığınız Kişiler	Yalnız	15.37±5.76	.016	F= 1.46
	Çekirdek Aile	19.17±6.14		
	Geniş Aile	22.08±8.24		
Yardımcı Cihazlar	Kullanıyor	17.87±6.20	.002	t= -3.20
	Kullanmıyor	20.78±6.21		
Eşlik Eden Kronik Hastalıklar	Var	18.45±5.77	.28	t= -1.08
	Yok	19.46±6.74		
Eşlik Eden Kronik Hastalıklar	Hipertansiyon	18.25±5.62	.89	KW= 1.91
	Diyabet	18.50±5.24		
	Kalp Damar Hastalıkları	19.58±6.92		
	Diğer	18.14±6.12		
	Hipertansiyon ve Diyabet	18.50±1.00		
Engellilik Durumu	Doğuştan	18.10±7.26	.14	t= -1.47
	Sonradan	19.52±5.81		
Engellilik Düzeyi Algısı	Yaşantımı Fazla Etkilemiyor	19.79±5.80	.00	F= 2.75
	Yaşantımı Kısmen Etkiliyor	20.69±6.50		
	Yaşantımı Çok Etkiliyor	16.47±5.51		

Tanıttıcı özelliklere göre katılımcıların aldıkları yaşam doyumu puanlarının dağılımı Tablo 4.4.'te verilmiştir.

Çalışma grubunu oluşturan bireylerin yaşam doyumu ölçeği puan ortalaması 19.04±6.35 olarak bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puanlar 19.85±6.91, erkeklerin 18.70±6.10'dur. Cinsiyet ile yaşam doyumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Eğitim durumu ile yaşam doyumu puanları karşılaştırıldığında, okuryazar olmayanlar 12.88±7.02, okuryazar olanlar 14.78±4.61, ilköğretim mezunlarının

19.00±6.78, ortaöğretim mezunlarının 19.41±6.13, üniversite mezunlarının 21.64±4.68'dir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p \leq 0.05$).

Evlilerin yaşam doyumları 20.80±6.14, bekarların 17.66±6.20'dir. Medeni hal ile yaşam doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0.05$).

Sosyal güvencesi olanların yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puanlar 19.61±6.19, olmayanların 17.48±6.75'dir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Ekonomik durumunu iyi olarak belirtenlerin yaşam doyumu puan ortalamaları 21.52±5.92, orta olarak belirtenlerin 19.85±5.78, kötü olarak belirtenlerin 14.35±6.25'tir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Geniş ailede yaşayanların yaşam doyumu puanları 22.08±8.24, çekirdek ailede yaşayanları 19.17±6.14, yalnız yaşayanların 15.37±5.76'dır. Birlikte yaşadığı kişiler ile yaşam doyumu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p \leq 0.05$).

Yardımcı cihaz kullananların yaşam doyumu puan ortalaması 17.87±6.20, kullanmayanların yaşam doyumu puan ortalaması 20.78±6.21'dir. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Engellilik düzeyi algısı ile yaşam doyumu puanlarına bakıldığında ise yaşantımı kısmen etkiliyor cevabını verenlerin yaşam doyumu puan ortalaması 20.69±6.50, fazla etkilemiyor cevabını verenlerin 19.79±5.80, çok etkiliyor cevabını verenlerin 16.47±5.51 olarak bulunmuştur. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır ($p < 0.05$).

Tablo 4.5 Engelli Bireylerin Benlik Saygısı ve Yaşam Doyumu Düzeylerinin Dağılımı

Ölçek	Yüksek		Orta		Düşük		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Benlik Saygısı	87	44.8	94	48.5	13	6.7	194	%100
Yaşam Doyumu	158	81.4	33	17.0	33	1.5	194	%100

Araştırmaya katılan bireylerin, % 44.8'inin yüksek, % 48.5'inin orta, % 6.7'sinin düşük düzeyde benlik saygısına sahip olduğu, % 81.4'nün yaşam doyumu yüksek, %17.0'ının orta, % 1.5'inin ise düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

5. TARTIŞMA

Ortopedik engelli bireylerin sürekli öfke-öfke ifade tarzları, benlik saygısı ve yaşam doyumunu belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları ilgili literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya alınan bireylerin çoğunu erkekler oluşturmaktadır. Bu durum Türkiye'de erkek ortopedik engelli oranının kadınlardan yüksek olmasıyla paralellik göstermektedir.¹⁹ Ayrıca çalışmanın evrenini Erzurum Türkiye Sakatlar Derneğine kayıtlı bireylerin oluşturması ve örgütsel organizasyonlarda erkeklerin kadınlardan daha fazla yer alıyor olması da bu duruma neden olarak gösterilebilir.

Türkiye'de engellilikte median yaşın çok genç olduğu (33.86) bildirilmektedir. Çalışma grubuna alınan bireylerin yaş ortalaması (37.24±12.52) Türkiye ortalamasına benzerdir.⁴⁶

Çalışmaya alınan okuryazar olan ve okuryazar olmayan bireylerin oranları Türkiye'deki engeli olmayan bireylerle benzerlik göstermektedir. TÜİK verilerine göre Türkiye'de nüfusun tamamında üniversite düzeyinde eğitime sahip olma oranı %11'dir. Bu çalışmada ise üniversite mezunu olan bireylerin oranı % 17.5 ile Türkiye ortalamasından daha yüksektir. TÜİK,¹⁹ tüm engellilerde (zihinsel engelliler dahil) okuryazar olmama oranını % 36.33 olarak bildirmiştir. Bu çalışmada okuryazar olmama oranı % 5.2 ile tüm engellilere göre oldukça düşüktür. Bu durumun araştırmaya alınan engelli grubunun ortopedik engellilerle sınırlı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca örgütlenme bilincinin eğitilmiş bireylerde daha fazla olması da bu sonuca neden olarak gösterilebilir.

TÜİK'e göre Türkiye'deki engelli bireylerin % 47.5'inin sosyal güvencesi vardır. Çalışmaya alınan bireylerin % 73.2'sinin sosyal güvencesinin olması, çalışma grubunun

eğitim düzeyi ve engellilerin iş istihdamlarında 2011⁵ yılı itibari yasal düzenlemelerin yapılmış olması ile açıklanabilir.

