



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ACİL SERVİS SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TOLERANS
DÜZEYLERİ İLE ÖFKE KONTROLLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

MEHTAP ŞENER AKKOÇ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yrd. Doç.Dr. Gül ÜNSAL BARLAS

İSTANBUL-2011

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği

Tez Sahibi : Mehtap Şener Akkoç

Tez Başlığı : Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Öfke Kontrolü Üzerine Etkisi

Sınav Yeri : MÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sınav Tarihi : 06.10.2011

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Yrd.Doç.Dr.Gül Ünsal Barlas

Kurumu

Marmara Üniversitesi

Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Yrd.Doç.Dr.Özlem İŞİL

Haliç Üniversitesi

Yrd.Doç.Dr. Hülya BİLGİN

İstanbul Üniversitesi

İmza

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 03/11/2011 tarih ve 37 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Gülden Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak listesinde belirterek kaynak gösterdiğimi, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

MEHTAP ŞENER AKKOÇ

I. TEŞEKKÜR

Öğrencisi olma fırsatını bulduğum için çok şanslı hissettiğim, insani ve mesleki anlamda kendisinden çok şey öğrendiğim, yoğun iş yüküne rağmen tez çalışmamın nihayete erişmesi için değerli zamanını ve emeğini ayıran, kalpten bağlı olduğum ve büyük saygı duyduğum hocam Yard.Doç.Dr.Gül ÜNSAL'a,

İçimdeki psikiyatri hemşireliği aşkının ilk tohumunu atan, attığı her adımla mesleğime olan duygularımı pekiştiren, bu alana yönelmeme vesile olan saygıdeğer hocam Doç.Dr.Gülsüm ANÇEL'e,

Kısa bir süre öğrencisi olma fırsatını yakalسام da güçlü insani yönü ve akademisyen kişiliği ile hayatımda fark yaratan, ne zaman ihtiyacım olsa desteğini esirgemeyeceğinden emin olduğum sevgili hocam Yard.Doç.Dr.Özlem IŞIL'a,

Çalışmam sırasında yorulduğum, tıkanırdığım anlarda manevi destekleriyle yolumu aydınlatan arkadaşlarım Özgül Taşkırان, Nesiba Kaçmaz, Fatma Sumeli, Ayşe Tanşu ve Safiye Çalışkan'a,

Çalışmamın başından sonuna kadar her aşamasında desteğini esirgemeyen, her koşulda yanımda olan çok sevdiğim eşim Doğan AKKOÇ'a,

Zamanını ayırıp beni veri girişi konusunda destekleyen sevgili kardeşim Ferhat'a,

Hayatımın her evresinde yanımda ve arkamda olan beni destekleyen, cesaretlendiren, bulunduğum yerde olmama vesile olan canım Annem ve sevgili Babama teşekkür ederim.

II. İÇİNDEKİLER

1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Öfke	7
4.1.1. Öfke Tanımları	8
4.1.2. Kuramsal Boyutta Öfke	10
4.1.2.1. Biyolojik Yaklaşım	10
4.1.2.2. Psikanalitik Yaklaşım	10
4.1.2.3. Bütüncül Yaklaşım	12
4.1.2.4. Varoluşçu Yaklaşım	12
4.1.2.5. Gestalt Yaklaşımı	13
4.1.2.6. Davranışçı Yaklaşım	13
4.1.2.7. Sosyal Öğrenme Yaklaşımı	14
4.1.2.8. Transaksiyonel Analiz Yaklaşımı	15
4.1.2.9. Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım	15
4.1.2.10. Gerçeklik Terapisi	16
4.1.3. Öfke İfade Etme Biçimleri	16
4.1.4. Öfke Kontrolü	18
4.1.4.1. Öfke Kontrol Yöntemleri	19
4.1.4.1.1. Bilişsel Boyuttaki Yöntemler	19
4.1.4.1.2. Duygusal Boyuttaki Yöntemler	19
4.1.4.1.3. Davranışsal Boyuttaki Yöntemler	20
4.2. Tolerans	24
4.2.1. Tolerans Tanımları	24
4.3. Acil Servis	26
5. GEREÇ VE YÖNTEM	32
5.1. Araştırma Tipi	32
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	32

5.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklermi	32
5.4.	Yöntem	32
5.4.1.	Araştırmaya Kabul Kriterleri	32
5.5.	Veri Toplama Yöntemi	33
5.6.	Veri Toplama Araçları	33
5.6.1.	Bilgilendirilmiş Onam Formu	33
5.6.2.	Kişisel Bilgi Formu	33
5.6.3.	Tolerans Ölçeği	33
5.6.4.	Durumluk Sürekli Öfke Ölçeği	34
5.7.	Veri Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	34
5.8.	Etik Açıklamalar	35
5.9.	Araştırmanın Sınırlılıkları	35
6.	BULGULAR	36
6.1.	Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel Ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular	38
6.2.	Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerine İlişkin Bulgular	40
6.3.	Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öfke Düzeylerine İlişkin Bulgular	45
6.4.	Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tolerans ve Öfke Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular	56
7.	TARTIŞMA	
7.1.	Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel Ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular	57
7.2.	Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışması	58
7.3.	Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öfke Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışması	59

7.4. Araştırmaya Katılan Sağlık alışanlarının Tolerans ve öfke leęi	
Alt Boyutları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulguların Tartışması	63
8. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	65
9. KAYNAKLAR	69
10. EKLER	76
11. ZGEMİř	87

III. TABLOLAR DİZİNİ

- Tablo 1** Tolerans Ölçeği Güvenilirlik Düzeyi
- Tablo 2** Durumluk Sürekli Öfke Ölçeği Güvenilirlik Düzeyi
- Tablo 3** Sağlık Çalışanların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı
- Tablo 4** Çalışanların Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı
- Tablo 5** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeyleri
- Tablo 6** Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Tolerans Düzeylerinin Karşılaştırılması
- Tablo 7** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması
- Tablo 8** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması
- Tablo 9** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Acil serviste Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması
- Tablo 10** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması
- Tablo 11** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Yaşa Göre Karşılaştırılması
- Tablo 12** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması
- Tablo 13** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin İş Memnuniyeti İle Karşılaştırılması
- Tablo 14** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Ekonomik Gelir Algısına Göre Karşılaştırılması
- Tablo 15** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Çalışma Şekline Göre Karşılaştırılması
- Tablo 16** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Çalışma Arkadaşları İle İlişkilerine Göre Karşılaştırılması
- Tablo 17** Sağlık Çalışanlarının Öfke Düzeyleri
- Tablo 18** Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Mesleğe Göre Karşılaştırılması
- Tablo 19** Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması

- Tablo 20** Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması
- Tablo 21** Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Acil Serviste Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması
- Tablo 22** Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması
- Tablo 23** Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı
- Tablo 24** Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması
- Tablo 25** Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin İş Memnuniyetine Göre Karşılaştırılması
- Tablo 26** Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Ekonomik Gelir Algısına Göre Karşılaştırılması
- Tablo 27** Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Çalışma Şekline Göre Karşılaştırılması
- Tablo 28** Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Çalışma Arkadaşları İle İlişkilerine Göre Dağılımı
- Tablo 29** Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeyleri ile Öfke İlişkisi

IV. EKLER DİZİNİ

- Ek 1** Kişisel Bilgi Formu
- Ek 2** Tolerans Ölçeği
- Ek 3** Durumluk Sürekli Öfke Ölçeği
- Ek 4** Onam Formu
- Ek 5** Etik Kurul Kararı
- Ek 6** İl Sağlık Müdürlüğü Onayı

V. KISALTMALAR

- BDT** : Bilişsel Davranışçı Terapi
AS : Acil Servis
KLP : Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi
SPSS : Statistical Package For Social Science

1. ÖZET

Araştırma, Kocaeli ilindeki 10 devlet hastanesi acil servis personellerinin, tolerans düzeyleri ile öfke kontrolleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Çalışmaya 237 sağlık personeli katılmış, veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu, tolerans ölçeği ve Durumluk sürekli öfke ölçeği kullanılmıştır. Çalışma verileri t testi, Anova testi, Kruskal Wallis H-Testi, Tukey testi, Mann Whitney U testi ve Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırma ile erkek sağlık çalışanlarının tolerans düzeylerinin, kadın sağlık çalışanlarının tolerans düzeylerinden, evli sağlık çalışanlarının tolerans düzeylerinin bekar olanlardan, acil tıp teknisyenlerinin sürekli öfke düzeyinin diğer sağlık çalışanlarından, 18-25 yaş grubundaki sağlık çalışanlarının sürekli öfke düzeyleri diğer yaş gruplarından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Ayrıca arkadaşları ile ilişkisi çok iyi olan sağlık çalışanlarının öfke içte tutma düzeylerinin daha düşük olduğu, bireylerin tolerans düzeyi yükseldikçe sürekli öfke ve öfkelerini dışa vurma düzeylerinin azaldığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Araştırmamızda sağlık çalışanlarının tolerans puan ortalamaları meslek, eğitim durumu, meslekte çalışma süresi, acil serviste çalışma süresi, yaş, iş memnuniyeti, ekonomik gelir algısı, çalışma şekli ve çalışma arkadaşları ile ilişkiler değişkenlerine göre farklılık göstermemektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamaları, eğitim durumuna, meslekte ve acil serviste çalışma süresine, cinsiyete, medeni duruma, iş memnuniyetine, ekonomik gelir algısına ve çalışma şekline göre farklılaşmamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Acil Servis, Öfke, Öfke Kontrolü, Sağlık Çalışanları, Tolerans

2. SUMMARY

The Relation Between Anger Control and Tolerance Level of Health Personnel Working in The Emergency Department

The research in Kocaeli province 10 public hospitals emergency service personnel to determine the relationship between tolerance levels and anger controls as a study was performed descriptive and associative. 237 health workers attended the study, as a means of collecting data personal formation form, the tolerance scale, and State Trait Anger Scale was used. Working data were evaluated with t test, Anova test, Kruskal Wallis H-Test, Tukey's test, Mann Whitney U test and Pearson's correlation analysis. In this study, tolerance level of male health workers are higher than level of female health workers tolerance. Tolerance levels of married health workers is higher than single health workers tolerance levels. Also trait anger levels of emergency medical technicians are higher than other health workers levels. 18-25 years old group of health workers in other age groups, levels of trait anger is high levels of trait anger. In addition, strong relations with friends are low levels of health workers to keep anger inside. if tolerance level is increased, levels of externalize trait anger decreased. Our study, the tolerance mean scores of health workers, occupation, educational status, working hours in the emergency department, age, job pleasure, perception of economic income, work and relationships with co-workers is not different according to the variables. Continuing anger ,to keep inside anger, throwing out of anger and anger control scores mean of surveyed health workers educational attainment, occupation and working time in the emergency department, gender, marital status, job satisfaction, perceptions of economic revenue and differentiate according to different modes of operation.

Key Words: Anger, Anger Control, Emergency Service, Healthcare Professionals, Tolerance

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Birey günlük yaşantısında herhangi bir davranışta bulunurken sürekli değişik duygular hisseder. Bireyin düşünce ve davranışlarını farklı yönlerden etkileyen sevgi, sevinç, öfke, nefret, tikslenme, kaygı, vb. sözcüklerle ifade edilen olumlu, olumsuz pek çok duygu vardır (Akdeniz 2007).

Psikoloji sözlüğünde öfke; engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakılma kısıtlanma vb. gibi durumlarda hissedilen ve genellikle neden olan şeye veya kişiye yönelik şu veya bu şekilde saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun, negatif bir duygudur (Budak 2003). Öfke evrensel bir duygu olmasına karşın herkes tarafından ortak olarak benimsenen bir tanımı yoktur. Gençtan (2000) öfkeyi hakkımız olanı alamadığımız ya da önem verdiğimiz bir insan beklentilerimiz doğrultusunda davranmadığında yaşanan duygu olarak tanımlamıştır. Öfke duygusunun altında yatan nedenlerin en yaygın ve önemlisi engellenme, başka bir ifadeyle amaca yönelik faaliyete müdahale edilmesidir. Ayrıca yetişkinlikteki rekabet şartları, sorumlulukların getirdiği zorunluluklar, bireyi engeller ve öfkeye neden olur (Baltaş 2002). Köknel (1997), öfkenin engellenme ve korku karşısında ortaya çıkan bir tepki olduğunu ifade etmiş ve belirli sınırlar içinde öfkenin, karşılaşılan engeli aşmak, hoş olmayan durumlardan kurtulmak için gerekli tutum ve davranışta bulunma olanağı veren bir duygu olduğunu belirtmiştir. Başka bir deyişle, insanın uyumunu sağlayan yönde iş gören bir niteliği vardır.

Öfke normal ve sağlıklı bir duygudur. Sağlıksız olan, öfkenin saldırganlığa dönüşmesidir. Engellenmeler bir enerji doğurur. Bu enerji yapıcı ya da yıkıcı yönde kullanılabilir. Sağlıklı bir biçimde dışlaştırılmış öfke amaca yöneliktir, çoğunlukla toplumsal olarak kabul edilebilir bir biçimdedir ve çok kere uzun vadede kişiye yarar getirmesi mümkündür. Öfkenin sağlıksız olarak dışlaştırılması ise saldırganlık ve şiddet biçimindedir ve en büyük zararı kişinin kendisine verir. Yapıcı olarak kullanıldığında öfke zihinsel ve bedensel güç verir. Önemli olan bireyin, doğru kişiye, doğru derecede, doğru zamanda, doğru amaçla ve doğru yolla öfkesini ifade edebilmesidir (Baltaş 2002).

Öfkenin prototipi olarak gösterilen örneklerden biri, duruma bağlı olarak, zararlı bir ajanı yok etmek veya bu ajana karşı koymak için ilkel bir organizmanın gösterdiği reaksiyondur. Bu anoloji insanlardaki temel bir örüntüyü aydınlatmaktadır; bir kimse fiziksel veya sözel bir saldırıya uğradığı zaman kızabilir ve karşı atağa geçebilir. Ufak

bir kızgınlık ile uç noktadaki bir hiddet arasında değişen bir yelpazede öfkeye neden olan durumları şöyle özetleyebiliriz: 1) Doğrudan ve kasıtlı saldırılar; 2) doğrudan kasıtsız saldırılar; 3) kanunların, standartların, sosyal değerlerin ihlali; varsayımsal tehditler, laubali davranışlar, kişiye özel ahlaki kuralların ihlali. Öfkeyi uyaran yaygın faktör, kişinin değerleri, ahlaki kodları ve kendisini koruyan kuralları da içeren kişisel alanına yönelik bir saldırıyı değerlendirmeye tabi tutmasıdır. Oysa bu faktör, gerekli olmasına rağmen uygun koşullar altında kendi başına öfke oluşturmada yeterli değildir. Öfkeyi harekete geçirmek için başka özel koşulların da oluşması gerekmektedir. Öncelikle kişi bu saldırıyı ciddiye almalı ve olumsuz olarak nitelendirmelidir. Örneğin, küçük bir çocuğun anne babasına attığı kartopu kızgınlıktan çok eğlenceye neden olacaktır. İkinci olarak kişi zararlı durumu anlık veya devam eden bir tehlike olarak görmemelidir. İlk dikkate aldığı şey kendi güvenliği ise, kişi öfkeden çok endişe duyacaktır. Üçüncü olarak da, görmesi muhtemel zarardan çok, saldırı veya saldırganın yanlışlığına odaklanmalıdır. Kızgınlığın derecesi, genellikle saldırının olayın kahramanı olan kişiye ne oranda mantıksız, keyfi veya uygunsuz geldiğine bağlıdır. Bu karakteristikler, önemsiz görülebilecek bir ihlale gösterilen aşırı tepkiyi anlayabilmek için çok önemlidir.(Beck 2008)

Öfkenin bilişsel boyutu olayın nasıl yorumlandığıyla ilgilidir. Bilişsel yaklaşıma göre öfke, bireyin sahip olduğu mantıkdışı inançların sonucu oluşur ve devam ettirilir. Öfke de üzüntü, sıkıntı, çökkünlük gibi mantıkdışı inançların bir ürünüdür. Olaylar kişiyi öfkelenmez, kişi kendi kendine inançları doğrultusunda öfkelenmektedir. Olaylarla ilgili yerleşmiş inanç, yorum ve değerlendirme kalıpları ve bunlardan türetilen düşünceler bireyin öfke tepkisine neden olmaktadır (Özer 1995).

Öfke konusunda bilinmesi gereken en önemli nokta, öfke duygusunun ortaya çıkışının ya da yaşanmasının engellenemeyeceğidir. Çünkü öfke, insanın doğasında vardır. Bu açıdan bakıldığında, öfkenin ortaya çıkmasının engellenmesinin doğru olmayacağı ve bu engellenmenin bireyin doğasına zarar vereceği söylenebilir. Öfke, bireyin gelişimine katkı sağlayacak biçimde denetim altına alınması gereken bir duygudur. Birey tüm diğer duyguları gibi öfke duygusunu da tanıyıp kabul ederek sağlıklı bir biçimde ifade edebilme becerisini kazanmalıdır. Spielberg (1991), öfke kontrolünü, öfke yaşantısını veya öfkenin ifade edilmesini önleme, kontrol edebilme yeteneğini yansıtan bir kavram olarak tanımlamıştır.

Öfkeyi doğru ifade etme becerisini kazanmaya “öfke kontrolü” denir. Öfke kontrolünde temel amaç; saldırganlıktan uzak, şiddet içermeyen, kişinin kendisine ve çevresindekilere zarar vermeyecek şekilde duygusunu ifade etme becerisini kazanmasıdır (Kökdemir 2004).

Tolerans kavramı “Başkalarının kendisinden farklı düşünme ve yaşama biçimleri olmasını kabul eden kimsenin tutumu; hoşgörü, müsamaha” gibi tanımların yanı sıra, tarım alanında “bir gübrenin, içerdiği bir elementin beyan edilen bir miktarıyla, analiz sonucu bulunan miktarı arasındaki kabul edilebilir fark” (Büyük Larousse 1986:11588), ve sağlıkta “Organizmanın zehirlenme belirtileri göstermeksizin bir ilaç dozuna karşı gösterdiği dayanma gücü” şeklinde ifade edilmiştir. Toleransın kullanıldığı alanlara göre farklı tanımları bulunmaktadır.

Psikoloji sözlüğünde tolerans kavramı şu şekilde açıklanmaktadır:

1- Genel anlamda herhangi bir zarar görmeden, strese, yüke, acıya, baskıya vb. dayanma, katlanma yetisi

2- İlk tanımla ilişkili olarak, farklı tutumları, inançları, kültürleri hoşgörüyle karşılama. Mutlaka farklılıkları benimseme anlamına gelmez.

3- Bir maddenin (örneğin ilacın, alkolün, sigaranın vb.) sürekli kullanılmasına bağlı olarak, aynı dozda alınan maddenin etkisini azaltması ve öncekiyle aynı etkiyi sağlamak için alınan madde miktarının sürekli artırılmasıyla tanımlanan bir durum (Budak 2003).

Toleranssızlığın altındaki kaygı yaşantısı, bireyin kendisini güven altında ve huzurlu hissetmemesinin bir sonucudur ve bu bireylerin çevrelerini nasıl algıladıkları ile ilişkilidir. Kaygı ve engellenme çoğu kez bir arada bulunabilir. Kaygı daha çok geleceğe dönük bir durumun veya davranışın ortaya çıkaracağı sonuçla ilgilidir ve bireyin kendisini muhtemel olumsuz bir durumdan korumasına yöneliktir. Engellenme, öfke ve saldırganlık duygularının ağır bastığı bir süreçtir (Cüceloğlu 2003). Bu anlamda bireylerin tolerans düzeyleri, onların bu engellenme sonucu yaşanan gerilimine ne ölçüde dayanabildikleri ile ilişkilidir.

Öfke kontrolünün önemli olduğu alanlardan biri belki de en önemlisi sağlık sektörüdür. Her bireyin duygularını ifade etme biçimi birbirinden farklıdır. Sağlık personeli ve hastalar/hasta yakınları arasında sürtüşme manzaraları yabancı olduğumuz durumlar değildir. Hastalar çoğu kez tedaviyi ve bakımı reddederek, işbirliği yapmayarak, sık sık isteklerde bulunarak, sözel sataşma ya da iğneleyici sözcükler kullanarak, sürekli yakılarak öfkelerini doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya koyarlar

ve bakımlarının karşılanmasında başkalarına gereksinim duymaları nedeniyle öfkelerini çoğu kez açıkça ortaya koyamaz, dolaylı yollarla ifade etmeye çalışırlar (Terakye 1998).

Sağlık personeli hastane ortamında doğrudan ya da dolaylı öfke ortaya koyan hasta davranışlarıyla sık sık karşılaşılır. Ancak çoğu kez bu gereksinimleri karşılamakta yetersiz kaldıkları, hastaları anlamaktan uzak bir tutum sergiledikleri, hastaların bu tür davranışları karşısında savunucu ya da suçlayıcı tepkiler verebildikleri gözlenmektedir; bu nedenle de hastalarla ilişkilerinde ve bakımda çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Oysa, hastaların öfke ifade eden davranışlarını ve nedenlerini tanımlayabilmeli, öfkenin olumlu yönlerinin farkında olmalı, hastanın öfkesini ifade etmesini önlemek yerine birlikte nedenlerini bulmaya çalışmalı, öfkesini kendisinde suçluluk duygusu yaratabilecek pasif ya da saldırgan yollarla değil, atılgan ve güvenli bir biçimde ortaya koymasını teşvik etmelidir. Ayrıca öfke karşısında kendi tepkilerinin de farkında olmaları ve davranışlarını kontrol edebilmeleri bakım kalitesini etkileyebilir (Terakye 1998).

Acil servisler, kaza geçiren ya da acil girişim gerektiren hastaların tıbbi değerlendirmesinin ve tedavisinin sağlandığı yerlerdir. Bu serviste çalışan doktor, hemşire ve diğer sağlık çalışanları, acil hastaların tedavi ve bakımlarını ekip halinde, belirlenen amaçlara odaklanarak gerçekleştirirler (Şen, Yorulmaz, Batmaz 2007)

Yapılan çalışmalar acil servise başvuran hastaların çoğunluğunun kendilerinin ve yakınlarının durumlarını acil olarak algılamaları, acil servisin evlerine yakın olması, muayene olabilmeleri için daha kısa süre beklemeleri, ilgili polikliniklerde sıra bulamamaları, reçete veya rapor isteme ve parenteral uygulama yaptırma gibi sebeplerle başvurdukları saptanmıştır (Bulut 2006).

Acil servis personeli servis ortamının yoğunluğu, aşırı miktarda hasta bakma, hasta ölümleri, uyku düzeninin bozulması, çalışma programının yoğunluğu nedeniyle sürekli bir stres altında bulunurlar (Çevik 2000).

Hasta ve hasta yakınları ise yoğunlukla ne yapacaklarını bilemedikleri için korku ve endişe içinde olurlar. Kendi durumlarını diğer hastalardan daha acil bulmaları, triaj gerekliliğın toplumda benimsenmemiş olması sebebiyle acil olarak müdahale beklentileri olur. Bu da çoğu zaman acil servis çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında sürtüşmelere sebep olur.

Bu bilgiler ışığında çalışma, acil servis sağlık çalışanlarının tolerans düzeyleri ile öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Öfke

İnsanoğlu var olduğundan beri, davranış ve tutumlarını belirleyen olumlu ve olumsuz duygular taşır. Birey günlük yaşantısında herhangi bir davranışta bulunurken sürekli değişik duygular hisseder. Kişinin uyum ve uyumsuzluklarını belirleyen duygularına karşı farkındalık kazanması, kendi duygularını ve bunların doğurduğu sonuçları fark etmesi, bunları dile getirmesi, kişinin kendi iç dünyasını tanıması, tercihlerini yapabilmesi, sahip olduğu kaynakların ve gücün farkında olmasını sağlar (Akdeniz 2007). Duygular, bireylerin günlük yaşantısında nasıl hareket edecekleri, ne yönde karar verecekleri, kişisel alan sınırlarını ne çerçevede çizecekleri ve diğerleriyle hangidüzeyde iletişimde bulunacakları konusunda önemli bir belirleyici niteliğindedir (Çeçen 2002).

Giderek gelişen ve karmaşıklaşan dünyada bireyler günlük yaşamın değişik olayları karşısında kaygı, heyecan, üzüntü, sevinç, korku gibi birçok duyguyu yaşarlar. Yaşanan bu duygulardan birisi de öfkedir. Öfke, insanın mutluluk, üzüntü, korku ve nefretten oluşan beş temel duygusundan biridir ve insan için doğal bir duygulanımdır (Alberti 1998, Kısaç 1997, Üstün 1995).

Korku, üzüntü ve kaygı gibi birincil duyguların sonucunda ortaya çıkan öfke duygusu, çoğu zaman bireylerin farkında olmadan yaşadıkları bir duygudur. Biyolojik olarak öfke duygusunun eşlik ettiği tepkiler genellikle, insan sinir sisteminin, içsel ve dışsal istekler, davranışlar ve baskılar karşısında verdiği bir stres tepkisi olarak değerlendirilir. Bütün bu tepkiler, insanın, psikolojik ve biyolojik güvenliğini sağlamasına ve yaşamını devam ettirmesine yardım ederler. Duygular, insan doğasında genetik olarak bulunurlar. Duyguların insan genetiğinde bulunmayan ve sonradan öğrenme yaşantılarıyla kazanılan yönü ise, bu duyguların nasıl yaşanacağıdır. Diğer bir ifadeyle insan, duygularını nasıl yaşayacağını (ifade edileceğini – ortaya koyacağını) sonradan öğrenir. Öğrenmenin etkisi en fazla öfke duygusunun yaşanması (ifade edilmesi) üzerinde kendisini göstermektedir.

4.1.1.Öfke Tanımları

Öfke, Biagio tarafından gerçek veya var sanılan bir engellenme, tehdit veya haksızlık karşısında oluşan bilişlerle ilgili ve kişiyi rahatsız edici uyarıcıları ortadan kaldırmaya yönelten, güçlü bir duygu olarak tanımlanır (Balkaya 2003).

Spielberger ve arkadaşları öfkeyi, basit bir sinirlilik veya kızgınlık halinden, yoğun hiddet durumuna kadar değişen dereceli bir duygusal durum olarak tanımlamaktadır (Balkaya 2003).

Ruh Bilim Terimleri Sözlüğü'nde ise "öfke" bireyin, bir kimse ya da bir nesne tarafından engellenme, incitilme ve gözdağı verilme karşısında gösterdiği saldırganlık tepkisi olarak tanımlanmıştır (Olmuş 2001).

Psikoloji sözlüğünde, öfke kavramı, "engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakma, kısıtlama vb. gibi durumlarda hissedilen ve genellikle neden olan şeye ya da kişiye yönelik şu ya da bu biçimde saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun olumsuz bir duygu" olarak tanımlanmaktadır (Budak 2000).

Sözcük anlamı olarak öfke;"engellenme, incinme ya da gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi", biçiminde de tanımlanabilmektedir (TDK 1988).

Kennedy (1992), öfkeyi kısaca, "Bireyin kendisine yönelik bir tehlike nedeniyle karşıdakini uarması sonucu ortaya çıkan etkili bir yaşantı" olarak tanımlar.

Öfke günlük yaşamı olumlu ve olumsuz etkileyen duygulardan biridir. Öfke, engellenme ve korku karşısında ortaya çıkan, karşılaşılan engeli aşma, hoş olmayan durumdan kurtulma olanağı veren bir duygudur (Köknel 1986).

Köknel'e (2000) göre öfke, engellenme ve korku gibi hoş olmayan durumlar karşısında ortaya çıkan duygulanım ve coşku durumlarından biridir. Öfke, insanlar için yaşanması doğal bir duygudur. Buna rağmen, birçok insanın öfkeleri yüzünden başları derde girmekte ve bir dizi problemle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunun sonucu olarak, biraz da sahip olunan kültürel yapının etkisiyle, birçok kişi öfkelenmekten korkar veya öfkelerini göstermek istemezler. Oysa öfkenin bastırılması, var olan enerjinin içe döndürülmesidir ve bu da bireyin kendisine ve çevresine zarar vermesi anlamına gelir. Öfke, incindiğimiz, haklarımızın çiğnendiğinin, istek ve ihtiyaçlarımızın engellendiğinin ve işlerin yolunda gitmediğine ilişkin bir mesaj olarak tanımlanırken, hakkımız olanı alamadığımızda ya da önem verdiğimiz bir insanın beklentilerimiz

doğrultusunda davranmadığında yaşanan duygu olarak da tanımlanmaktadır (Kısaç 1997).

Hankins ve Hankins (1988) (Akt; Balkaya 2001) ise öfkenin şu özellikleri üzerinde durmuşlardır:

-İçsel bir yaşantı ve bir duygu durumudur; planlı bir davranış değildir.

-Öfke evrensel bir duygudur; öfke için gerekli koşullar oluştuğunda herkes öfkelenir.

-Öfke tepkileri, belirli bir saldırı, eleştiri ve engel karşısında ortaya çıkar ve kişiyi daha fazla saldırı ve eleştiriye açık hale getirir.

-Öfke karşısında gösterilen tepkiler aile ve çevreden öğrenilir .

Öfke ile uğraşan uzmanlar birçok konuda ihtilaf içinde olsalar bile bazı önemli noktalarda anlaşmışlardır:

1- Öfke doğal, normal, insana özgü bir duygudur,

2- Öfke bir davranış tarzı değildir,

3- Kronik öfke sağlık için tehlikeli olabilir,

4- Öfkeyi çoğu kez ortaya çıkmadan tehlikesiz hale getirebiliriz ve getirmeliyiz,

5- Öfkemizi ifade etmemiz gerektiği zaman, bunu intikama değil, çözüme yönelik olarak etkin bir şekilde yapmayı öğrenmeliyiz (Alberti 1998).

Öfkeye eşlik eden fizyolojik belirtiler, kas geriliminin artması, kaşların çatılması, dişlerin gıcırdatılması, ters ters bakma, yumrukları sıkma, yüzün kızarması, titreme hissi (özellikle el ve ayakta), uyuşma hissi, tıkanma hissi (nefes almakta zorluk), vücudun çeşitli bölgelerinde seyirmeler olması, terleme, kontrol kaybı, sıcaklık hissi, burundan soluma, dudakları ısırma, beynin zonklaması, baş ağrısı ve hareketlerin hızlanması gibi tepkilerdir (Tavris 1989).

Günlük hayatımızda önemli bir yere sahip olan öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen son derece doğal, evrensel ve insani bir duygusal tepkidir. Öfke, hafif bir tepkiden hiddete varan farklı yoğunluklarda yaşanabilmektedir. Bazen kısa süreli, orta yoğunlukta ve hatta bu

düzeyde yararlıyken, bazen de sürekli, şiddetli ve yıkıcı olabilmektedir (Balkaya ve Şahin 2003, Kökdemir 2004, Soykan 2003).

4.1.2.Kuramsal Boyutta Öfke

4.1.2.1.Biyolojik Yaklaşım

Darwin, yüz ifadelerinin evrensel olduğunu gözlemlemiş, yüz ifadelerinin genetik ve biyolojik olduğunu ve nesilden nesile aktarıldığını öne sürmüştür. Darwin, yüz ifadelerinin, kişinin ne hissettiğini anlatmada en etkin araç olduğunu söylemiştir. Eğer insan dişlerini kenetleyip kaşlarını çatarak bakıyorsa onun öfkeli olduğu söylenebilir ve o anda o öfkeli kişiye soru sorulmaması gerektiği tahmin edilebilir.

Öfke hemen hemen tüm kültürlerde yüzdeki çizgilerden seçilebilir. Öfke ve tehditkâr bakışlarla ilgili 18 kültürü kapsayan bir çalışmada benzer öğeler saptanmıştır. Örneğin, yanaklarda ve gözlerde üç köşeli ve çapraz çizgilerin öfkeli ve tehditkâr ifade taşıdığı tespit edilmiştir (Akdeniz 2007).