Çalışmaya alınan bireylerin % 66.0'nın engelinin sonradan, % 34.0'nın ise doğuştan olduğu görülmektedir. ÖZİDA'nın⁴⁶ bildirdiğine göre Türkiye'de doğuştan engelli olma oranı % 46.6'dır. Kaya'nın¹⁰ fizik tedavi hastanesinde yatarak tedavi gören hastalarla yaptığı bir araştırmada ise bireylerin % 97.5'inin engellilik durumu sonradan meydana gelmiştir. Bu bulgular, ortopedik engele yol açan durumların önemli bir bölümünün uygun koruyucu ve rehabilite edici hizmetlerle önlenebileceğini düşündürmektedir (Tablo 4.1).

Engeli ya da süreğen hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalarda⁴⁷⁻⁵⁰ bireylerin sürekli öfke puan ortalamaları sağlıklı olan kontrol gruplarından daha yüksek bulunmuştur. Bireylerin sürekli öfke yaşamasında engelliliğin ya da süreğen bir hastalığın varlığının etkisinin olduğu düşünülmesine karşın bu çalışma grubunda yer alan engelli bireylerin sürekli öfke puan ortalaması daha düşüktür (20.28 ± 6.64). Bu sonuca çalışma grubunun yaş, eğitim düzeyi, sosyal güvence varlığı ve ekonomik durum gibi sosyodemografik özelliklerinin yol açtığı düşünülmektedir (Tablo 4.2).

Bu çalışmaya alınan bireylerin öfke kontrol puan ortalaması sağlıklı bireylerle yapılmış olan çalışmalarda^{27,48,51} bulunan öfke kontrol puan ortalamasından daha düşüktür. Bu durum engelli olmanın öfke kontrolünü güçleştirdiğini düşündürmektedir.

Çalışmaya alınan engelli bireylerin sürekli öfke ve öfke alt ölçekleri puanları arasında cinsiyete göre anlamlı fark bulunmamıştır. Soysal ve ark.'nın⁵¹ yapmış olduğu çalışmada kızların sürekli öfke ve öfke içe puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu, Erkek ve ark.'nın⁵² hipertansiyon tanısı alan hastalarla yaptığı çalışmada ise; erkek hastaların sürekli öfke ve öfke dışı vurumu puan ortalamasının kadınlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının, yaş,

eğitim düzeyi, kültür, toplumun kadına ve erkeğe yüklemiş olduğu rollerden etkilenebileceğini ve değişkenlik gösterebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda; öfke içe vurumu genç-erişkin grupta daha yüksektir. Erkek ve ark.'nın⁵² yaptığı çalışmada bireylerin yaş grupları ile öfke ifade tarzları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu çalışma grubunda engelin varlığının genç-erişkin bireylerde öfke içe vurumunu arttırmakta olduğu düşünülmeye karşın, genç-erişkin grubu oluşturan bireylerin 161, yaşlıların ise 33 kişi olması nedeniyle yaş gruplarının benzer dağılmadığı göz önünde bulundurulmalıdır (Berkson yanılgısı).

Çalışmamızda; okuryazar olmayanların sürekli öfke ve öfke içe vurumu puan ortalaması diğer eğitim düzeyi gruplarına göre daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Üniversite mezunlarının ise, öfke kontrol puan ortalaması daha yüksek düzeydedir. Çalışma bulguları Soysal ve ark.'nın⁵¹ üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmadan elde ettiği öfke kontrol puanları ile benzerlik göstermektedir. Öfke, engellenme, doyurulmamış istekler, istenmeyen sonuçlar ve karşılanmayan beklentiler sonucunda ortaya çıkan bir duygudur. Sürekli öfke, yaşanan öfkenin sıklığıyla ilgili, öfke içe vurumu, bireyin yaşadığı öfkeyi ifade etmekte zorlanması, öfke kontrolü ise, bireyin öfkesini sağlıklı bir biçimde ifade etmesi durumudur. Eğitim düzeyi yükseldikçe bireylerin öfke duygularını daha doğru bir biçimde ifade etmesi ve öfke ile baş etme becerilerinin daha iyi olması beklenen bir durumdur. Çalışmamızda okur yazar olmayanlarla üniversite mezunları arasındaki fark bu doğrultuda değerlendirildiğinde, eğitim düzeyinin öfke ifadesinde önemli bir yere sahip olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin evli ya da bekar olmaları sürekli öfke ve öfke ifadesi bakımından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir. Benzer çalışmalar incelendiğinde;⁵² medeni durumun öfke ifadesini etkilediği görülmektedir. Çalışmamızda evli ya da bekar olmanın anlamlı fark

oluşturmaması, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarına engelli bireylerin medeni durumlarının etkisinin olmadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda bireylerin meslekleri ile öfke içe vurumu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Ev hanımlarının öfke içe vurumu puan ortalamaları daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Bu duruma; ev hanımlarını yalnızca kadınların oluşturması, kadınların öfke duygusunu dışa vurmamaları gerektiği ile ilgili toplumsal beklenti⁵³ ve kadına bu anlamda yüklenen roller, bir işte çalışmamaları nedeniyle ekonomik özgürlüklerinin olmaması, eş ve çocuklara karşı sorumluluklar neden olarak gösterilebilir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamasına karşın sürekli öfke puan ortalaması en yüksek öğrencilerde, öfke kontrolü ise en yüksek memurlarda bulunmuştur. Memur olmanın sağladığı ekonomik standartların ve sosyal rollerin bu grubun öfke kontrolünü olumlu etkilediği düşünülmektedir.

Engelli bireylerin ekonomik durumları ile sürekli öfke düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir ($p<0.05$). Gelir düzeyi azaldıkça bireyin sürekli öfke düzeyi artmaktadır. Ekonomik durumun kötü olması yalnızca engelliler için değil, sağlıklı bireyler için de yaşamı zorlaştıran bir unsurdur. Beklentilerin ve gereksinimlerin karşılanmasında zorluk yaşanmasının engelli bireylerde de, öfkeye olan eğilimi arttırdığı söylenebilir.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayan bireylerin; sürekli öfke ve öfke içe vurumu, sosyal güvencesi olanlara göre yüksek bulunmuştur. Öfkenin; gereksinimleri karşılayamama geleceğe güvenle bakamama ve istenilen yaşam standardında yaşayamama gibi nedenlerle ortaya çıkabileceği düşünüldüğünde; sosyal güvencesi olmayan bireylerin öfke duygusunu daha fazla yaşaması ve bu duyguyu uygun biçimde ifade edememesi beklenen bir durumdur.