4.1.2.2 Psikanalitik Yaklaşım

Öfke duygusu çeşitli kuramsal yaklaşımlar ile açıklanmıştır.

Bunlardan Freud (1993)'un öncülüğünü yaptığı psikoanalitik yaklaşım, öfke davranışının altında yatan güçlerin bilinç dışında gizlenmiş olduğunu vurgulamaktadır. Freud, cinsel ve saldırgan içgüdüleri birçok duygu ve davranışın kaynağı olarak görmüştür. Ona göre, bu iki içgüdü kişi için gerekli psişik enerjiyi oluşturmada ve bu enerjinin açığa çıkartılması da duygu yaşantısının temelini oluşturmaktadır (Özer 1994).

Thomas (1993) (Akt; Balkaya 2001) eğer kişiler öfkelerinin altında yatan nedenleri anlarsa, öfkeyi çözebilirler. Psikanalitik kuram dürtülerle ilişkilidir ve öfke gibi güçlü duyguların bastırılmasını sağlıksız olarak kabul etmekte ve bu duygular boşaltılamazsa, psikolojik ve psikosomatik hastalıkların oluşacağını ileri sürmektedir. Öfkenin açık bir şekilde ifadesine engel olmak ve onu bastırmak mümkündür. Fakat öfke bitmiş olmayacaktır, bir süre sonra farklı bir şekle dönüşerek, örneğin ülser veya depresyon şeklinde tekrar kendini gösterecektir (Baklaya 2001).

Yine bu kurama göre, egoya yönelik olarak içe atılan öfke, suçluluk ve depresyona neden olmakta, hatta bazen bastırılan öfke intihar ile sonuçlanabilmektedir (Sala 1997).

Freud öfkeyi içgüdüsel olarak tanımlamaktadır ve saldırganlığın, ölüm içgüdüğü olarak adlandırdığı biyolojik bir temele dayandığını öne sürmüştür. Freud, insanlardaki saldırganlık eğilimini orijinal içgüdüsel bir özellik olarak görmektedir. Freud'a göre saldırganlık içgüdüğü, ölüm içgüdüğünden türemiştir ve onun en temel temsilcisidir (Nelson, Jones 1982).

Saldırganlık, insanın kendine dönük yıkıcı eğilimlerinin dış dünyadaki objelere çevrilmesidir. İnsan diğer insanlarla savaşır ya da onlara karşıt davranışlar geliştirir. Çünkü kendini yok etme isteği ve yaşam içgüdüğü birbirlerini etkisiz kılabilir ya da biri diğerinin yerine geçebilir. Cinsel içgüdüğünün türevi olan sevgi, ölüm içgüdüğünün türevi olan nefreti nötrleştirebilir ya da sevgi nefretin, nefret sevginin yerine geçebilir (Geçtan 2004).

Freud'a göre, çocukta kişiliğin oluştuğu temel gelişim dönemlerinde saldırganlık ve öfke duyguları oluşmaktadır. Yaşamın ilk dönemi olan oral dönemdeki, oral saldırganlık olan ısırma, çiğneme, tükürme ve ağlama tepkileri, insanda var olan yıkıcı eğilimlerin ilk belirtileridir (Geçtan 2004).

Bu dönemde takılıp kalma ya da bu döneme geri dönüş, saldırgan davranışların temeli olarak kabul edilmiştir. Sözel saldırganlıktan cinayete kadar varan geniş davranış yelpazesinde yer alan bütün belirtilerin kökeninde bu dönemin kalıntıları görülür. Çok konuşan, başkalarını kötüleyen, iğneleyen, alaya alan, suçlayan kişiler bu dönemle ilgili saplantılarının tutsağı olduğu gibi, çabuk öfkelenen, kızan, bağırıp çağıran, vurup kıran insanlar da gelişmemiş oral dönemi aşamamaktadırlar (Köknel 1986).

Öfkenin temellerinin atıldığı bir dönem de anal dönemdir. Anal dönemle sadist eğilimler arasındaki ilişkinin temelinde iki öge bulunur. Bunlardan ilki, dışkının püskürtülmesinin saldırgan bir davranış olarak yorumlanmasıdır. Bir başka deyişle, dışkı ile öfke eşanlam taşır ve dışkı, çocuğun kızgınlık duygularını dile getirmesinde başlıca araç durumuna gelir. Bilindiği gibi, yetişkin yaşamda öfke boşaltırken seçilen deyimlerin bir bölümü, dışkı ya da dışkıyı püskürtme anlamına gelen sözcükleri içerir. İkinci öge, çocuğun anüs kaslarının denetimini kazanmasından kaynaklanan güçlülük duygusudur. Ne var ki, bu güçlülük duygusu annenin uygulamak istediği programın tehdidi altındadır. Dışkıyı tutmakta inat etmesi aşırı biçimde cezalandırılır ya

da denetimini yitirmesi çok ayıplanırsa, çocuk anneyle ilişkisinde oral dönemin ilkel nitelikli davranış örüntülerine gerileyebilir. Anal dönemde tuvalet eğitimi barışçı yollardan tamamlanmamışsa çeşitli uyumsuz karakter özellikleri geliştirilir. Kızgınlık duygularını (dışkıyı) tutma çabası tüm duygusal tepkilerin ketlenmesine neden olabilir (anal tutucu karakter). Annenin tutarsız davranışlarına ya da ilgisizliğine karşı duyduğu öfkeyi boşaltma alışkanlığı geliştiren çocuklarda, karşıt duyguları (sevgi ve nefret) birlikte yaşama, derbederlik, öfke tepkileri gösterme, başkaldırma ve sadist-mazoşist eğilimler yaşam boyu izlerini sürdürür. Bu gibi kişiler her şeye, özellikle otoriteye, karşıt öneri de getirmeksizin, sürekli karşı çıkarlar (Geçtan 2004).

4.1.2.3.Bütüncül Yaklaşım

Horney (1945), kusurlu ana-baba tutumları sonucu çocuklukta oluşmaya başlayan temel anksiyeteyi, düşman bir dünya içinde yalnızlık ve çaresizlik duygusu olarak tanımlamıştır. Temel anksiyetenin iç ögesi çaresizlik, düşmanlık ve insanlardan soyutlanma duygularıdır. Bu duyguların yanı sıra çocuk, çevresine karşı tutumlarında üstü kapalı bir ikiyüzlülüğün varlığını da hissetmeye başlar. Temel anksiyete kızgınlık ve bu kızgınlığın yarattığı düşmanca duyguların dıştan fark edilmesi olasılığına karşı geliştirilen korku duygularını da içerir. Örneğin, bir görevli, üstünün kendisine bildirme gereği duymadan bir karar alınmasından kızgınlık duyabilir. Eğer bu olaya duyduğu kızgınlığı açıklayamazsa, üstü de onu küçültücü davranışlarını sürdürmekte bir sakınca görmeyebilir. Böylece, önceden var olan kızgınlık duygularına sürekli olarak yenileri eklenir (Akt; Geçtan, 2004).

4.1.2.4.Varoluşçu Yaklaşım

Schuerger (1979)'e göre varoluşçu yaklaşım, öfkeyi; insanın yok oluşa ve yaşamın anlamsızlığına karşı tepkide bulunması olarak açıklamaktadır. Bu görüşe göre her insan öfke duygusunu farklı yaşar. Kişinin öfkesi, yaşama karşı kendisini çaresiz ve güçsüz hissetmesiyle ilgilidir. Örneğin; deprem sonucu ailesinin bütün fertlerini kaybetmiş olan bir kişi öfke duyar. Kişinin duyduğu bu öfke, depreme ve ölüme karşı çaresiz kalmanın bir sonucudur. Varoluşçulara göre öfke sadece insanlara mahsustur, kaçınılmazdır ve her insan öfke duygusunu farklı yaşar.

4.1.2.5.Gestalt Yaklaşımı

İnsancıl yaklaşımlardan olan Gestalt yaklaşımı; bireylerin, farkındalık kazanması, iç çatışmaların yaşanması, bitirilmemiş işlerini bitirmesi, performans anksiyetesini yenebilmesi, kutuplaşmalarda oluşan tutarsızlıklarının üstesinden gelebilmesi, sorumluluk alabilmesi temeline dayalıdır (Voltan, Acar 2004).

Bu görüşe göre, duygulardan bahsetmek yerine onların yaşanması önemlidir. Şekil arka plandan, zeminden çıktığı halde tamamlanmamış ya da çözümlenmemişse, bireylerin, küskünlük, öfke, nefret, acı, kaygı, keder, suçluluk ve vazgeçme gibi açığa vurulmamış duygularında kendini gösteren bitirilmemiş işleri kalmıştır. Bu duygular, tam bir farkındalık içinde yaşanmadığından, arka planda gezinip dururlar ve kişinin kendisi veya başkalarıyla etkin bir biçimde ilişki kurmasını engelleyen biçimlerde şimdiki yaşama taşınırlar. Bitmemiş işler, bireyin açıklayamadığı duygularıyla yüzleşip, bu duygularıyla baş edemediği ana kadar varlıklarını sürdürürler (Corey 2005).

Perls (1973) (Akt; Balkaya 2001) Gestalt yaklaşımına göre öfke, organizmanın çevreyle etkileşiminden kaynaklanan, biyolojik, psikolojik ve sosyolojik özellikleri olan duygusal bir yaşantıdır. İnsanların yaşantıları ve hareketleri, onun çevresiyle arasındaki dinamik ilişkinin ürünüdür. Yani insan, kendi istek ve ihtiyaçlarını, çevresiyle kurduğu etkileşim yoluyla karşılamaktadır. Öfke duygusu da bu bağlamda değerlendirilmekte ve kişi-çevre etkileşiminin bir sonucu olarak ele alınmakta, öfkenin sebebi ve çözümlenmesinde ise bu etkileşim gerekmektedir. Harris (2001) Gestalt terapisi, kişinin kendisi ve çevresiyle olan temasının düzelmesi ve bütünleşmesi üzerinde durmakta, kişinin, öfkesine ilişkin farkındalığını arttırarak kişide değişme isteğinin oluşacağına inanmaktadır (Balkaya 2001).

4.1.2.6.Davranışçı Yaklaşım

Thomas (1993) (Akt; Balkaya 2001) davranışçı kuramın önemli temsilcilerinden Skinner'ın öfkeyi çevresel uyarıcılara verilen öğrenilmiş tepkiler olduğunu ve ödüllendirilen bu davranışların tekrar ettiği şeklinde tanımladığını vurgulamıştır. Robins ve Novako (1999) ise öfkeyi içsel düşünce süreçlerinden gelen bir dürtü olarak ele almaktadırlar. Dışsal olaylarla, öfke arasında doğrudan bir ilişki olmadığını, öfkeyi ortaya çıkaran durumun, bilişsel süreçler olduğunu ileri sürmektedirler. Kişi eğer

kullanıldığını ya da haksızlığa uğradığını düşünürse, öfke; değerli bulduğu bir şeyi kaybetmiş olduğunu düşünürse, üzüntü; kötü şeylerin olacağını düşünürse de kaygı hissedecektir (Balkaya 2001).

Davranışçı yaklaşıma göre, insanlar daha önce öğrenilmiş davranışlar aracılığıyla benzer durumlarda, benzer davranışlar gösterir. Çevresel etkileşimlerden kaynaklanan ve birbirini takip eden sürekli uyaran davranışlar dizisi geliştirirler. Davranışçılara göre bu modeller, örnekler sürekli değildir; fakat zamanla yeni öğrenilen tecrübelerle değişebilirler. Yani bu davranışlar çevrenin etkisiyle değişken olurlar. Davranışçılara göre, öfkeye ve saldırganlığa verilen tepkiler aynen diğer davranışlar gibi öğrenilmiştir. Özellikle insanlar engellenmeye karşı saldırgan davranmayı çevreden öğrenirler, çünkü daha önce çevre tarafından bu etkileşimler körüklenmiştir (Adams 1973).

Berkowitz (1965)'in 3 bileşenli modeline göre;

- 1) Engellenmeler duygusal tepkilerin bir sonucu olan saldırganlığa zemin hazırlar,
- 2) Bu hazır oluş durumu, ne zaman uygun bir zemin bulursa saldırganlıkla sonuçlanır,
- 3) Öfke ve saldırganlık davranışının özelliği zihinsel bağlantı veya olay ve önceki biçimlendirici etmenlerin bileşkesi olarak ortaya çıkar.

4.1.2.7 Sosyal Öğrenme Yaklaşımı

Bandura ve Walters (1963) tarafından geliştirilen sosyal öğrenme yaklaşımı karşılıklı etkileşime dayanan, disiplinler arası ve çok modelli bir yaklaşımdır. Davranış uyarıcı olaylar, dış kaynaklı güçlendirme ve aracı bilişsel süreçler tarafından etkilenmektedir. Sosyal öğrenme ve biliş kuramı çevre, kişisel etkenler (inançlar, tercihler, beklentiler, kendilik algılamaları gibi) ve bireysel davranış arasındaki üç alanda karşılıklı etkileşimi kapsamaktadır. Temel varsayımı insanların kendilerinin yön verdikleri davranış değişikliklerini gerçekleştirme yetisine sahip olduklarıdır. Bandura'ya göre kendi üzerinde etkililik kişinin bir duruma yön verebilme ve arzuladığı değişikliği yapabilme inancı ya da beklentisidir (Akt; Corey 2005).

Bandura'nın (Bandura, Ross ve Ross 1963) klasik çalışmasında, çocuklar, bir yetişkinin yapma bir bebeği tekmeleyip ona vurduğunu gözlemişlerdir. Daha sonra yapma bir bebeğin olduğu oyun odasına alınan bu çocuklar, söz konusu saldırganlık sahnesini izlememiş olan çocuklara göre, oyun odasındaki bebeğe karşı, anlamlı düzeyde daha fazla saldırgan davranmışlardır. Çocuklar daha saldırgan davranmayı model alma yoluyla öğrenmişlerdir. Davranış bir kez model alındıktan sonra ödül ya da ceza yoluyla zayıflayabilir ya da güçlenebilir. Başkalarının ceza ya da ödül aldığını görmek davranışı etkilemektedir (Akt; Yazgan, İnanç, Bilgin, Atıcı 2004).

4.1.2.8 Transaksiyonel Analiz Yaklaşımı

Transaksiyonel Analiz yaklaşımında hoş olmayan ve istenmeyen duygular raket (Racket Feeling) olarak adlandırılır. Raketler bireyin yaşam senaryosunun temel parçasıdır. İnsanlar kızma raketi, suçluluk raketi veya depresyon raketi geliştirebilir. Raket duygular üç şekilde öğrenilir; 1. Evdeki kimselerin model olmasıyla 2. Verilen temas iletileriyle, davranışların pekiştirilmesiyle, koşullandırılmasıyla (yalnızca çocuk huysuzluk yaptığında yoğun olarak temas iletilerinin gönderilmesi gibi, ilgiyi almanın tek yolu dayak olduğundan dayaktan sonra belirgin bir sakinleşme gözlenir). 3. Ebeveynlerin çocuklara ne hissedeceğini ve ne düşüneceğini söylemesiyle (Corey, 2005). Raket duygular, otantik (gerçek) duyguyu kapatmak üzere kullanılır. Kızların üzülebileceğini ama kızamayacağını öğrenen bir genç kız, kendisine kötü bir hareket yapıldığında, kızgınlık yaşadığı anda hemen koşullu bir refleks tepkisine benzer bir tepkiyle üzülmeye hatta ağlamaya başlarsa, otantik kızgınlığını otantik olmayan üzüntü raketi ile kapatmaktadır (Akkoyun 1998).

4.1.2.9 Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım

Öfkenin bilişsel boyutu, algılanan öfkenin kişinin kendi içinde yorumlanmış biçimini açıklar (Kısaç 1997). Bireylerin öfke, korku tedirginlik gibi duygularının nedeni, olayın kendisiyle ilgili olmaktan çok, bireylerin bu olaylarla ilgili takındıkları kavramsal gözlükler ya da zihinlerindeki sembolleridir. Yani o olayla ilgili olarak yerleşmiş inanç, yorum ve değerlendirme kalıpları ve bunlardan türetilen düşüncelerdir (Kısaç 1997, Özer 1994).