Çalışma grubunun benlik saygısı puan ortalaması (1.90 ± 1.46) yüksek düzeyde bulunmuştur. Kaner'in görme engelliler, ortopedik engelliler ve engelli olmayan ergenlerle yaptığı çalışmada⁵⁴ benlik saygısı bakımından ortopedik engellilerle engelli olmayanlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan bir çalışmada ise,⁵⁵ ortopedik engellilerin, sürekli hastalığı olanların ve öğrenme güçlüğü olanların benlik saygılarının engelli olmayanlara göre düşük olduğu saptanmıştır. Adler,⁵⁶ organ eksikliğinin düşük özsaygıya yol açmakta önemli bir etkiye sahip olduğu görüşündedir. Adler, özsaygının gelişiminde olumsuz sonuçlar doğurabilecek koşullardan birincisinin organ eksikliği ve farklılığı olduğu görüşündedir. Çalışma grubumuzu oluşturan engelli bireylerin kendine yönelik olumlu tutumlarının olduğu, kendilerini değerli algıladıkları söylenebilir. Bu çalışma Türkiye Sakatlar Derneği üyesi bireylerle yürütülmüştür. Kendileriyle aynı kaderi paylaşan diğer engellilerle bir arada bulunmanın, benlik saygısını olumlu etkileyeceği düşünülmektedir. Ayrıca, kentsel alanlarda engellilere yönelik olan fiziksel çevre düzenlemelerinin kırsal alana göre daha iyi durumda olması, engellilerin birlikte olduğu bireylerin eğitim düzeyinin kırsal alana göre daha yüksek olması, kırsal alanlarda sık rastlanan "etiketleme" gibi olumsuz kültürel özelliklerin daha az rastlanması bu çalışma grubunun benlik saygısının yüksek olmasına yol açmış olabilir. Ortopedik engelin benlik saygısını etkilemediğini söyleyebilmek için, araştırmanın farklı sosyoekonomik ve kültürel özellikteki bireylerle yapılması gerekir.

Bu araştırmaya katılan kadınların benlik saygısı ölçeğinden aldıkları puanlar ile erkeklerin benlik saygısı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Benlik saygısının cinsiyete göre incelendiği pek çok araştırma vardır. Bu araştırmaların çoğunda erkeklerin benlik saygılarının kızlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁵⁷ Franzoi ve ark.,⁵⁵ cinsiyete dayalı bu farklılığı, toplumun kadının bedenine daha çok ilgi göstermesinden, bu ilgi nedeniyle

kadınların bedenlerine daha çok önem vermelerinden ve fiziksel görünümün erkeklerden çok kadının değerini ve statüsünü belirleyen bir faktör olmasından kaynaklanabileceğini ileri sürmektedirler. Kedde ve Berlo'ya göre de, fiziksel engelli kadınlar erkeklere göre daha pozitif duygulara sahip olmaktadır.⁵⁸ Buna karşılık bazı araştırmalardan^{32,54,57} benlik saygısında cinsiyet farkı vermeyen sonuçlar elde edilmiştir. Kaner'in görme engelli, ortopedik engelli ve engeli olmayan bireylerle yaptığı çalışmada⁵⁴ kendine saygı ölçeğinden ortopedik engelli kız ve erkekler arasında benlik saygısı bakımından farklılık saptanmamıştır. Satan'ın engeli olmayan ergen bireylerle yaptığı çalışmada ise,³² benlik saygısı ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmaması bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Bireylerin eğitim durumları ile benlik saygıları puanları incelendiğinde; üniversite mezunlarının benlik saygılarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Dökmen ve Kışlak'ın engeli olan ve olmayan üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada,⁵⁹ bireyler arasında benlik saygısı bakımından fark bulunmamıştır. Bu bulgular ışığında, çalışma grubumuzu oluşturan bireylerin benlik saygısı puanlarına engelli olmanın etkisinden çok; eğitim düzeylerinin yüksekliği ve yüksek eğitim düzeyinin kazanımlarının etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza katılan bireylerden evli olanların benlik saygısı puanları bekar olanlardan yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Konuyla ilgili literatürler incelendiğinde medeni halin benlik saygısı üzerine etkisinin olduğu görülmüştür. Taleporus ve McCabe'nin yaptığı bir çalışmada beden imajı ve cinsel memnuniyeti yüksek kadın ve erkeklerde benlik saygısının yüksek olduğu ve depresyonun düşük olduğu görülmektedir. Cinsel memnuniyet, cinsel saygı ve olumlu beden imajı fiziksel engelli bireylerde tam iyi oluştta önemli bir etkidir.⁶⁰ McCabe ve ark.'ın yaptığı diğer bir çalışmada ise, orta ya da yüksek kalitede ilişkisi olan bireylerin ilişkisi olmayanlara

göre depresyon ve negatif duyguları daha az yaşadığı bulunmuştur.⁶¹ Evlilik bireylerden toplumun beklediği sosyal bir roldür. Bu rolün karşılanması tıpkı engeli olmayan bireyler gibi engelli bireylerde de benlik saygısını yükseltmektedir.

Bireylerin çocuk sayılarına göre benlik saygısı düzeylerine bakıldığında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bir-üç arasında çocuk sahibi olmak bireylerin benlik saygılarını olumlu yönde etkilemektedir. Çocuk sahibi olmamanın ya da çok sayıda çocuğun ise, benlik saygısını olumsuz etkilediği görülmektedir. Çocuk sahibi olamama, toplumun bireyden beklediği rolü karşılayamadığı algısına yol açabileceğinden benlik saygısını zedeleyebilir. Bunun yanı sıra çok sayıda çocuk, bireyin sorumluluklarının artmasına, yaşam şartlarının ve baş etme durumlarının bozulmasına neden olarak benlik saygısını düşürebilir.