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma göre, öfke ve saldırganlık, duygusal ve bilişsel gelişim sonucunda açığa çıkan inançlardan doğar. Bu nedenle pek çok öfke problemleri, bireyin tahrik ve engellenmesi sonucunda sık sık ve kolayca ortaya çıkıp kontrol dışı kalabiliyor. BDT yaklaşımı, bireylerin öfkelerini tanır ve öfke döngüsü içinde erken zamanda fark edip daha ortaya çıkmadan önünü keser ve engel olur. BDT'ye göre, öfke döngüsü içinde kızışma önlenemez, çabuk ve hızlı bir zamanda önlenemeyen bir hal alabileceğinden dolayı bu döngü ne kadar erken kesilirse bireyler öfkelerini daha iyi kontrol edebilirler. BDT, günümüzde kullanılan terapilerin en önemlilerinden birisidir. Öfke problemi olan pek çok birey, kesin olarak kişisel gelişim programına katılmaya ve incelenmeye ihtiyaç duyar (Beck 2005)

4.1.2.10 Gerçeklik Terapisi

William Glasser tarafından geliştirilen Gerçeklik Terapisi'nin özü; başarı ve mutluluğu elde etmelerinde bireylere yardım edenin kendi davranışları olduğu için sorumluluğun kabul edilmesidir. Bu sorumluluğa bağlı olarak tedavi ve gelişim sürecine yönelik kişisel ilginin önemine vurgu yapar. Gerçeklik Terapisi ihtiyaçları karşılamanın daha iyi yollarını öğretir. İnsanlara ilgi ve destekleyici anlatım ortamı sağlandığında, bireyin nasıl daha sorumlu ve üretken davranmayı öğrenebileceğini vurgular.

Glasser'in seçim teorisine göre; insan, düşündüğünden daha fazla bir şekilde hayatının kontrolünü kendi elinde tutabilecek durumdadır. Üzülme, öfkelenme, mutsuz olmak, mutlu olmak gibi her türlü durum, bireyin seçimi sonucunda ortaya çıkmaktadır. İnsan kendisine acı veren seçimleri kendisi yapmaktadır. Örneğin; öğretmeninizin, öğrencinizin ya da en yakın arkadaşınızın sizi öfkelenmesi, sizin yaptığınız bir seçimdir (Prout, Brown 1999).

4.1.3.Öfke İfade Etme Biçimleri

Öfke evrensel bir duygudur. Günlük yaşamda her yaştaki birey kaçınılmaz bir şekilde öfke duygusunu yaşar. Buna rağmen evrensel olmayan şey; çocuk, genç ve yetişkinlerin öfke duygularını yönetme ve ifade etme tarzlarıdır (Tangney, Wagner, Hill-Barlow, Marschall and Gramzow 1996).

Öfke duygusu ifade edilme biçimine göre yorumlanmaktadır. Çünkü bireyler yaşadığı öfke duygusunu hafifletmek için farklı yollara başvurumaktadırlar (Sala 1997).

Bireyin öfkesi iki yönlü bir çatışma yaratır; öfkesine konu olan diğer insanlarla çatışma ve kendisiyle olan çatışma. Öfkenin ne tarafa yönleneceği konusunda bireyden bireye önemli farklılıklar bulunur. Bazı bireyler öfkelerini içe yönlendirirken, bazıları da dışa yönlendirmektedirler (Olmuş 2001).

Birey yaşadığı öfke duygunu, çeşitli nedenlerle içine atarak bastırabilir; sağlıklı bir şekilde ifade edebilir; başkalarına yönlendirerek dışsallaştırabilir ya da somatik olarak ifade edebilir (Sala 1997).

Öfkeli olduğu halde herhangi bir şey olmamış gibi göstererek, öfkesini içine atan bireyler, kişilerarası ilişkilerde de zorluklar yaşamaktadırlar. Karşıdaki kişiyi kırmamak ve kaybetmemek için öfke bastırılrsa da halen devam ettiği için iletişimi olumsuz yönde etkileyecektir. Hatta bireyin konuşamadığı duyguları o kişiye karşı biriktirerek kin besleme boyutuna kadar ulaşabilmektedir. Ayrıca kaynağına yöneltilmeyerek bastırılan öfkenin bireyin hiç beklemediği bir anda daha kontrolsüz olarak abartılı tepkilerle ifade edeceğini belirten yayınlar vardır (Özer 1994, Sala 1997, Terakye 1998).

Önemli olan bireyin, doğru kişiye, doğru derecede, doğru zamanda, doğru amaçla ve doğru yolla öfkesini ifade edebilmesidir (Baltaş 2005).

Öfke duygusu yapıcı olarak dışa vurulduğu gibi saldırgan davranışlarla da dışa vurulmaktadır. Öfkenin saldırgan davranışlarla dışa vurularak boşaltılması sık tercih edilen ve kolay bir yoldur. Ancak istendik değildir. Engellenme karşısında birey benliğini korumak ve savunmak için saldırgan tepkiler göstermekte ve gergin ortamdan uzaklaşmak için çözümler aramaktadır (Özer 1994, Sala 1997, Terakye 1998).

Öfkenin dışsallaştırılmasında ve açıkça ortaya konulmasında bazı etkenler önemli rol oynamaktadır. Diğer bir ifadeyle, öfke yaşantısı ve öfkenin ifade edilmesi hedefe ve duruma göre değişmektedir. Bir çok insan kendinden daha üst statüde olan kişilere öfkelerini ifade etmede çoğu zaman zorlanırlar. İnsanlar genellikle hoşlanmadıkları kişilere daha fazla öfkelenirler ama daha çok yakınlarına, arkadaşlarına ve sevdiklerine ifade ederler (Üstün, Akgün, Parlak 2005). Kişiler öfkelerini içte tutma ya da dışa vurma şeklinde ifade ederler. Bazen de öfke tepkilerini kontrol edebilirler. Öfkenin içte tutulması, bastırılması tepkilerin belli edilmemesidir. Öfkenin dışa vurulması, tepkilerin

kişilere veya objelere yansıtılmasıdır. Öfkeyi kontrol etmek ise, kişinin başkaları ile olan ilişkilerinde genelde ne ölçüde sabırlı, soğukkanlı, hoşgörülü, anlayışlı davrandığı ve mantığa bürünme, bastırma, inkar gibi savunmaları kullanıldığı ile ilgilidir (Özer 1994).

4.1.4. Öfke Kontrolü

Öfkeyi doğru ifade etme becerisini kazanmaya öfke kontrolü denir. Öfke kontrolünde temel amaç; saldırganlıktan uzak, şiddet içermeyen, kişinin kendisine ve çevresindekilere zarar vermeyecek şekilde öfke duygusunu ifade etme becerisini kazanmasıdır (Türk Psikoloji Bülteni 1999).

Öfkeyle başa çıkma, onun bastırılmasını ve saklanmasını değil, tanınmasını gerektirir. Öfkenin tanınması, öfkeye neden olan ve öfke ifadesini etkileyen biyolojik yapı, bireyin mantıklı ve mantık dışı inançlarının ve aile, toplum, kültür gibi çevresel etkenlerin bilinmesidir. Bireyler ancak öfkelerini tanıdıklarında, öfkelerinin zararlarından kurtulabilirler ve onu kendileri için yapıcı bir şekilde ifade edebilirler (Kısaç 1997).

Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önlemede bireyin düşünce yapıları, duyguları, davranış örüntüleri ele alınmalı, psikososyal gereksinimleri saptanmalıdır. Öfke duygusunun ifadesi ve baş etmeye yönelik çalışmalarında ruh sağlığı hizmetlerinin içinde yer almalıdır. Şiddet ve saldırganlık olaylarının öfkenin uygunsuz olarak dışa yoneltmesi sonucu geliştiği kabul edilmektedir. Yaşanan öfke duyguları ile baş edilememesi sonucunda; alkol, sigara ve madde kullanımı gibi etkisiz baş etme yöntemlerinin sık tercih edilen bir yol olduğu görülmektedir. Öfke duygusu uygun ifade edilemediğinde kişilerarası ilişkilerde de çatışmalar olduğu bilinmektedir (Sala 1997).

Öfke kontrolü ve öfke ile baş etmeye ilişkin çalışmalara bakıldığında; öfkeliyken gençlerin ne tür baş etme mekanizmalarını kullandıklarını inceleyen Goodwin (2006), genç kızların daha çok dua ettiklerini, yürüyüşe çıktıklarını, birisiyle konuştuklarını, tartıştıklarını ya da müzik dinlediklerini; erkeklerin ise daha çok fiziksel olarak kavga etme eğilimi gösterdiklerini, egzersiz yaptıklarını, alkol ya da uyuşturucu aldıklarını ifade etmektedir. Sigara içme davranışında ise cinsiyete göre bir farklılık bulunmamıştır. Lench (2004) çalışmasında düşük öfke grubunda olan üniversite öğrencilerinin, yüksek

öfke grubuna göre daha fazla sosyal desteğe başvurduklarını belirtmiştir. Phillips, Henry, Hosie ve Milne (2006) çalışmalarında yaşla (18-88 yaş arası) birlikte öfke tepkisine bakmışlardır ve daha yaşlı bireylerin öfkelerini daha az dışa vurduklarını (daha az şiddetli), içsel olarak öfkelerini kontrol etmeye çalıştıklarını ve daha çok sakinleşme stratejileri kullandıklarını görmüşlerdir.

Yine aynı çalışmalarında yaşlı bireylerin iyilik hallerinin daha iyi olduğunu ve bunun en azından bir nedeninin öfkeyi etkili kontrol etme ile ilişkili olduğunu vurgulamışlardır (Koç 2008). Balkaya (2001) da ileri yaşlarda öfke yaşantılarında ve tepkilerinde belirgin bir azalmanın olduğunu ve sakin davranışların arttığını bildirmiştir.

4.1.4.1.Öfke Kontrol Yöntemleri

4.1.4.1.1 Bilişsel Boyuttaki Yöntemler

Öfkenin kontrol edilmesinde bilişsel yöntemlerde ilk adım olarak öfkenin bedensel, ruhsal, davranışsal belirtilerinin fark edilmesi, diğer adımda ise öfkeye neden olan etmenleri ve bireyin öfke nedeniyle kendisine ve çevresine sergilediği davranışları farketmesi gerekmektedir. Öfkeye neden olan durumlarla yüzleşme, bunlardan kaçınma, olaya değişik açıklamalar getirme ve farklı bakış açıları düşünme, bireyi bu durumlarda daha doğru tepkiler vermeye yönlendirebilir. Ayrıca birey “Öfkenin seni ele geçirmesine izin verme”, “derin bir nefes al” gibi kendi yönerge cümleleriyle öfkeyi kontrol etmeye çalışmalıdır (Türk Psikoloji Bülteni 1999, Türk Psikologlar Derneği 2004).

4.1.4.1.2.Duygusal Boyuttaki Yöntemler

Öfkenin kontrol edilmesinde duygusal uyarılma üç adımda olmaktadır (Kökdemir 2004).

- Biofeedback uygulayarak öfke durumunda vücudun nasıl tepkiler verdiğini keşfedip, fiziksel uyarılmayı azaltmak, düşünce ve davranışları değiştirmek için öfkeyi bir ipucu olarak kullanmak yararlı olmaktadır.

- Alternatif uyarılma oluşturarak, öfke ya da fiziksel uyarılmaya muhalif başka bir uyarılma (örneğin, gevşeme ve espri) oluşturmak için öfkeyi bir ipucu olarak kullanmak gerekmektedir.

- Uyarılmanın yönünü değiştirerek, öfke yaşandığında, gelişen fiziksel uyarılmanın yarattığı enerjiyi, üretime dönüşebilecek önemli bir kaynak olarak kullanmak önemlidir.

4.1.4.1.3.Davranışsal Boyuttaki Yöntemler

Öfkenin kontrol edilmesinde davranışsal boyutta saldırgan davranışları önlemek için bazı adımlar önerilmektedir. Bunlar; kendi öfke davranışını öğrenme, uygun öfke ifade etme biçimi oluşturma, uygun olmayan davranışı uygun olanla değiştirme, öfkelenmeye yol açan sebepleri, davranışları ve davranışların sonuçlarını gözden geçirme ve yeniden değerlendirme şeklindedir (Kökdemir 2004).

Literatür incelendiğinde, hastaların öfke ve saldırganlık potansiyellerini ve görevlilerin tepkilerini ortaya koyan çalışmaların ağırlıklı olarak psikiyatri, acil servisler gibi öfke ve şiddet potansiyeli yüksek olan birimlerde yapıldığı, özellikle ülkemizde diğer hasta grupları ve görevlilerin yaklaşımlarını inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir.

Hastaların öfke ifade eden davranışlarının genellikle hastalıkları ile hastaneye yatmalarına bağlı olarak ortaya çıktığının farkında olmakta, yaklaşık dörtte biri görevlilerin tutumunun önemli olduğunu belirtmekte, ancak hastanın öfkesini ele almada yetersiz kalmaktadır. Bu doğrultuda, hemşirelere hastaların öfke davranışları ve bu davranışları tanıma, ele alma ve hastanın öfkesini olumlu biçimde ifade etmesine yardım etme konularında sürekliliği olan öğretim yapılmasının, kendi öfke düzeylerinin farkında olmalarının sağlanmasının ve atılacak eğitimi yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir (Doğan, Güler, Kelleci 2001).

Öfke kontrolünün öğretilmesi ve sağlanması bir toplum ruh sağlığı hizmetidir. Hemşireler insanlarla sürekli, kesintisiz ve doğrudan hizmet veren bir sağlık ekip üyesidir. Bu durumlarını avantaj olarak görerek bireylere öfke ve kontrolü ile ilgili eğitim verebilirler. Bu bağlamda yayımlanan hemşirelik girişimleri sınıflandırması (Nursing Interventions Classification: NIC) kitabında öfke kontrolü için önerilen hemşirelik girişimleri aşağıda belirtilmiştir (McClosky Bulechek 2000). Bunlar;

- Bireyin öfkelenmesine neden olan durumları tanımlamasına yardım edilmesi,

- Uygun olan öfke ifade biçimi oluşturulana kadar bireyin kontrolsüz olan davranışlarına sınır konması,
- Geriliminin arttığı durumlarda, hemşire ya da ekibin diğer üyelerinden yardım alma konusunda bireyin cesaretlendirilmesi,
- Öfke kendine ya da diğerlerine fiziksel zarar verme şeklinde kendini gösterdiğinde gerekli olan önlemlerin alınması (Tehlikeli araçların ortamdaki uzaklaştırılması),
- Sinirlilik ya da öfkenin görüldüğü durumlarda uygun olan fiziksel davranışların uygulanmasının sağlanması (spor yapma, gazete okuma, çamur oynama, boş çuvalı tekmeleme),
- Kontrolün kaybedilmesinden önce bireyin davranışlarına yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin yapılacağı konusunda hastaya teminat verilmesi,
- Gerektiğinde bireye fiziksel ortamdaki uzaklaştırma, izolasyon gibi kontrollerin kullanılması,
- Öfke oluşumundaki etmenlerin tanımlanması konusunda bireye yardımcı olunması,
- Uygun olmayan öfke şeklinin sonuçlarının tanımlanması,
- Şiddet içermeyen uygun olan öfke şeklinin gösterilmesinin yararlarının birey ile birlikte tanımlanması,
- Bireyin kontrol edilebilecek davranışlarının oluşturulması,
- Sakinleştirme yöntemlerinin oluşturulması (zaman kullanımı, derin soluk alma egzersizleri),
- Uygun öfke modellerinin oluşturulması,
- Uygun öfke ifade şeklinin pekiştirilmesinin sağlanmasıdır. (McClosky Bulechek 2000).

Her bireyin duygularını ifade etme biçimi birbirinden farklıdır. Hastalar çoğu kez tedaviyi ve bakımı reddederek, işbirliği yapmayarak, sık sık isteklerde bulunarak, sözel sataşma ya da iğneleyici sözcükler kullanarak, sürekli yakınlıkta öfkelerini doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya koyarlar ve bakımlarının karşılanmasında başkalarına

gereksinim duymaları nedeniyle öfkelerini çoğu kez açıkça ortaya koyamaz, dolaylı yollarla ifade etmeye çalışırlar (Roberts 1976, Terakye 1998).