Bireylerin benlik saygısı ile sosyal güvence, meslek ve ekonomik durumları karşılaştırıldığında; çalışmayanların benlik saygısının memur, emekli, işçi, ev hanımı ve öğrencilere göre, sosyal güvencesi olmayanların olanlara göre ve ekonomik durumu kötü olanların orta ve iyi olanlara göre daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Bir işe ve sosyal güvenceye sahip olmanın, ekonomik rahatlama sağlayarak toplumsal statüyü arttırdığı, benlik saygısını yükselttiği ve bireyin psikolojik olarak da kendini daha rahat hissetmesine yol açtığı düşünülmektedir.⁶²

Araştırma bulgularına bakıldığında; benlik saygısı ile engellin doğuştan veya sonradan olması durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmemiştir ($p>0.05$). Yatkın'ın yaptığı çalışmaya göre, doğuştan veya sonradan ortopedik engelli olmak özsaygı puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yaratmamaktadır.⁵⁶ Kedde ve Berlo'nun yaptığı çalışma ise⁵⁸, özür başlangıç yaşının beden imajı ve cinsel rollerin gelişimi üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada engeli doğuştan ya da genç yaşta engelli olanların, ileri yaşta engelli olanlara

göre cinsellik yönünden yaşama daha kolay entegre olabildikleri ifade edilmiştir. Diğer taraftan; erken yaşta veya doğuştan engelli olan bireylerin bakım alırken sık sık mahremiyetlerinin zedelenmesi onların asexüel engelli rolünde sosyalle olmalarına yol açmaktadır. Ayrıca çalışmalar ileri yaşta engelli olan bireylerin anksiyete düzeylerinin doğuştan veya erken yaşta engelli olanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir.⁵⁸ Benlik saygısı ile engelin oluş zamanının karşılaştırıldığı çalışmalardan farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada, bireyler engelin oluş zamanına göre benlik saygısı açısından farklılık göstermemektedir.

Engellilik düzeyi algısı ile benlik saygısı verileri karşılaştırıldığında "yaşantımı çok etkiliyor" cevabı verenlerin benlik saygısı daha düşük düzeyde bulunmuştur. Adler, engelliğin biyolojik niteliğinden çok, bireyin bu durumu nasıl karşıladığının ve engelliğin bireyin yaşamını nasıl etkilediğinin önemli olduğunu vurgulamıştır. Engelliğin bireyin yaşamını yüksek düzeyde etkilemesi; fiziksel engellerin artmasına, bireyin toplumda yerine getirdiği rollerin ve yaşam standartlarının olumsuz etkilenmesine yol açan bir faktör olarak düşünüldüğünde benlik saygısının düşmesi beklenen bir durum olarak yorumlanabilir.⁵⁶

Araştırmaya alınan bireylerin yaşam doyumu puan ortalamaları 19.04 ± 6.35 olarak bulunmuştur. Sağlıklı bireylerle yapılan benzer çalışmalar incelendiğinde, bireylerin yaşam doyumu puanlarının 21'in üzerinde olduğu görülmektedir.^{25,38,63} Çalışma grubumuzu oluşturan ortopedik engelli bireylerin yaşam doyumu puan ortalaması, engeli olmayan bireylere göre daha düşük düzeydedir. Bu durum, ortopedik engelin bireyin yaşam doyumunu etkileyen önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Yaşam doyumu puan ortalamaları cinsiyete göre karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel anlamlı olmamasına karşın ($p > 0.05$) kadınların yaşam doyum puan ortalaması (19.85 ± 6.91) erkeklerden (18.70 ± 6.10) daha yüksektir. Dost'un üniversite

öğrencilerinde yaptığı bir araştırmada,³⁸ kız öğrencilerin yaşam doyumu puan ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Toplumda kadınların yaşamdan beklentilerinin erkeklerden daha düşük olduğu ve bu düşük beklentinin yaşam doyumunu yükseltebileceği düşünülmektedir.

Bireylerin yaşam doyumları ile yaşları incelendiğinde aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Çalışmamızda genç erişkin bireylerin yaşam doyumu puanları (18.92 ± 6.45) engeli olmayan genç erişkin yaş grubunu oluşturan bireylerle yapılan çalışmalara göre daha düşük düzeydedir. Bu yaş grubunu oluşturan bireylerle yapılan çalışmalara bakıldığında^{38,63} bireylerin yaşam doyumu ölçeğinden aldıkları puanlar 23'ün üzerinde bulunmuştur. Benzer şekilde çalışmaya alınan yaşlı engelli bireylerin yaşam doyumu puan ortalamaları engeli olmayan yaşlı bireylerle yapılan çalışmalarla⁶⁴ karşılaştırıldığında daha düşük düzeydedir. Bu veriler eşliğinde; engelin varlığının bireyin yaşam doyumunu etkilediği düşünülebilir.

Bireylerin yaşam doyumları eğitim durumları ile karşılaştırıldığında; en yüksek yaşam doyumu puan ortalamaları üniversite mezunlarında yaşam doyumunun yüksek düzeyde (21.64 ± 4.68), okuryazar olmayan bireylerde ise orta düzeyde (12.88 ± 7.02) bulunmuştur. Altınok ve Yılmaz'ın²⁵ üniversite mezunu bir grupta yaptığı çalışmada; bireylerin yaşam doyumu ortalamaları 23.36 ± 5.74 olarak belirtilmiştir. Çivitçi'nin⁶³ üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada da, öğrencilerin yaşam doyumu ortalamaları 23.38 ± 6.10 olarak bulunmuştur. Bu çalışmanın bulguları üniversite mezunlarıyla yapılan çalışmalardaki yaşam doyumu puanlarıyla benzerlik göstermektedir. Çalışmalardan elde edilen bulgulara bakıldığında, bireyin kendi yaşamını değerlendirmesi olarak tanımlanan yaşam doyumu üzerinde eğitim düzeyinin rolü olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda evli engellilerin yaşam doyumları bekar olanlara göre yüksektir ($p<0.05$). Fowers⁶⁵ evliliği; bireyin kişiliğinin gelişmesini ve mutlu olmasını sağlayan bir kurum olarak ifade etmiştir. Çelik ve Tümkaya,⁶⁶ doyum sağlayıcı evliliklerin, eşler arasındaki etkili iletişimin, destek ve onayın, sorunlarla birlikte baş etmenin psikolojik doyumu etkilediğini aktarmışlardır. Evliliğin; toplumun bireyden beklediği bir rol ve bireye toplumsal bir statü kazandırıyor olması evli olan engelli bireylerin yaşam doyumunun bekar olanlardan daha yüksek olmasına yol açmış olabilir.

Araştırmaya katılan ve çocuğu olmayan engelli bireylerin yaşam doyumu puanları 17.91 ± 6.23 , çocuk sayısı 1-3 arasında olanların yaşam doyumu puanları 21.18 ± 5.95 , 4 ve fazlası çocuğa sahip olan bireylerde ise 18.14 ± 7.06 'dır ($p<0.05$). Çocuk sahibi olmanın bireyi olumlu yönde etkilediği ancak, dört ve daha fazla çocuğa sahip olmanın bireyin artan sorumlulukları ile baş etmede güçlük yaşamasına neden olduğu, çocuk sahibi olamamanın ise bireye toplumun yüklediği rolleri yerine getiremediği algısına yol açtığı için yaşam doyumunu düşürdüğü söylenebilir. Altıparmak'ın huzur evinde yaşayan yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada,⁶⁴ çocuk sahibi olma durumunun yaşam doyumunu etkilemediği bulunmuştur. Bu çalışmaya alınan grubun ağırlıklı olarak genç bireylerden oluşmuş olması bu farka neden olarak gösterilebilir.

Çalışmaya alınan engelli bireylerden, herhangi bir işte çalışmayanların, sosyal güvencesi olmayanların ve ekonomik durumunu kötü olarak nitelendirenlerin yaşam doyumları düşük düzeyde bulunmuştur. Öğrenciler, yaşam doyumu en yüksek grubu oluşturmaktadır. Dost'un üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada,³⁸ bireylerin yaşam doyumları algılanan ekonomik durumla doğru orantılı olarak artmıştır. Üniversite öğrencileriyle yapılan araştırmalarda,^{38,63} çalışma grubumuzu oluşturan ortopedik engelli öğrencilerle benzer sonuçlara rastlanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarına bakarak

ekonomik durum, sosyal güvence ve bir işte çalışmanın; yaşam doyumunu arttıran faktörler olduğu söylenebilir. Ayrıca; öğrencilerin yaşam doyumları en yüksek grubu oluşturması; eğitim düzeylerinin yüksek olmasıyla ilişkilendirilebilir. Ekonomik durumun iyi olmasının, temel ihtiyaçların karşılanma kolaylığını, yaşam kalitesini ve yaşam doyumunu olumlu etkilediği söylenebilir.

Bireyler aile yapılarına göre incelendiğinde; yalnız yaşayanların yaşam doyumu puanları 15.37 ± 5.76 , çekirdek aile yapısında olanların 19.17 ± 6.14 , geniş aile yapısında olanların ise 22.08 ± 8.24 olarak bulunmuştur ($p < 0.05$). Geniş ailede yaşayan bireylerin sosyal destek kaynaklarının fazla olduğu, ayrıca; rol ve görevlerinin bireyde değerlilik algısı oluşturduğu ve tüm bunların yaşam doyumunu olumlu etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda yardımcı cihaz kullanan bireylerin yaşam doyumu puanları kullananmayan bireylerden düşük bulunmuştur ($p < 0.05$). Kaya'nın çalışmasında,¹⁰ cihaz kullanan engellilerin fiziksel fonksiyon değerleri cihaz kullanmayanların değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunmuştur. Bu durumda, yardımcı cihaz kullanımının bireyin engellilik ve bağımlılık düzeyinin artmasına yol açtığı ve yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Engellilik düzeyi algısı ile yaşam doyumu karşılaştırıldığında; "yaşantımı çok etkiliyor" yanıtını verenlerin puanları "yaşantımı kısmen etkiliyor" ve "yaşantımı fazla etkilemiyor" yanıtını verenlere göre düşük düzeydedir ($p < 0.05$). Bireylerin yaşamının engellilik nedeniyle etkilenme düzeyinin, bireyin yaşam doyumunu olumlu ya da olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

Çalışmaya alınan bireylerin benlik saygısı ve yaşam doyumu düzeylerine bakıldığında; büyük çoğunluğun orta düzeyde benlik saygısı ve yüksek düzeyde yaşam doyumuna sahip olduğu görülmektedir. Çalışma grubumuzu oluşturan bireylerin eğitim

düzeyi, aynı problemleri olan bireylerin aynı ortamı paylaşmaları, farkındalıklarının yüksek olması, sosyalleşmeleri bu duruma neden olarak gösterilebilir.

Çalışma bulguları incelendiğinde; ortopedik engelli bireylerin, öfke düzeylerinin, ve öfke ifade biçimlerinin, benlik saygılarının ve yaşam doyumlarının daha çok bireylerdeki değiştirilebilir (eğitim, ekonomik durum, sosyal güvence vb.) özelliklerden etkilendiği görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ortopedik engelli bireylerin sürekli öfke-öfke ifade tarzları, benlik saygısı ve yaşam doyumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada;

Çalışmaya alınan engelli bireylerin benlik saygılarının ve yaşam doyumlarının yüksek düzeyde olduğu,

Kadın ya da erkek olmanın öfke ifade biçimini, benlik saygısını ve yaşam doyumunu etkilemediği,

Eğitim düzeyinin düşük olmasının, sosyal güvencenin olmamasının, ekonomik durumun kötü olmasının ve çocuk sahibi olmamanın sürekli öfke puan ortalamasını arttırdığı,

Genç yaşta olmanın, düşük eğitim düzeyinin, ev hanımı olmanın ve sosyal güvence yokluğunun öfke içe vurumunu, üniversite mezunu olmanın ise öfke kontrolünü arttırdığı,

Düşük eğitim düzeyinin, bekar olmanın, herhangi bir işte çalışmamanın, sosyal güvence yokluğunun, kötü ekonomik durumun ve engelliğin yaşantıyı fazla etkilemesinin benlik saygısını düşürdüğü,

Yüksek eğitimin, evli olmanın, çocuk sahibi olmanın, ev hanımı olmanın, sosyal güvencenin olmasının, iyi ekonomik durumun, geniş ailede yaşamanın, yardımcı cihaz kullanımına gereksinim duymamanın yaşam doyumunu yükselttiği belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