Roberts (1976) da hemşirelerin çoğunun hastaların bu tür davranışlarını tolere edemedikleri, böyle bir davranışı hak etmediklerini düşünerek hastalara öfkeli oldukları ve öfke tepkilerini gizli ya da açıktan ortaya koyduklarını söylemektedir.

Smith ve Hart (1994) yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin hastaların öfkelerini kendi benliklerine tehdit olarak algıladıklarında hastadan uzaklaşarak kendi öfkeleriyle baş etmeye çalıştıklarını bulmuştur.

Öfkemizi, kendimizi ve ilişkilerimizi açıklığa kavuşturup, farkındalığımızı artırmak konusunda çoğumuz yardım görmemiştir. Çoğu zaman öfkeden korkmaya, tamamen reddetmeye, öfkeyi yanlış hedeflere yöneltmeye, ya da öfkeyi kendimize çevirmeye yönelik davranırız. Tüm bunlar öfkenin etkili bir şekilde ifade edilmiş tarzını engeller.

Daha etkili yöntemler öfkenin kabul edilmesini, öfkenin gerçek nedenlerinin araştırılmasını ve öfkenin kontrol edilmesini gerektirmektedir (Lerner 1999; Novaco 1975; Shuerger 1979).

Özmen (2006)'e göre, öfke konusunda bilinmesi gereken en önemli nokta, öfke duygusunun ortaya çıkışının ya da yaşanmasının engellenemeyeceğidir. Çünkü öfke, doğal bir duygudur ve insanın doğasında vardır. Bu nedenle öfke duygusu, insanın hiçbir zaman yok sayamayacağı bir duygudur. Bu açıdan bakıldığında, öfkenin ortaya çıkmasının engellenmesinin doğru olmayacağı ve bu engellemenin bireyin doğasına zarar vereceği söylenebilir. Öfke, bireyin gelişimine katkı sağlayacak biçimde denetim altına alınması gereken bir duygudur. Birey tüm diğer duyguları gibi öfke duygusunu da tanıyıp kabul ederek sağlıklı bir biçimde ifade edebilme becerisini kazanmalıdır.

İnsanları öfkeli kılan nedenlerin başında engellenme, isteğin yerine gelmemesi, önemsenmeme, aşağılanma, keyfi bir davranışla karşılaşma, haksızlığa uğrama ve saldırıya uğrama, psikolojik yönden hakarete uğrama; fizyolojik yönden bedensel saldırıya uğrama gelir. Amaçlarına ulaşması ve ihtiyaçlarını karşılaması noktasında insanı engelleyecek her durum, olay ya da kişi, öfke duygusunun oluşumunda en başta gelen nedenlerdir (Atkinson 1996).

Öfke davranışlarının ortaya çıkışında, kişilerarası ilişkiye ait birçok sorunun ve yetersiz problem çözme becerilerinin etkili olduğu bilinmektedir. Bu durumda öfkeden korunmayı ve azaltmayı hedefleyen bazı yaklaşımlarda etkili iletişim becerileri, güvengen (atılgan) davranışların kazanılması, sosyal beceri eğitimi, sosyal desteklerin kullanımı, problem ve çatışma çözümlen, empatik olma, çatışma çözümleri ve duygusal kontrolün artırılması gibi kişilerarası ilişkilerde etkin olmayı kolaylaştıran beceri eğitimleri önemsenmektedir (Lerner 1985).

Öfke, özellikle açık bir şekilde, olduğu gibi gösterildiğinde ve bu durum diğer insanlar tarafından olumsuz yönde değerlendirildiğinde, kişide olumsuz benlik kavramına, düşük benlik saygısına, kişiler arası ve aile içi iletişim çatışmalarına, sözel ve fiziksel saldırılara ve iş yaşamı ile ilgili uyumsuzluklara neden olabilir. Başka bir anlatımla, insanlar hem öfkenin neden olduğu olumsuz sonuçlar, hem de kültürel nedenlerden dolayı öfkelenmekten korkmakta ve öfkesini göstermek istememektedir. Oysa öfkenin bastırılması, varolan enerjinin içe döndürülmesidir. Öfkenin bu şekilde yaşanması ise bireyin kendisine zarar vermesine neden olmaktadır. (Arsakay 2001, Kassinove ve Tafrate 2003).

Westermayer'e (2001) göre, öfke duygusunun insan doğasında bir işlevi vardır. Bu nedenle öfke duygusu işlevsel olmayan bir şey değildir. Öfke duygusunun işlevini yerine getirmesine engel olan şey onun içe atılması ya da bireyin kendine yönelmesidir. Öfkeleri içe yönelik bireyler öfkeli olduklarını kabul etmekte zorlanırlar. Bu bireylerin öfke tepkileri genellikle edilgen tepkilerden oluşmaktadır. Bu edilgen öfke tepkileri genellikle, somurtma, surat asma, küsme biçiminde ortaya çıkar. Bu bireyler karşılarındaki kişinin onların düşüncelerini okumalarını ümit ederler. Sonuçta ise bu öfkeleri acı çekme ya da gücenme biçimine dönüşebilir. Öfkeleri içe yönelik bireyler, kendilerinde öfke yaratan bir durumla karşılaştıkları vakit, hemen bir saldırgan tepki ortaya koymazlar, fakat bu bireyler bu durumun önemini ve verecekleri tepkiyi uzun süre düşünürler. İçe yönelik öfke, ifade edilmek için güvenli bir yer arar (Lulofs ve Chan 2000). Bazı insanlar öfkelerini ifade etmekte çok zorlanırlar. Bu insanlar, kendi içlerinde sahip oldukları kural ve ölçütler nedeniyle, yaşadıkları bu öfkelerini açıkça ifade etmelerine engel koymaktadırlar. Bu durum aslında aşırı bir öz disiplin sorununun varlığına da işaret edebilir; ifade edilmeyen öfke duygusu ya da açığa vurulmayan öfke duygusu içte tutularak biriktirilmiştir. Açığa vurulmayan öfke duygusu bireyde yüksek

kan basıncı ve kalp hastalıkları gibi fizyolojik etkiler meydana getirerek fiziksel sağlık problemlerinin doğmasına da neden olabilir. Ayrıca bu bireylerin sigara içme davranışlarındaki yoğunluk dikkat çekicidir. Bununla bağlantılı olarak kalp ve damar hastalıkları oranının artması kaçınılmazdır. Bunun yanında açığa vurulmayan öfke duygusu, bireyin kendisini çaresiz hissetmesine ve bu durumun sonucunda ise bireyde depresif duyguların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle öfkelerini açığa vurmayan bireylerin öncelikle öfkelerini tanılamaları (fark etmeleri) önemlidir.

Daha sonra onların, kendilerine koymuş oldukları hangi engelin, onların öfkelerini ifade etmelerine izin vermediğini tanılamaları (fark etmeleri) gerekmektedir. Bu aşamadan sonra ise bu bireylerin, öfkelerini ifade edebilmeleri için uygun bir yolun bulunması gerekmektedir (Özmen 2006)

Öfkesi ve kızgınlığından ötürü insanın kendisini suçlu hissetmesi doğru değildir. Sağlıklı bir biçimde dışlaştırılmış öfke amaca yöneliktir, çoğunlukla toplumsal olarak kabul edilebilir bir biçimdedir ve uzun vadede kişiye yarar getirmesi mümkündür. Öfkenin kontrol edilememesi ve sağlıksız olarak dışlaştırılması ise saldırganlık ve şiddet biçimindedir ve en büyük zararı kişinin kendisine verir. Yapıcı olarak kullanıldığında öfke zihinsel ve bedensel güç verir (Baltaş, Baltaş 2004).

4.2.Tolerans

4.2.1.Tolerans Tanımları

Tolerans kavramı Türkçe'de katlanmak, göz yummak, hoş görmek, dayanırlık, katlanırlık, anlayış, müsaade etme ve tahammül sözcüklerine karşılık gelmektedir (Aslan 2001).

Tahammül kavramı, güçlü, zorlayıcı dış etkenlere karşı koyabilme, dayanma ve insan için kötü, güç durumlara karşı koyabilme gücü, kaldırma, katlanma olarak ifade edilirken (TDK 1959), hoşgörü ise, her şeyi anlayışla karşılayarak olabildiği kadar hoş görmek hali, müsamaha (Ağakay 1959) ve tolerans (TDK 1959) olarak karşılık bulmaktadır.

Her ne kadar tolerans sözcüğü yerine hoşgörü kullanıyor olsa da, her iki sözcük arasında anlam farkı olduğuna inanılmaktadır.

Her şeyden önce tolerans kavramının bir kayıtsızlık veya önemsememe olmadığını vurgulamak gerekir. Tolerans kavramının ayırıcı unsurlarından birisi başkalıktır. Bu başkalık yaradılış (karakter, mizaç) ayrılığı açısından psikolojik, alışkanlık ve gelenek açısından sosyolojik, fikir ayrılığı anlamında kültürel bir yapı gösterebilir (Batuhan 1959).

Tolerans, sahip olunan gücün kullanılmasından kaçınmaktır (Yürüşen 1993). Bu anlamda kaçınma kendi doğası içerisinde bir gerilim taşımaktadır ve bu gerilimin beraberinde katlanmayı, tahammül etmeyi getireceği açıktır. Ama bu katlanma zoraki bir katlanmadır. Yani katlanmaya içsel anlamda verdiğimiz bir onay yoktur (Gürsoy 1999). Yalnız burada dikkat edilmesi gereken önemli bir husus vardır. Bu sakıncalı (tatsız, hoş olmayan) olan bir durum karşısında kendini tutma veya sakınma sadece güçlü olan taraf için geçerli olmalıdır.

Aslında toleransta, değiştirme ve ortadan kaldırma gücü olmasına rağmen katlanma söz konusudur. Bu anlamda toleransın, daha güçlü olanın zayıf olan karşısında ortaya koyduğu bir tavır olduğu söylenebilir (Aydın 1999).

Kişisel tolerans bu anlamda kişisel bir güçtür, örneğin kişisel tolerans, kişinin tamamen kendi kontrolü dışında olan estetik ve ahlaki konular hakkındaki olumsuz düşünceleri ile ilgili olarak sergilenir. Kişisel tolerans erdemi kişinin genellikle tatsız bulduğu durumlarda, bu sorun olan durumu değiştirme konusunda gücü ve otoritesi olmadığına, karşısındakinin davranışlarını hoş karşılayarak onaylaması değil, takdire değer müşfik tepkiler vermesini ifade etmektedir.

Psikoloji sözlüğünde Tolerans kavram şu şekilde açıklanmıştır:

1- Genel anlamda herhangi bir zarar görmeden, strese, yüke, acıya, baskıya vb. dayanma, katlanma yetisi

2- İlk tanımla ilişkili olarak, farklı tutumları, inançları, kültürleri hoşgörüyle karşılama. Mutlaka farklılıkları benimseme anlamına gelmez.

3- Bir maddenin (örneğin ilacın, alkolün, sigaranın vb.) sürekli kullanılmasına bağlı olarak, aynı dozda alınan maddenin etkisini azaltması ve öncekiyle aynı etkiyi sağlamak için alınan madde miktarının sürekli atırılmasıyla tanımlanan bir durum (Budak 2003).

‘Tolerans’ kelimesi Latince (sıfat) sabırlı, (zarf) sabırlı bir şekilde anlamına gelen ‘tolerans’ kelimesinden batı dillerine aktarılmıştır. ‘Tolere etmek’ fiili yine Latince

dayanmak, kaldırmak, tahammül etmek, desteklemek, üstlenmek anlamlarına gelen ‘tolerare’ fiilinden gelmektedir (Kabağaç 1995).

Tolerans kelimesinin dikkat çeken bir anlamı da şudur: ‘oldukça iyi veya kabul edilebilir, zararı olmayan, mükemmel veya memnun edici olmayan ama katlanılabilen veya iğrenme, pişmanlık veya karşıtlık olmadan kabul edilebilen (Webster 1940).

Antoine Furetière’nin 1690 yılındaki sözlüğünde toleranstan ‘birinin muzdarip olduğu bir şeye sabretmesi’ olarak bahsediliyor. Furetière için tolerans gösterilebilecek şey katlanılabilecek bir şeydir. Onun örnek verdiği şeylerin – ağrı, günah ve hayal gücü – hepsi olumsuz anlamlara sahiptir ve sadece belli sınırlar dahilinde tolere edilmesi anlaşılabilir (Delon 2001).

Voltaire 1972 tarihli *Felsefe Sözlüğü*’nün tolérance maddesinde ‘insanlığın en güzel yönü ve insanlar arasındaki anlaşmazlıkların tek çaresi diyor. Voltaire için tolere edilebilecek olan bizim katlanmayı öğrenmemiz gereken şeylerdir; ki bunlar zayıflık, çelişki, kararsızlık ve yanılma gibi insan tabiatının karakteristik özellikleridir (Voltaire 1972).

Tolerans kavramının Aslan (2001) tarafından verilen tanımı ise şöyledir: Tolerans; herhangi bir insanın dil, din, mezhep, düşünce, etnik yapı, cinsiyet ve siyaset konularında kendi değerlerinden başka değerlere varlık tanımama gücü elinde iken, kendi güç ve iradesini sınırlayarak, kabul etmeksizin, onların varlık alanında yer almalarına ses çıkarmaması demektir.

4.3.Acil Servis

Acil bakım kavramı; sağlıklı bireyin fiziksel ve ruhsal bütünlüğünü bozan, yaşamını tehdit altına alan durumlarda bireyin ve ailesinin gereksinim duyduğu tıbbi bakımın zaman kaybedilmeden verilmesi anlamını taşımaktadır (Babadağ 1990).

Acil sağlık hizmetleri; uzmanlaşmış bir ekip ile yılın 365 günü, hafta sonları dahil günün 24 saati aksamadan sunulan; hastaneye acil olarak başvuran hastanın şikayet ve istemlerini ilk planda, hızla çözebilecek bir alt yapıya ve temel sorunu belirleyerek tedavi edebilecek donanıma sahip, kısa süreli tedavi ve gözlem gerektiren hastalara müdahale eden sistemin bütünü olarak değerlendirilebilir .

Acil birimler, yasamı tehdit eden durumlarda hastaların var olan gereksinimlerini karşılamak amacıyla dizayn edilen, donatılan ve gerekli hizmeti sunacak bireylerin sağlandığı birimlerdir. Acil birim ekibinin temel amacı, bakım hizmetlerinin güvenli, yeterli ve zamanlı bir biçimde etkin olarak sunulmasıdır (Kanan 2002).

Tıbbi anlamda acil; “bireyin fiziksel ya da ruhsal yönden tehlike içinde bulunduğu inanılarak hasta ve ailesine gereksinim duyduğu tıbbi bakımın anında verilmesidir” (Erdemir 2006).

Acil servise kabul edilen hastalar, genelde acil çözümlenmesi gereken bir problemle birlikte gelirler. Bu problemler beklenmedik bir zamanda ve hastanın planlamadığı bir süreçte aniden gelişmiş ya da bir doğal afet, kaza ve çatışma sonunda ortaya çıkmış olabilir. Hasta ve yakınları ani gelişen bu durum karşısında şaşkın, öfkeli, korkulu ve yaşamlarının tehdit altında kaldıklarını hissederler. Yoğun bir stres içinde problemlerinin tanımlanmasını ve çözümünün en kısa zamanda gerçekleşmesini beklemektedirler. Bekleme sürecinin çeşitli nedenlerden dolayı uzaması, hasta ve yakınlarının daha stresli olmasına ve sağlık çalışanlarından beklentilerinin de giderek değişmesine ve iletişimin problemleri bir boyuta ulaşmasına neden olabilir (Hatipoğlu 2004) .

Literatürde hastaların, ya kendi durumlarını acil olarak algıladıkları için ya da acil ünitenin eve yakın olması, muayene için daha kısa süre beklenilmesi, ilgili polikliniklerde sıra bulunamaması ya da reçete yazdırma, rapor isteme ve parenteral uygulama yaptırma, diğer hastane birimlerinden bakım alamama gibi nedenlerle acil üniteye başvurdukları belirtilmektedir (Bulut 2006).

Başvurma nedeni ne olursa olsun bu durum acil üniteye yığılmalara neden olmaktadır. Acil üniteye oluşan yığılma ve yığılmanın oluşturduğu kargaşa ve huzursuzluk acil hizmetlerin yürütülmesini engelleyebilmektedir.

Acil servise gelen hastaların durumlarındaki belirsizlik, aile ve yakınlarının endişeli durumu, uzun süreli bekleme ve değişik nedenlerden kaynaklanan gecikmeler, hastanın ölümü, şiddet yaşanmasına neden olabilir. Yine alkol ve madde bağımlıları sağlık personeline yönelik şiddete başvurabilmektedir. Son beş yılda acil servise görevli personelin %61' inin, sözlü şiddete maruz kaldığı veya tanık olduğu belirlenmiştir (Beyaztaş 2002, Hancı 2003).

Acil servis hekimlerinin hastaların şiddet içeren davranışlarına maruz kalmaları ile ilgili bir çalışmada, hekimler hastaların sözel öfke ifade eden davranışlarıyla %96 oranında, saldırgan davranışlarıyla %32 oranında karşılaştıklarını söylemişler ve %18'i hastalar tarafından saldırıya uğradıklarını belirtmişlerdir (Wyatt ve Watt 1995).

Acil servis personeli ortamının yoğunluğu, bakım verilen hastaların ciddiyeti, shift şeklinde çalışma programı nedeniyle sürekli bir stres altında bulunurlar. İş yerlerindeki bu stres yanında düzeni bozulan sosyal, aile ve arkadaşlık ilişkileri AS personelinin yıllar içinde yıpranmasına zemin hazırlayan multifaktöryel etkenlerin başında gelmektedir (Çevik 2000).

Pratisyen Hekimler

Amerikan Acil Tıp Uzmanları Derneği (ACEP) ve akademik acil tıp birliğinin yayınladığı bildiri ve raporlarda acil birimlerde ve acil bakım hizmeti basamakları arasında pratisyen hekimlere yer verilmemiştir, fakat ülkemizde acil birimlerde pratisyen hekimler de görevlendirilmektedir. Acil birim direktörü acil birimlerde görevli pratisyen hekimlerin bilgi, beceri ve deneyimlerin arttırılmasında önemli bir rol üstlenmelidirler (Ersoy ve ark. 2002).

Acil Hemşireliği

Acil hemşiresi, tanı konmamış ve acil girişime gereksinimi olan her yaştaki hasta/yaralı bireye gerekli hemşirelik bakımının uygulayıcısı konumundadır. Acil hemşiresinin zamanının sınırlı olması, buradaki hastaların durumunun aciliyeti, sınırlı bilgi elde edilebilmesi, acil bakımdaki olanakların kısıtlılığı vb gibi faktörler acil hemşiresinin görevlerini karmaşık ve stresli bir hale getirmektedir (Kuğuoğlu 2004).

Diğer bir tanıma göre; acil bakım hemşireliği, hizmet kapsamı çok geniş olan, hasta ya da yaralının ritmi ve kriz gibi nedenlerle fiziksel, duygusal ya da sosyal sağlığını esenliğini ve yaşamını tehdit eden durumların saptanması, tedavi ve bakım girişimlerinin planlanıp, uygulama ve değerlendirilmesi, evsiz kalan kişilerin barınak, yiyecek ve güvenlik gereksinimlerinin sağlanması gibi alanlarda bilgi, beceri ve deneyim gerektiren uzmanlık alanıdır (Yurtseven 1994).

Acil bakımda gerçekleştirilen hemşirelik işlevleri diğer klinik alanlardaki hemşirelik işlevlerine benzerlik göstermekle birlikte, çok sayıda bağımsız faktörün

varlığı hemşirenin görev ve uygulamalarını karmaşık ve stresli hale getirmektedir. Bu faktörler; zamanın sınırlı olması, kişilerin durumlarının acil olması, sınırlı bilgi elde edilebilmesi, ameliyathane, yoğun bakım gibi diğer klinik bakım alanları için aydınlatıcı bilgi gereksinimi olasılığının olması, acil ortamdaki olanakların kısıtlılığı, acil birimlerin geniş uygulama alanlarının olması, hastaya henüz tanı konmamış olması ve olası taşıyıcılıkların bilinmemesi, hızlı ve kritik karar verme sorumluluğunun birey için yaşamsal önem taşıması şeklindeki sıralanabilmektedir (Kuğuoğlu 2004).

Ülkemizdeki hastanelerin acil birimlerinde travmalı bir hasta ve ailesine yaklaşım konusunda yeterli bilgi ve deneyim sahibi olmadan hemşirelerin görevlendirildiği görülmektedir. Bu nedenle hemşireler, kendilerinden beklenen kaliteli sağlık bakım hizmetini veremedikleri gibi, acil travma ünitelerinin doğası gereği ortaya çıkma olasılığı yüksek olan şiddet ve bazı hastalıklarla karşı karşıya kalmak, stresle baş etme güçleri yetersiz olduğunda da ciddi sorunlar yaşamaktadırlar (Ünalı 2008).

Bütüncül bakım vermek üzere eğitim gören, genel hastanede 24 saat hasta ile birlikte olan hemşireler, sıklıkla hasta davranışlarındaki değişikliği ve izahı güç durumları not etmekle birlikte, hastaların psikolojik bakımı için çoğu zaman yardıma ihtiyaç duymaktadırlar. Her gün fiziksel durumunda değişiklikler yaşayan hastalarla karşılaşmak, yoğun bir servisin yönetiminde kaos yaratabilmekte, sağlık elemanlarının anksiyete ve engellenmişlik yaşamasına yol açabilmektedir. Bu baskıya ilaveten hemşire eleman eksikliği, sağlık elemanlarının kendi aralarında veya sağlık elemanları ile hasta arasında iletişim problemlerinin yaşandığı bir ortama dönüşebilmektedir (Hicks 1989). Bu nokta da konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşiresi önemli bir boşluğu doldurur.

Liyezon hemşiresi, hastaların ve sağlık elemanlarının olumsuz ve felaketçi algılamalarını değiştirerek deneyimlerinden öğrenmelerini sağlar ve kişiler arası ilişkilerin önemi üzerinde durur (Tunmore 1990). KLP hemşiresi danışanlara yeni bilgiler sağlar, destek olur, rehberlik yapar, elemanların mevcut problemleri çözmelerine yardım eder, gelecekte benzer durumları çözmelerini sağlar (Lehmann 1991).

Morriss ve ark. (1994) göre KLP hemşiresi, hemşire ile hasta arasında ortaya çıkan çatışmaların çözümlenmesinde yardım edebilir, hasta-aile-hemşire arasında iletişime katkıda bulunabilir, kontrol edilmesi zor durumlar hakkında hemşirelerin duygularını

ifade etmesine imkan verebilir, ekip içi çatışma ortaya çıktığında veya güç durumlarla başa çıkmalarında yardım edebilir. Hastalara ve ailelerine destek ve danışmanlık verebilir.

KLP hemşiresinin yardımı, etkin iletişimi, bilinçli, profesyonel bir tutumu gerektirir. 2000'li yıllara gelindiğinde, KLP hemşiresinin ruh sağlığı problemi olan hastaların entegre ve holistik bakım almaları amacıyla, direkt ya da psikiyatri dışı genel hastane servislerinde çalışan tedavi ekibine danışmanlık yaparak, indirekt olarak çalıştığı belirtilmektedir. KLP hemşiresinin, hastalar ve aileleri için psikoterapötik müdahaleler sağladığı, sağlık elemanlarına danışmanlık yaptığı, sistemdeki sorunlar ve işlemler hakkında yardımcı olduğu, araştırma aktiviteleri ve eğitim programlarında yer aldığı, böylece hasta-aile-bakım verenler ve sağlık sistemi etkileşimi üzerinde durarak hasta ve aile memnuniyetine katkıda bulunduğu bildirilmiştir (Sharrock and Happel 2001). Regel & Davies KLP hemşiresinin rolünü konsültasyon, klinik süpervizyon, sağlık elemanlarına destek ve araştırmanın bir kombinasyonu olarak tanımlamış ve bu uygulamanın hasta bakım sürecini ve sonucunu iyileştirdiğini, maliyet etkinliğini sağladığını, hemşirelerin yaşadığı emosyonel gerginliği azalttığını, iş memnuniyetini arttırdığını belirtmiştir (Robinette 1996).

KLP hemşiresi hastaların, ailelerin ve genel hastanede çalışan hemşirelerin eğitiminde rol alır. Fiziksel hastalığa sahip hastaların ve yakınlarının;

- *Gösterdikleri tepkileri farketmelerine ve tanımalarına
- *Yaşadıkları sorunlarla etkin baş etmelerine
- *Hastalığa uyumuna
- *Psikiyatrik belirtilerin erken tanınmasına ve yardım alabilmelerine
- *Yaşadıkları sorunları ifade edebilmelerine ve paylaşabilmelerine
- *Hastayı ve aileyi kötü haberlere alıştırmaya dönüktür.

Klinikte çalışan hemşirelerin

- *Hasta ve aile ile iletişimlerine
- *Hastanın gösterdiği tepkileri tanıyabilmelerine

*Hasta bakımını psikolojik boyutlarıyla ele alabilmeleri ve bütüncül bakış açısının gelişmesine,

*Çözümlemesi güç olan klinik problemlerin analizi, yas, anksiyete, kriz, intihar gibi bir çok konuda hemşirelere aydınlatıcı bilgiler verilmesine

*Klinik uygulamada akıl sağlığı kavramlarının ve uygulamalarının öğretilmesine

*Uygun psikiyatrik ve hemşirelik girişimlerin geliştirilmesine

*Hemşirelik bakımı sağlama ve sürdürmede hemşireleri desteklemeye

*Hemşirenin mesleksi ve kişisel benlik saygısını geliştirmeye,

*Çözümlemeyen bakım sorunlarıyla etkin baş etmeyi cesaretlendirmeye ve kabulünü sağlamaya yöneliktir (Kocaman 2005).

5.GEREÇ VE YÖNTEM

5.1.Araştırma Tipi

Araştırma acil servis sağlık çalışanlarının tolerans düzeyleri ile öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır.

5.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 2010 yılı Şubat ayında, Kocaeli ilindeki merkez ve ilçe hastaneleri olmak üzere 10 devlet hastanesi acil servislerinde gerçekleştirilmiştir.

5.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Şubat 2010'da Kocaeli ili devlet hastanelerinin acil servislerinde çalışmakta olan 300 sağlık personeli oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemine başvurulmadan tüm evrene ulaşılmaya çalışılmış ancak 237 (% 79) personelin anket verileri elde edilmiştir.

5.4. Yöntem

Çalışmanın araştırmaya kabul edilme kriterlerine uygun ve çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden sağlık çalışanları çalışmaya alınmıştır.

5.4.1.Araştırmaya kabul kriterleri:

- Çalışmaya katılmak için gönüllü olması,
- Sağlık çalışanı olması,
- Acil servis çalışanı olması.

5.5. Veri Toplama Yöntemi

Çalışma için etik kurul ve çalışılacak kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra hastanelerin acil servislerine gidilerek sağlık çalışanlarına, çalışma konusunda bilgi verilip onamları alınmış ve veri toplama aracı olarak kullanılan anketler dağıtılmıştır. Anketler çalışanların kendileri tarafından doldurulmuştur.

5.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada kullanılmış olan veri toplama araçları aşağıda kısaca tanıtılmış ve birer örneği Ekler bölümünde sunulmuştur.

5.6.1. Bilgilendirilmiş onam formu

Araştırmanın amacı hakkında bilgi veren onam formunda sağlık çalışanın çalışmaya gönüllü olarak katılması için onayı alınmaktadır. Araştırmada veri toplamanın gizlilik ilkesine sadık kalınarak gerçekleştirileceği ve elde edilecek verilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı açıklanmıştır (Ek 4).

5.6.2. Kişisel bilgi formu

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan ve uzman görüşüne sunulan, bazı kişisel özellikleri sorgulayan 12 sorudan oluşmaktadır. (Ek 1).

5.6.3. Tolerans Ölçeği

2004 yılında Ersanlı tarafından geliştirilen Tolerans Ölçeği 30 maddeden oluşmakta ve bireylerin tolerans düzeylerini ölçmektedir. Ölçekte yer alan listedeki her bir ifade için bireyin davranışlarını ne ölçüde yansıttığını belirtmek için, ters puanlanan 11. madde dışındaki diğer maddelerden 1-5 arasında alınan puanlarla hesaplanır. Yüksek puan bireyin yüksek düzeyde toleranslı olduğunu gösterir. Demirtürk (2005) tarafından ifade edilen tolerans düzeyi pozitif düzey aralığında (ortalamanın bir standart sapma altı ile bir standart sapma üstü arası) olan bireylerin davranış özelliği; uyum

gösterme, sorumluluk duygusu, güç ve zor şartlara dayanıklılık ve kendini ifade etme gibi davranışlardır.

Tolerans Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarına 350 kişi katılmıştır. Tolerans Ölçeğinin güvenilirliğini belirlemek amacıyla iç tutarlılık katsayısı, iki yarım test güvenilirliği ve test-tekrar test güvenilirliği hesaplanmıştır. Bu değerlendirmeye ilişkin ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .78 olarak bulunmuştur. İki yarım test güvenilirliği .81 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test tekniği ile güvenilirlik hesaplaması ise .79 olarak bulunmuştur. İki uygulamadan elde edilen puanlar için saptanan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı .90 olarak elde edilmiştir (Ek 2) (Yazgan 2007).

Tablo 1. Tolerans Ölçeği Güvenilirlik Düzeyi

	Cronbach's Alpha	Soru sayısı
Tolerans Ölçeği	0.907	30

30 sorudan oluşan Tolerans Ölçeğinin güvenilirliği %90,7 olarak bulunmuştur. Ölçek yüksek derecede güvenilirdir.

5.6.4. Durumluk Sürekli Öfke Ölçeği

Geçerliği ve güvenilirliği Özer (1994) tarafından yapılmış ölçek; 34 maddeden oluşmaktadır. Bireyden kendisi için uygun gelen ifadeleri, “Sizi ne kadar tanımlıyor” sorusuna yanıt olacak şekilde “Hiç tanımlamıyor” yanıtı 1, “Biraz tanımlıyor” yanıtından 2, “Oldukça tanımlıyor” yanıtından 3 ve “Tümüyle tanımlıyor” yanıtından 4 puan elde edilir. Sürekli öfke, kontrol altına alınmış öfke, dışa vurulmuş öfke, bastırılmış öfke alt ölçekleri bulunmaktadır. Geçerlik güvenilirlik çalışmasında cronbach Alfa değerleri; sürekli öfke boyutu için 0.79 kontrol altına alınmış öfke boyutu için 0.84, dışa vurulmuş öfke boyutu için 0.78 ve öfke içte boyutu için ise 0.62 olarak bulunmuştur. Ölçekteki ilk on maddenin toplamı ile sürekli öfke alt ölçeği, 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no’lu maddelerin toplamı ile öfke içte alt ölçeği, 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no’lu maddelerin toplamı ile öfke dışa alt ölçeği, 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no’lu maddelerin toplamı ile öfke kontrol alt ölçeği puanları elde

edilir.Sürekli öfkeden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu;control öfke ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, öfke dışı ölçeğinden alınan yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu ve öfke içte alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir (Ek 3) (Savaşır 1997).

Tablo 2. Durumluk Sürekli Öfke Ölçeği Güvenilirlik Düzeyi

	Cronbach's Alpha	Soru sayısı
Sürekli Öfke	0.759	10
Öfke içe	0.583	8
Öfke dışı	0.726	8
Ofke kontrol	0.840	8

Durumluk Sürekli Öfke Ölçeği genel güvenilirlik düzeyi 0.698 olarak bulunmuştur. Sürekli Öfke alt boyutu 0.759; Öfke içe alt boyutu 0.583; Öfke dışı alt boyutu 0.726; Ofke kontrol alt boyutu 0.840 olarak bulunmuştur.