Ortopedik engelli bireylerin eğitim düzeylerinin artırılması, ekonomik durumlarının iyileştirilmesi, sosyal güvencelerinin sağlanması ve daha fazla sosyalleştirilmeleri için gereken yasal ve sosyal düzenlemelerin yapılması,

Ortopedik engelli bireylerin, öfke düzeylerini, öfke ifade biçimlerini, benlik saygılarını ve yaşam doyumlarını etkileyen unsurlar hakkında hemşirelerin bilinçlendirilmesi,

Farklı sosyoekonomik, kültürel özellikteki ortopedik engelli bireylerin de dahil edildiği çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Ulutaşdemir N. Engelli çocukların eğitimi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2007, 2:5.
2. Ötürk M. Türkiye'de engelli gerçeği. *MÜSİAD Cep Kitapları*, 1. Baskı, İstanbul, Ajansvısta Matbaacılık, 2011, 1: 16-22.
3. Aytemiz SO, Bolat T. Örgütlerde bedensel ve zihinsel engelli iş gören ayrımcılığı: uygulamalı etik boyutuyla bir değerlendirme. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hakemli Dergisi*, 2005, 6: 35-45.
4. Elmalı M, Altıparmak G, Dinç M, Öztürk S. Psikolojik danışman ve rehber öğretmenlere yardımcı el kitabı. http://mebk12.meb.gov.tr/meb.../12100343_pskolojk_danimanektabı.pdf. 18 Ocak 2015.
5. Engellilik. <http://tr.wikipedia.org/wiki/Engellilik>. 21 Aralık 2014.
6. Akdağ ŞA, Tanay G, Özgöl H, Birer KL, Kara Ö. Türkiye’de Engellilik Temelinde Ayrımcılığın İzlenmesi Raporu. İnsan Hakları Uygulama Ve Araştırma Merkezi, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi, 2011.
7. *Dünya Engellilik Raporu, Yönetici Özeti*, <http://siteresources.worldbank.org/.../Resources/455687.../YoneticiOzeti.pdf>. 18 Ocak 2015.
8. Yorulmaz S. Ortopedik Engellilere Eğitim Veren Kurumlardaki Engelli Bireylere Beceri Kazandırmada Karşılaşılan Sorunların İncelenmesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, El Sanatları Eğitimi Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2010.
9. T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu, <https://www.tccb.gov.tr/ddk/ddk30.pdf>. 29 Ekim 2014.

10. Kaya Ç. Ortopedik Özürlülerin Günlük Yaşam Aktivitelerindeki Bağımsızlıklarının Yaşam Kalitelerine Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2006.
11. Özdemir KD. Ortopedik Engelli Kadınların Sorun Ve Beklentileri: Tuzla İlçesi Örneği. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2010.
12. Sütçü S, Aydın A. İki farklı öfke ölçeğinin çocuk ve ergenler için psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi*, 2008, 9: 93-108.
13. Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özka D. Mesleki profesyonellik ve bir meslek mensupları olarak hemşireler örneği. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2011, 9: 2.
14. Türk Dil Kurumu. Engelli Tanımı. http://www.tdk.org.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.54f48ebb2d8454.06503683. 1 Şubat 2015.
15. Akdemir N, Akkuş Y. Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006: 82-91.
16. Birleşmiş Milletler Engelli Hakları Sözleşmesi, www.eyh.gov.tr/upload/Node/8137/.../bm_engellihaklarisozlesmesi.pdf. 15 Eylül 2014.
17. World Health Organization (WHO), International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Engellilik Sınıflandırması, <http://www.who.int/classifications/icf/en/>. 10 Şubat 2015.
18. Kaya A. Isparta İlinde Engellilere Yönelik Hizmet Veren Kamu Ve Özel Eğitim Kurumlarında Çalışan Meslek Gruplarında Tükenmişlik Düzeyi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, 2010.
19. Türkiye İstatistik Kurumu. Özürlü nüfus oranı, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1017. 15 Ocak 2015.

20. Örsal Ö. Hemşirelik Perspektifinden Özürlülük. Doktora Tezi, Eskişehir Sağlık Yüksekokulu, Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2006.
21. Taylor CR, Lillis C, LeMone P, Lynn P. *Fundamentals of Nursing*. Philadelphia, Wolters Kluwer Health. 2011, 7: 74.
22. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. T. C. Resmi Gazete, sayı: 27910, 19 Nisan 2011.
23. Kurre PA. Orthopaedic care coordination for the intellectually and developmentally disabled adult in the residential care setting. *National Association of Orthopaedic Nurses Orthopaedic Nursing*, 2014, 33: 5.
24. Albayrak N, Erkal S, Ançel G, Albayrak A. *Hemşirelik Bakım Planları, Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psikososyal Boyut*. Ankara, Alter Yayıncılık, 1. Basım, 2007: 4.
25. Altınok V, Yılmaz E. Okul yöneticilerinin yalnızlık ve yaşam doyum düzeylerinin incelenmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 2009, 15: 451-469.
26. Traş Z, Arslan C, Taş A. Öğretmen adaylarında mizah tarzları, problem çözme ve benlik saygısının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011, 8: 2.
27. Diril A. Lise Öğrencilerinin Bilişsel Esneklik Düzeylerinin Sosyodemografik Değişkenler Ve Öfke Düzeyi İle Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki Açısından İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2011.
28. Dryden W, Gordon J. *Mutluluk Yolu*, Babayiğit Z (Çeviri Editörü), *Think Your Way To Happiness*. 1. Baskı, İstanbul, Hyb Yayıncılık, Boylam Piskiyatri Enstitüsü, 2008, 1: 93-110.
29. Bhandari M, Busse JW, Hanson BP, Leece P, Ayeni OR, Schemitsch EH. Psychological distress and quality of life after orthopedic trauma: an observational study. *Canadian Medical Association*, 2008, 51: 1.

30. Carter L. *Öfke Tuzağı*. Ummak H (Çeviri Editörü), *The Anger Trap*, 1.Baskı, İstanbul, Koridor Yayıncılık, 2010: 43-123.
31. Kassinove H, Sukhodolsky DG. Anger Disorders, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 1995, 18: 173-205
32. Satan A. Ergenlerde akran baskısı, benlik saygısı ve alkol kullanımı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2011, 34: 183-194.
33. Hirsch BJ, DuBois DL. Self-esteem in early adolescence: The identification and prediction of contrasting longitudinal trajectories. *Journal of Youth and Adolescence*, 1991, 20: 53-72.
34. Erözkan A. Üniversite öğrencilerinin iletişim becerilerini etkileyen faktörler. *Muğla Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2007, 26: 26.
35. Rosenberg M. *Society And The Adolescent Self-Image*. Princeton University Press, 1965.
36. Coopersmith S. *The Antecedents Of Self-Esteem*. Published by W. H. Freeman and Co Ltd, New York, 1967.
37. Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 1985, 49: 1.
38. Dost M. Üniversite öğrencilerinin yaşam doyumunun bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2007, 2: 22.
39. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene PR, Vagg PR, Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, 1983.
40. Özer AK. Sürekli Öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 1994, 31: 26-35.

41. Çuhadaroglu F. Adölesanlarda Benlik Saygısı. Psikiyatri Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1986.
42. Çeçen AR. Üniversite öğrencilerinin cinsiyetlerine ve ana baba tutum algılarına göre yalnızlık ve algılanan sosyal destek düzeylerinin incelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2008, 6: 415-432.
43. Köker S. Normal ve sorunlu ergenlerin yaşam doyumu düzeyinin karşılaştırılması. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 1991.
44. Yetim Ü. Life satisfaction: A study based on the organization of personal projects. *Social Indicators Research*, 1993, 29 : 277-289.
45. Dünya Sağlık Örgütü. Demografik özelliklerin tanımlanması için yaş sınıflandırması. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>. 5 Şubat 2015.
46. Akdoğan A, Beydoğan B, Parmaksız P, Sabuktay A, Vural HS. Özürlülüğe dayalı ayrımcılığın ölçülmesi araştırması. Ankara, 2010, www.ozida.gov.tr. 13 Kasım 2014.
47. Çelik C, Özdemir B, Çaycı T, Aparcı M, Özmenler KN, Özgen F, Özşahin A. Esansiyel hipertansiyonda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. *Gülhane Tıp Dergisi* 2009, 51: 158-161.
48. Albayrak B, Kutlu Y. Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2: 3.
49. Güleç YM, Kılıç A, Gül Ü, Güleç H. Psoriasis hastalarında aleksitimi ve öfke. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2009, 46: 169-74.
50. Güleç H, Sayar K, Güleç YM. Fibromiyaljide tedavi arayışının psikolojik etkenlerle ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007, 18: 22-30.

51. Soysal Ş, Can H, Kılıç K. Üniversite öğrencilerinde a tipi davranış örüntüsü ile öfke ifadesi arasındaki ilişkinin analizi ve cinsiyetler açısından karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2009, 12: 61-67.
52. Erkek N, Özgür G, Gümüş A. Hipertansiyon tanısı alan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006, 10: 2.
53. Bilge F. Eğitim bilimleri öğrencilerinin sürekli kızgınlık düzeyleri ve kızgınlıklarını ifade biçimlerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1997, 13: 75-80.
54. Kaner S. Görme ve ortopedik engelli ve engelli olmayan ergenlerin benlik saygılarının karşılaştırmalı olarak incelenmesi. *Özel Eğitim Dergisi*, 1995, 2 : 11-18.
55. Franzoi SL, Kessenich JJ, Sugrue PA. Gender differences in the experience of body awareness. An experimental sampling study. *Sex Roles*, 1989, 21: 499-515.
56. Yatkın Ş. Görme ve ortopedik engelli ergenlerin özsaygı düzeylerinin kendilerine yönelik toplumsal tutumları algılamalarına etkisi. http://sbe.giresun.edu.tr/fileadmin/user_upload/diger/makleler_oezet_7.sayi/kamil/goorme_ve_ortopedik_engelli.pdf. 17 Kasım 2014.
57. Kaner S. Ortopedik engelli ve engelli olmayan erkek ergenlerde benlik saygısı ve beden imajı. *Özel Eğitim Dergisi*, 2000, 2: 13-22.
58. Kedde H, Berlo W. Sexual satisfaction and sexual self images of people with physical disabilities in the netherlands. *Sexuality and Disability*, 2006, 24: 1.
59. Dökmen ZY, Kışlak ŞT. Engelli olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin demografik ve psikolojik özellikleri ile sorunlarının karşılaştırılması. *Kriz Dergisi*, 2004, 12: 33-47.

- 60.** Taleporos G, McCabe MP. The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality and Disability*, 2002, 20: 3.
- 61.** McCabe MP, Cummins RA, Romeo Y. Relationship status, relationship quality, and health. *Journal of Family Studies*, 1996, 2: 109-120.
- 62.** Dereli F, Okur S. Engelli çocuğa sahip olan ailelerin depresyon durumunun belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 2008, 25: 3.
- 63.** Çivitci A. Üniversite öğrencilerinde genel yaşam doyumu ve psikolojik ihtiyaçlar arasındaki ilişkiler. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2012, 21: 321-336.
- 64.** Altıparmak S. Huzur evinde yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu. sosyal destek düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi* 2009, 23: 159-164.
- 65.** Fowers BJ. Psychology as public philosophy: An illustration of the moral dimension of psychology with marital research. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 1993, 13: 124-136.
- 66.** Çelik M, Tümkaya S. Öğretim elemanlarının evlilik uyumu ve yaşam doyumlarının iş değişkenleri ile ilişkisi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*, 2012, 13: 223-238.

EKLER

EK I. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı	: Gül ŞAHİN
Doğum Tarihi	: 16.11.1989
Doğum Yeri	: İzmir
Medeni Hali	: Bekar
Uyruğu	: T.C
Adres	: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, 25240 ERZURUM
Telefon	: 04423172269
E- Mail	: sahingl@gmail.com
Eğitim	
Lise	: İzmir İnönü Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi (2003-2007)
Lisans	: GATA Hemşirelik Yüksek Okulu (2007-2011)
Yüksek Lisans	: Atatürk Üniv./Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı(2013-2015)
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce	: ÜDS: 50.00 Mart,2011
İlgi Alanları ve Hobiler	
	Kitap okumak, müzik dinlemek, film izlemek

EK II. KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcılar, Araştırmacı bu soruları bilimsel bir çalışmada bağımsız değişken olarak kullanmak üzere sormaktadır. Bu bilgilerin gizli kalacağı ve başka hiçbir yerde hiçbir şekilde kullanılmayacağı araştırmacı tarafından garanti edilmektedir. Ayrıca araştırmanın güvenilirliğini artırabilmek amacıyla İsim ve Soyadı'nın yazılması istenmemektedir. Verilecek yanıtlar araştırma sonuçlarını etkileyeceğinden doğru ve samimi yanıtlar vermeye gayret gösteriniz. Teşekkürler...

1. Cinsiyetiniz:

Kadın () Erkek ()

2. Yaşınız: _____

3. Eğitim durumunuz :

Okuryazar değil () Okuryazar() İlköğretim() Ortaöğretim() Üniversite
()

4. Medeni haliniz:

Evli () Bekar ()

5. Varsa çocuk sayınız : _____

6. Mesleğiniz: _____

7. Sosyal güvenceniz:

Var () Yok ()

8. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

İyi () Orta () Kötü ()

9. Birlikte yaşadığınız kişiler:_____

10.Varsa kullandığınız ortez ve diğer yardımcı cihazlar neler?_____

11. Eşlik eden kronik hastalıklarınız var mı?

Evet () Hayır ()

12. Cevabınız evetse nedir?

Hipertansiyon () Diyabet () Kalp damar hastalıkları () Diğer ()

13. Engellilik durumunuz?

Doğuştan mevcut () Sonradan gelişti ()

14. Engellilik düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?

Yaşantımı fazla etkilemiyor ()

Yaşantımı kısmen etkiliyor ()

Yaşantımı çok etkiliyor ()

EK III. SÜREKLİ ÖFKE-ÖFKE İFADE TARZLARI ÖLÇEĞİ

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

Sizi ne kadar tanımlıyor?

Hiç (1) Biraz (2) Oldukça (3) Tümüyle (4)

1. Çabuk sinirlenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
2.Kızgın kişilikliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
3.Öfkesi burnunda bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4.Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
5.Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	(1)	(2)	(3)	(4)
6.Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
8.Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
9.Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)
10.Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA.....				
11.Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13.Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14.Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15.Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA.....				

16.İnsanlardan uzak dururum...	(1)	(2)	(3)	(4)
17.Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19.Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20.İçin için köpürürüm ama gösteremem.	(1)	(2)	(3)	(4)
ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA.....				
21. Davranışlarımı kontrol ederim	(1)	(2)	(3)	(4)
22.Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23.İçimde kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24.Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25.Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA.....				
26.Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
27.Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
28.Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29.Kötü şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30.Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
ÖFKELENDİĞİMDE YA DA KIZDIĞIMDA.....				
31.İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32.Sinirlerime hakim olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
33.Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34.Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK IV. ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Sayın Katılımcılar; Lütfen aşağıda yer alan ifadelerin size ne ölçüde uygun olduğunu, aşağıdaki ölçeği dikkate alarak ifadenin yanındaki bölmede işaretleyin. Teşekkürler.

1.Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

2.Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

3.Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

4.Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

5.Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

6.Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

7.Genel olarak kendimden memnunum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

8.Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

9.Bazen kesinlikle bir işe yaramadığımı düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

10. Bazen hiç de iyi bir insan olmadığımı düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

EK V. YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ

YDÖ Aşağıda 5 ifade vardır. Bu ifadelerin size uygunluk derecesini belirlemek amacıyla ile 1'den 7'ye kadar seçenekler sunulmuştur. Bu derecelendirilmiş seçeneklerden sizin için uygun olan derecelendirme numarasını ifadelerin karşısında yer alan çizginin üzerine yerleştiriniz.

1.Hiç uygun değil

2.Uygun değil

3.Biraz uygun değil

4.Ne uygun, ne uygun değil

5.Biraz uygun

6.Uygun

7.Çok uygun

- Yaşamım birçok yönüyle ideallerime yakın. _____
- Yaşam koşullarım çok iyi. _____
- Yaşamımdan hoşnudum. _____
- Şu ana kadar istediğim şeyleri elde edebildim. _____
- _____

Y

eniden dünyaya gelseydim yaşamımda hemen hemen hiçbir şeyi
değiştirmezdim. _____

EK VI. ETİK KURUL ONAYI



ETİK KURUL SONUÇ FORMU



Araştırmanın Adı: “Ortopedik Engelli Bireylerin Öfke İfade Biçimleri, Benlik Saygıları ve Yaşam Doyumları ”

Araştırmanın Yürütülmesi Uygundur (x)

Düzenlemeler Yapıldıktan Sonra Yürütülmesi Uygundur ()

Araştırmanın Yürütülmesi Uygun Değildir ()

Açıklamalar (Uygun değil ya da düzeltme gerekiyorsa): Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Etik Kurulu’nun 10.04.2014 tarihinde yapılan toplantısında “Ortopedik Engelli Bireylerin Öfke İfade Biçimleri, Benlik Saygıları ve Yaşam Doyumları” konulu Yüksek lisans öğrencisi Gül Şahin ve Doç.Dr.Reva BALCI AKPINAR’ın çalışması etik açıdan uygun bulunmuştur.


Prof.Dr. Mehtap TAN

Başkan


Doç.Dr.Fatma GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ

Başkan Yrd.


Doç.Dr. Ayda ÇELEBİOĞLU

Üye


Doç.Dr.Nadiye ÖZER

Üye


Doç.Dr. Elanur YILMAZ KARABULUTLU

Sekreter/Raportör

EK VII. DERNEKLE ÇALIŞMA İZNİ

G. Dosya No = 10/2014.

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları Yüksek Lisans Öğrencilerinden Gül ŞAHİN 'in Erzurum il merkezinde Türkiye Sakatlar Derneğine kayıtlı **"Ortopedik Engelli Bireylerin Öfke İfade Biçimleri, Benlik Saygıları Ve Yaşam Doyumları "** isimli tez çalışmasının üyelerimizle yürütülmesi yerinde görülmüştür.

Türkiye Sakatlar Derneği Erzurum Şube Başkanı

Sadullah EFE