5.7.Verii Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Araştırmadan elde edilen veriler elektronik ortama aktarılmış ve istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 17.0 programı kullanılmıştır.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (Independent samples) t testi, ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek yönlü (One way) Anova testi, Kruskal Wallis H-Testi, farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tolerans ve Öfke ölçeği alt boyutları arasındaki ilişkileri saptamak için Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Tolerans ve Öfke ölçeği alt boyutları alt boyutlarının güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanmıştır. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde çift yönlü olarak değerlendirilmiştir.

5.8. Etik Açıklamalar

Sağlık çalışanlarına gerekli tüm açıklamalar yapılmıştır. Gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm katımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın yapılabilmesi için, Kocaeli Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı (Ek 5) ve çalışmanın Kocaelindeki 10 devlet hastanesinde yapılabilmesi için Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır(Ek 6).

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bağımlı değişkeni olan sağlık çalışanlarının sürekli öfke ve sürekli öfke ifade tarzları ile bağımsız değişkeni olan tolerans düzeyleri bu çalışmada kullanılan Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği'nin ve Tolerans Ölçeği'nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

6. BULGULAR

Bu bölümde, sırasıyla araştırma evrenindeki örneklem grubunun kişisel özellikleri ve Tolerans ve Öfke ölçeğine ilişkin bulgular ile bunların yorumlarına yer verilmiştir.

6.1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular (N=237)

Tablo 3. Sağlık Çalışanların Kişisel Özelliklerine Göre Dağılımı

Kişisel özellikler	n	(%)
Eğitim Durumu		
Lise	84	35.4
Ön lisans	58	24.5
Lisans	45	19
Lisans üstü	50	21.1
Cinsiyet		
Kadın	133	56.1
Erkek	104	43.9
Yaş		
18-25	42	17.7
26-30	96	40.5
31-40	84	35.4
41 ve üzeri	15	6.3
Medeni durum		
Evli	140	59.1
Bekar	92	38.8
Boşanmış	5	2.1
Ekonomik gelir algısı		
Çok az	29	12.2
Az	129	54.4
Yeterli	79	33.3
Toplam	237	100

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 84'ü (% 35.4) Lise, 133'ü (% 56.1) Kadın, 96'sı (% 40.5) 26-30, yaş grubunda, 140'ı (% 59.1) Evli, 129'u (% 54.4) ekonomik gelir algısı azdır.

Tablo 4. Çalışanların Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımı (N=237)

Mesleki Özellikler	n	(%)
Meslek		
Hemşire	121	51.1
Hekim	44	18.6
Acil tıp teknikeri	31	13.1
Sağlık memuru	41	17.3
Meslekte çalışma süresi		
0-2yıl	37	15.6
3-5 yıl	72	30.4
5-10 yıl	56	23.6
10 yıl ve üzeri	72	30.4
Acil serviste çalışma süresi		
2 yıldan az	94	39.7
2-5 yıl	88	37.1
5 yıldan fazla	55	23.2
İş memnuniyeti		
Çok kötü	8	3.4
Kötü	48	20.3
Kararsız	47	19.8
İyi	114	48.1
Çok iyi	20	8.4
Çalışma şekli		
Çoğunlukla gündüz	35	14.8
Çoğunlukla gece	97	40.9
Gece ve gündüz nöbet sayıları eşit	80	33.8
Diğer	25	10.5
Çalışma arkadaşları ile ilişkiler		
Çok iyi	71	30.0
İyi	144	60.8
İdare eder	21	8.9
Kötü	1	0.4
Toplam	237	100

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 121'inin (% 51.1) Hemşire, 72'ser (% 30.4) kişi 3-5 yıl ve 10 yıl ve üzeri meslekte çalışma süresine sahiptir. 94'ü (% 39.7) 2 yıldan az zamandır acil serviste çalışmaktadır. 114'ünün (% 48.1) iş memnuniyeti iyi, 97'si (% 40.9) Çoğunlukla gece, 144'ünün (% 60.8) çalışma arkadaşları ile ilişkileri iyidir.

6.2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 5. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeyleri (N=237)

	Ort.	SS	Min.	Max.
Tolerans	64.55	15.65	34	125

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ortalama tolerans düzeyleri 64.55 ± 15.65 olarak bulunmuştur. İstendik düzey olan pozitif düzey aralığı çalışılan grup için 48.89-80.21 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan 237 sağlık çalışanından 170'i bu aralıktadır.

Tablo 6. Sağlık Çalışanlarının Mesleklerine Göre Tolerans Düzeylerinin Karşılaştırılması(N=237)

	Meslek	n	Ort	SS	F/p
Tolerans	Hemşire	121	63.69	15.94	1.906/0.129
	Hekim	44	67.86	14.94	
	Acil tıp teknikeri	31	60.16	13.06	
	Sağlık memuru	41	66.85	16.76	

*Anova $P < 0,05$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre tolerans puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($F=1.906$; $p=0.129$).

Tablo 7. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Eğitim durumu	n	Ort	SS	F/p
Tolerans	Lise	84	64.02	15.36	0.868/0.458
	Ön lisans	58	63.01	16.95	
	Lisans	45	64.11	16.12	
	Lisans üstü	50	67.62	14.16	

*Anova $P < 0,05$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=0.868; p=0.458).

Tablo 8. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Meslekte çalışma süresi	n	Ort	SS	F/p
Tolerans	0-2 yıl	37	65.40	16.71	0.370/0.775
	3-5 yıl	72	63.11	15.27	
	5-10 yıl	56	65.87	15.76	
	10 yıl ve üzeri	72	64.52	15.60	

*Anova P<0,05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamalarının meslekte çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=0.370; p=0.775).

Tablo 9. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Acil serviste Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Acil serviste Çalışma Süresi	n	Ort	SS	F/p
Tolerans	2 yıldan az	94	64.43	15.04	1.353/0.261
	2-5 yıl	88	62.93	15.24	
	5 yıldan fazla	55	67.34	17.17	

*Anova P<0,05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamalarının Acil serviste çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=1.353; p=0.261).

Tablo 10. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Cinsiyet	n	Ort	SS	T	p
Tolerans	Kadın	133	62.47	14.68	-2.333	0.020*
	Erkek	104	67.21	16.51		

*Student t testi, p<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda Erkek sağlık çalışanlarının Tolerans puanları, kadın sağlık çalışanlarının tolerans puanlarından yüksek bulunmuştur (t=-2.333; p=0.020).

Tablo 11. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Yaşa Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Yaş	n	Ort	SS	F/p
Tolerans	18-25	42	64.61	16.90	1.032/ 0.379
	26-30	96	63.64	15.07	
	31-40	84	64.35	16.25	
	41 ve üzeri	15	71.26	11.58	

*Anova P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır (F=1.032; p=0.379).

Tablo 12. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Medeni durum	n	Ort	SS	Kruskal Wallis/ p
Tolerans	Evli	140	66.71	15.98	6.821/ 0.033*
	Bekar	92	61.76	14.64	
	Boşanmış	5	55.40	16.00	

*Kruskal Wallis P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanı ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (KW=6,821; p=0,033<0,05). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Buna göre; Evli olan sağlık çalışanlarının Tolerans puanı, Bekar olan sağlık çalışanlarının Tolerans puanından yüksek bulunmuştur (Mann Whitney U=5263,500; p=0,019<0,05).

Tablo 13. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin İş Memnuniyeti İle Karşılaştırılması(N=237)

	İş memnuniyeti	n	Ort	SS	F/p
Tolerans	Çok kötü	8	57.25	20.49	1.267/0.284
	Kötü	48	64.54	16.52	
	Kararsız	47	68.40	19.36	
	İyi	114	63.59	13.22	
	Çok iyi	20	63.90	14.19	

*Anova P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamalarının iş memnuniyetine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=1.267; p=0.284).

Tablo 14. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Ekonomik Gelir Algısına Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Gelir algısı	n	Ort	SS	F/p
Tolerans	Çok az	29	62.55	16.88	1.322/0.269
	Az	129	66.06	15.14	
	Yeterli	79	62.82	15.96	

*Anova P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamalarının ekonomik gelir algısına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=1.322; p=0.269).

Tablo 15. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Çalışma Şekline Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Çalışma şekli	n	Ort	SS	F/p
Tolerans	Çoğunlukla gündüz	35	61.42	15.31	0.829/0.479
	Çoğunlukla gece	97	64.52	16.01	
	Gece ve gündüz nöbet sayıları eşit	80	66.28	13.57	
	Diğer	25	63.48	20.51	

*Anova P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamalarının çalışma şekline göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=0.829; p=0.479).

Tablo 16. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerinin Çalışma Arkadaşları İle İlişkilerine Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Çalışma arkadaşları ile ilişki	n	Ort	SS	F/p
Tolerans	Çok iyi	71	65.28	16.88	1.102/0.334
	İyi	144	64.91	14.91	
	İdare eder veya kötü	22	59.86	16.28	

*Anova P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamalarının çalışma arkadaşları ile ilişkilerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (F=1.102; p=0.334).

6.3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öfke Düzeylerine İlişkin Bulgular

Tablo 17. Sağlık Çalışanlarının Öfke Düzeyleri(N=237)

	Ort.	SS	Min.	Max.
Sürekli öfke	20.05	4.62	11	35
Öfke içte tutma	15.73	3.42	8	25
Öfke dışa vurma	14.85	3.65	9	31
Öfke kontrol	23.11	4.77	13	32

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sürekli öfke düzeyleri 20.05 ± 4.62 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının öfke alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında; öfke içte tutma düzeyleri 15.73 ± 3.42 , öfke dışa vurma düzeyleri 14.85 ± 3.65 ve öfke kontrol düzeyleri 23.11 ± 4.77 olarak bulunmuştur.

Tablo 18. Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Mesleğe Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Meslek	n	Ort	SS	F/p
Sürekli öfke	Hemşire	121	19.94	4,66	3.327/0.020*
	Hekim	44	18.75	4.25	
	Acil tıp teknikeri	31	22.09	4.51	
	Sağlık memuru	41	20.26	4.59	
Öfke içte tutma	Hemşire	121	15.54	3.37	0.412/0.744
	Hekim	44	16.00	3.47	
	Acil tıp teknikeri	31	15.54	3.46	
	Sağlık memuru	41	16.12	3.60	
Öfke dışa vurma	Hemşire	121	15.07	3.68	0.897/0.443
	Hekim	44	14.45	3.61	
	Acil tıp teknikeri	31	15.35	3.96	
	Sağlık memuru	41	14.24	3.34	
Öfke kontrol	Hemşire	121	22.73	4.91	0.645/0.587
	Hekim	44	23.59	4.61	
	Acil tıp teknikeri	31	23.09	4.70	
	Sağlık memuru	41	23.75	4.61	

*Anova P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke puanları ortalamalarının meslek değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=3.327; p=0.020). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan ileri (post-hoc-tukey) analizi sonucunda; farklılığın Acil tıp teknikeri olan sağlık çalışanlarından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Tablo19. Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Eğitim durumu	n	Ort	SS	F/p
Sürekli öfke	Lise	84	20.34	4.61	1.683/0.171
	Ön lisans	58	20.65	5.33	
	Lisans	45	20.15	4.07	
	Lisans üstü	50	18.80	4.10	
Öfke içte tutma	Lise	84	15.15	3.24	1.471/0.223
	Ön lisans	58	16.01	3.58	
	Lisans	45	16.37	3.46	
	Lisans üstü	50	15.78	3.47	
Öfke dışa vurma	Lise	84	14.53	3.46	1.361/0.256
	Ön lisans	58	15.50	3.68	
	Lisans	45	15.22	4.04	
	Lisans üstü	50	14.30	3.50	
Öfke kontrol	Lise	84	23.17	4.34	0.501/0.682
	Ön lisans	58	22.50	5.46	
	Lisans	45	23.28	5.00	
	Lisans üstü	50	23.58	4.44	

*Anova P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının eğitim durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 20. Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Meslekte Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Meslekte çalışma süresi	n	Ort	SS	F/p
Sürekli öfke	0-2 yıl	37	20.24	5.48	0.464/0.708
	3-5 yıl	72	20.52	4.55	
	5-10 yıl	56	19.71	4.80	
	10 yıl ve üzeri	72	19.76	4.10	
Öfke içte tutma	0-2 yıl	37	15.62	3.38	0.193/0.901
	3-5 yıl	72	15.55	3.38	
	5-10 yıl	56	15.71	3.68	
	10 yıl ve üzeri	72	15.97	3.34	
Öfke dışa vurma	0-2 yıl	37	14.67	3.35	0.326/0.807
	3-5 yıl	72	15.20	4.20	
	5-10 yıl	56	14.69	3.65	
	10 yıl ve üzeri	72	14.70	3.21	
Öfke kontrol	0-2 yıl	37	23.78	4.32	0.423/0.737
	3-5 yıl	72	23.00	5.23	
	5-10 yıl	56	23.30	4.86	
	10 yıl ve üzeri	72	22.75	4.47	

*Anova P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının meslekte çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 21. Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Acil serviste Çalışma Süresine Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Acil serviste Çalışma Süresi	n	Ort	SS	F/p
Sürekli öfke	2 yıldan az	94	20.13	4.94	2.403/0.093
	2-5 yıl	88	20.67	4.26	
	5 yıldan fazla	55	18.94	4.50	
Öfke içte tutma	2 yıldan az	94	15.57	3.32	0.160/0.852
	2-5 yıl	88	15.84	3.38	
	5 yıldan fazla	55	15.81	3.71	
Öfke dışa vurma	2 yıldan az	94	15.03	3.40	0.521/0.594
	2-5 yıl	88	14.93	3.85	
	5 yıldan fazla	55	14.41	3.75	
Öfke kontrol	2 yıldan az	94	23.38	4.66	0.584/0.559
	2-5 yıl	88	22.68	5.03	
	5 yıldan fazla	55	23.36	4.56	

*Anova P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının acil serviste çalışma süresine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 22. Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Cinsiyet	n	Ort	SS	t/p
Sürekli öfke	Kadın	133	20.21	4.72	0.569/0.570
	Erkek	104	19.86	4.51	
Öfke içte tutma	Kadın	133	15.51	3.44	-1.072/0.285
	Erkek	104	16.00	3.40	
Öfke dışa vurma	Kadın	133	14.80	3.65	-0.228/0.820
	Erkek	104	14.91	3.66	
Öfke kontrol	Kadın	133	22.63	4.92	-1.756/0.080
	Erkek	104	23.73	4.51	

*Anova P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının cinsiyete göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır .

Tablo 23. Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Yaşa Göre Dağılımı(N=237)

	Yaş	n	Ort	SS	F/p
Sürekli öfke	18-25	42	21.64	5.17	2.771/0.042*
	26-30	96	19.94	4.67	
	31-40	84	19.75	4.32	
	41 ve üzeri	15	18.06	3.24	
Öfke içte tutma	18-25	42	15.19	3.42	1.021/0.384
	26-30	96	15.67	3.31	
	31-40	84	16.17	3.63	
	41 ve üzeri	15	15.06	2.91	
Öfke dışa vurma	18-25	42	14.78	3.82	1.521/0.210
	26-30	96	15.20	3.92	
	31-40	84	14.79	3.38	
	41 ve üzeri	15	13.06	2.18	
Öfke kontrol	18-25	42	22.57	4.68	0.507/0.678
	26-30	96	23.13	4.99	
	31-40	84	23.15	4.85	
	41 ve üzeri	15	24.33	2.76	

*Anova P<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının **Sürekli öfke puanları** ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=2,771; p=0,042). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizi sonucunda; 18-25 yaş grubundaki sağlık çalışanlarının sürekli öfke düzeylerinin 26-30, 31-40, 41 ve üzeri yaş grubundaki sağlık çalışanlarından yüksek olduğu bulunmuştur. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Öfke içte tutma Öfke dışa vurma Öfke kontrol puanları ortalamalarının yaşa göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 24. Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Medeni Duruma Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Medeni durum	n	Ort	SS	KW /p
Sürekli öfke	Evli	140	19.957	4.486	0.426/0.808
	Bekar	92	20.261	4.833	
	Boşanmış	5	19.200	5.495	
Öfke içte tutma	Evli	140	15.857	3.484	0.368/0.832
	Bekar	92	15.511	3.440	
	Boşanmış	5	16.200	0.837	
Öfke dışa vurma	Evli	140	14.879	3.567	0.111/0.946
	Bekar	92	14.793	3.657	
	Boşanmış	5	15.200	6.301	
Öfke kontrol	Evli	140	22.814	4.676	1.567/0.457
	Bekar	92	23.587	4.899	
	Boşanmış	5	23.000	5.339	

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının medeni duruma göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 25. Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin İş Memnuniyetine Göre Karşılaştırılması(N=237)

	İş memnuniyeti	n	Ort	SS	F/p
Sürekli öfke	Çok kötü	8	22.50	6.86	1.329/0.260
	Kötü	48	20.60	4.56	
	Kararsız	47	20.42	3.97	
	İyi	114	19.44	4.57	
	Çok iyi	20	20.40	5.35	
Öfke içte tutma	Çok kötü	8	15.62	4.95	1.290/0.275
	Kötü	48	16.39	3.66	
	Kararsız	47	15.85	3.32	
	İyi	114	15.26	3.18	
	Çok iyi	20	16.55	3.67	
Öfke dışa vurma	Çok kötü	8	17.50	5.52	1.974/0.099
	Kötü	48	15.08	3.86	
	Kararsız	47	15.17	3.41	
	İyi	114	14.32	3.32	
	Çok iyi	20	15.50	4.22	
Öfke kontrol	Çok kötü	8	22.37	5.63	0.707/0.588
	Kötü	48	23.22	5.05	
	Kararsız	47	22.91	4.69	
	İyi	114	22.92	4.73	
	Çok iyi	20	24.75	4.21	

*Anova, p<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının iş memnuniyetine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 26. Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Ekonomik Gelir Algısına Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Gelir algısı	n	Ort	SS	F/p
Sürekli öfke	Çok az	29	21.03	5.41	0.740/0.478
	Az	129	19.89	4.44	
	Yeterli	79	19.97	4.63	
Öfke içte tutma	Çok az	29	16.13	3.80	0.255/0.775
	Az	129	15.71	3.42	
	Yeterli	79	15.60	3.32	
Öfke dışa vurma	Çok az	29	14.51	3.76	0.826/0.439
	Az	129	14.66	3.40	
	Yeterli	79	15.27	3.99	
Öfke kontrol	Çok az	29	23.20	4.71	0.848/0.430
	Az	129	23.44	4.79	
	Yeterli	79	22.55	4.76	

*Anova, p<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının ekonomik gelir algısına göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 27. Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Çalışma Şekline Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Çalışma şekli	n	Ort	SS	F/p
Sürekli öfke	Çoğunlukla gündüz	35	20.28	4.90	0.403/0.751
	Çoğunlukla gece	97	20.25	4.38	
	Gece ve gündüz nöbet sayıları eşit	80	19.60	4.93	
	Diğer	25	20.44	4.29	
Öfke içte tutma	Çoğunlukla gündüz	35	16.54	2.63	0.892/0.446
	Çoğunlukla gece	97	15.62	3.53	
	Gece ve gündüz nöbet sayıları eşit	80	15.66	3.47	
	Diğer	25	15.20	3.83	
Öfke dışa vurma	Çoğunlukla gündüz	35	15.62	4.38	0.823/0.482
	Çoğunlukla gece	97	14.59	3.54	
	Gece ve gündüz nöbet sayıları eşit	80	14.70	3.45	
	Diğer	25	15.24	3.60	
Öfke kontrol	Çoğunlukla gündüz	35	23.25	5.01	1.629/0.183
	Çoğunlukla gece	97	22.59	4.90	
	Gece ve gündüz nöbet sayıları eşit	80	23.98	4.45	
	Diğer	25	22.16	4.72	

*Anova, p<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının çalışma şekline göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 28. Sağlık Çalışanlarının Durumluk Sürekli Öfke Düzeylerinin Çalışma Arkadaşları İle İlişkilerine Göre Karşılaştırılması(N=237)

	Çalışma arkadaşları ile ilişki	n	Ort	SS	F/p
Sürekli öfke	Çok iyi	71	20.25	5.37	1.389/0.251
	İyi	144	19.75	4.20	
	İdare eder veya kötü	22	21.45	4.59	
Öfke içte tutma	Çok iyi	71	14.81	3.54	3.692/0.026
	İyi	144	16.13	3.27	
	İdare eder veya kötü	22	16.00	3.63	
Öfke dışa vurma	Çok iyi	71	14.76	3.94	1.860/0.158
	İyi	144	14.68	3.44	
	İdare eder veya kötü	22	16.27	3.83	
Öfke kontrol	Çok iyi	71	23.87	5.02	1.553/0.214
	İyi	144	22.90	4.59	
	İdare eder veya kötü	22	22.09	4.93	

*Anova, p<0.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının çalışma arkadaşları ile ilişkilerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının **Öfke içte tutma** puanları ortalamalarının çalışma arkadaşları ile ilişkiler değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (F=3.692; p=0.026). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı ileri analizi sonucunda; arkadaşları ile ilişkisi çok iyi olan sağlık çalışanlarının Öfke içte tutma puanları, arkadaşları ile ilişkisi iyi, idare eder veya kötü olan sağlık çalışanlarının Öfke içte tutma puanlarından düşük bulunmuştur.

6.4. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tolerans ve Öfke Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgular

Tablo 29. Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeyleri ile Öfke İlişkisi(N=237)

		R	P
Tolerans	Sürekli öfke	-0.237	0.000**
	Öfke içte tutma	-0.050	0.445
	Öfke dışa vurma	-0.176	0.007**
	Öfke kontrol	0.105	0.107

Pearson korelasyon, p<0.05 p<0.00**

Sürekli öfke alt boyutu ile tolerans düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan Pearson korelasyon analizi sonucunda, **negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur** (r=-0.237; p=0.000).

Öfke dışa vurma alt boyutu ile tolerans düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, **negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur** (r=-0.176; p=0.007).

Öfke içte tutma alt boyutu ve Öfke kontrol alt boyutu ile tolerans düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunamamıştır.

7-TARTIŞMA

Araştırma, acil servis çalışanlarının tolerans düzeyleri ile öfke kontrolleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır. Elde edilen bulgular dört ana başlık altında incelenmiştir.

1. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular
2. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışması
3. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öfke Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışması
4. Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tolerans ve Öfke Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulguların Tartışması

7.1.Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 84'ü (% 35.4) **Lise mezunu**, 133'ü (% 56.1) **Kadın**, 96'sı (% 40.5) **26-30 yaş grubunda**, 140'ı (% 59.1) **Evli**, 129'unun (% 54.4) **ekonomik gelir algısı azdır** (Tablo 3).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 121'inin (% 51.1) mesleği **Hemşire**, 72'ser (% 30.4) kişi **3-5 yıl** ve **10 yıl** ve üzeri meslekte çalışma süresine sahiptir. 94'ü (% 39.7) **2 yıldan az zamandır acil serviste** çalışmaktadır. 114'ünün (% 48.1) **iş memnuniyeti iyi**, 97'si (% 40.9) **Çoğunlukla gece**, 144'ünün (% 60.8) **çalışma arkadaşları ile ilişkileri iyidir** (Tablo 4).

7.2.Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ortalama tolerans düzeyleri 64.55 ± 15.65 olarak bulunmuştur (Tablo 5). Çalışmada kullanılan tolerans ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 30, en yüksek puan ise 150 puandır. Sağlık çalışanlarından tolerans puanı en düşük olanın ki 34 en yüksek olanın ki de 125'tir. Demirtürk (2005) tarafından toleransı pozitif düzey aralığında (ortalamanın bir standart sapma altı ve bir standart sapma üzeri arası) olan kişilerin olumlu kişilik özelliği gösterdiği ifade edilmiştir. Çalışmamız için pozitif düzey aralığı 48.89 - 80.21 olarak bulunmuştur. Çalışmaya katılan 237 sağlık çalışanından 170'inin tolerans puanı pozitif düzey aralığındadır. Bu sonuca göre çalışmaya katılan sağlık personelinin çoğunun toleransı istendik düzeydedir denilebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre tolerans puan ortalamaları farklılık göstermemektedir (Tablo 6). Bu bilgi doğrultusunda mesleki eğitimin kişilerin tolerans düzeyi üzerinde etkili olmadığı söylenebilir. Sağlık meslek gruplarının eğitim müfredatlarında, tolerans düzeyini arttırmaya yönelik eğitime yer verilmesinin, mezuniyet sonrası çalışma hayatlarında sağlık çalışanlarının duygularını daha işlevsel ve sağlıklı kontrol etmelerine olanak sağlayabileceği düşünülmektedir. Literatürde tolerans düzeyi ile sağlık meslek gruplarını kıyaslayan, bu bulguyu destekleyen veya karşıt bir görüşe ulaşılammıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının eğitim durumlarına göre tolerans puanları farklılık göstermemektedir (Tablo 7). Moore ve arkadaşları (2006) literatürde bireylerin tolerans düzeylerini belirleyici unsurlar olduğu vurgulanan bölgesel (yaşanılan bölgenin kültürel boyutu, alt kültürlerin varlığı) ve kişisel (eğitim düzeyi, doğum yılı, vb.) özelliklerden hangisinin tolerans düzeyi üzerinde etkin olduğunu belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, Amerika'nın güney kesimlerinde ve kırsal bölgelerdeki bireylerin tolerans düşüklüğünü (güney bölgede yer alan Evanjelist protestanlar) o bölgenin kültürel-dini yapısına bağlarken, Amerikanın Boston, San Francisco ve Washington eyaletlerinde tolerans düzeylerinin yüksek oluşunu, bu bölgelerdeki eğitim düzeyi yüksek bireylerin varlığı ile açıklamışlardır. Moore ve arkadaşları bireylerin tolerans düzeylerini etkileyen bu iki unsurdan her ikisinin de etkili olduğunu belirlemişlerdir. Bu görüş çalışma bulgumuzla paralellik göstermemektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamaları meslekte çalışma süresine (Tablo 8) ve Acil serviste çalışma süresine (Tablo 9) göre farklılık göstermemektedir. Kişisel tolerans erdemi kişinin genellikle tatsız bulunduğu durumlarda, bu sorun olan durumu değiştirme konusunda gücü ve otoritesi olmadığına, karşısındakinin davranışlarını hoş karşılayarak onaylaması değil, takdire değer müşfik tepkiler vermesini ifade etmektedir. Bu sonuca göre kişilerin bu erdeme sahip olmasının mesleki yaşantılar içinde kendiliğinden oluşan bir durum olmadığı düşünülebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanlarının **cinsiyete göre** anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda **Erkek sağlık çalışanlarının Tolerans puanları, kadın sağlık çalışanlarının Tolerans puanlarından yüksek bulunmuştur** (Tablo 10). Yapılan araştırmalar erkeklerin yaratılış olarak ruhen ve bedenen kadınlara göre daha dayanıklı olduğunu göstermektedir. Erkeklerde Tolerans düzeyinin yüksek oluşu bu durumla ilişkili olabilir. Yine toplumsal cinsiyet kavramına göre erkeğe yüklenen roller ile kadına yüklenen roller farklılık göstermektedir. Erkekler güçlü görünmek ve bu özelliği korumak için birçok duygusunu ve dürtüsünü baskılamak zorunda olabilir. Bu durum erkeklerin tolerans düzeyini artırıyor olabilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamaları yaşa göre farklılık göstermemektedir (Tablo 11).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının **medeni duruma göre** tolerans puanları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (Tablo 12). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan ileri (post-hoc-tukey) analiz sonucunda; **farklılığın evli olan sağlık çalışanlarından kaynaklandığı belirlenmiştir**. Bu sonuç evli sağlık çalışanlarının tolerans düzeylerinin bekar olanlara göre daha yüksek olduğunu göstermektedir. Evli sağlık çalışanlarının mesleki rollerine bir de evlilikten doğan roller eklenmektedir. Bu roller evli çalışanın sorumlulukları ve stres kaynaklarını artırır. Bununla sağlıklı baş etmeye çalışan kişi sürekli öfke duygusunu yaşamamak için tolerans düzeyini geliştirdiği düşünülebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Tolerans puanları ortalamaları, iş memnuniyetine (Tablo 13), ekonomik gelir algısına (Tablo 14), çalışma şekline (Tablo 15) ve çalışma arkadaşları ile ilişkilerine (Tablo 16) göre farklılık göstermemektedir.

7.3.Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öfke Düzeylerine İlişkin Bulguların Tartışması

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sürekli öfke düzeyleri 20.05 ± 4.62 olarak bulunmuştur. Bu ölçekten alınabilecek minimum puan 10 maksimum ise 40 tır. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının öfke alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, öfke içte tutma düzeyleri 15.73 ± 3.42 , öfke dışa vurma düzeyleri 14.85 ± 3.65 ve öfke kontrol düzeyleri 23.11 ± 4.77 olarak bulunmuştur (Tablo 17). Sürekli öfkeden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; kontrol öfke ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, öfke dışa ölçeğinden alınan yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade edilebiliyor olduğunu ve öfke içte alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir (Savaşır 1997).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke puanları ortalamaları ile **meslek** arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan ileri (post-hoc-tukey) analizi sonucunda; **farklılığın Acil tıp teknisyeni olan sağlık çalışanlarından kaynaklandığı belirlenmiştir** (Tablo 18). Acil tıp teknisyenleri ile yapılan birebir görüşmelerde, teknisyenler sıkıntılarının sağlık sisteminin işleyişinden kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Ülkemizde yetersiz sağlık personeli sebebiyle acil tıp teknisyenleri acil servislerde hemşire pozisyonlarında çalıştırılmaktadır. Ancak acil tıp teknisyenliği programında lisans eğitimi olmadığı için hemşire olan sağlık personelleriyle arasında eğitim, dolayısıyla da ücretlendirme ve dikey olarak yükselmekte (idari pozisyonlarda görevlendirmelerinde) fark yaratmaktadır. Aynı birimde ve aynı mesai saatinde çalışan personeller arasında özlük hakları açısından farklar olmasının Acil Tıp Teknisyenlerinin sürekli öfke düzeyini arttırdığı düşünülebilir. Bununla birlikte Acil Tıp Teknisyenliği programında hastanın bakımına yönelik eğitim hemşirelik veya sağlık memurluğu mesleklerinin eğitimlerinden farklıdır. Çalışma alanında hastalarla birebir ilişkilerde bunun eksikliğini hissetmeleri de kişilerin duygusal gerilim yaşamalarına sebep olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamaları, **eğitim durumuna** göre farklılık göstermemektedir (Tablo 19). Balkaya ve Şahin'in (2003) çalışmalarında eğitim

değişkeni açısından elde ettikleri bulgulara bakıldığında, genel olarak lise ve üniversite mezunlarının, temel eğitim mezunlarından daha fazla öfke belirtisi yaşadığı ve öfkeye yol açan durumlardan daha fazla etkilendiği, ancak bu yaşananları davranışlara dökme konusunda lise mezunlarının daha rahat olduğu görülmektedir. Yıldırım (2005) psikiyatri servisinde çalışan yüksekokul mezunu hemşirelerin öfke kontrol puanını, lise mezunu hemşirelerin ise sürekli öfke puanını yüksek bulmuştur. Balkaya'nın (2003) 756 kişi üzerinde çok boyutlu öfke envanterinin geliştirilmesi ile ilgili yaptığı çalışmada lise mezunlarının, temel eğitim veya üniversite mezunlarına göre kişilerarası ilişkilerde daha fazla öfke sorunu yaşama eğiliminde olduklarını saptamıştır. Özkamalı (2005), kamu yada özel sektöre ait iş yerlerinde çalışmakta olan 20-30 yaş grubu bireylerin cinsiyet ve öğrenim düzeyleri ile sürekli öfke, öfkeyi içte tutma, öfkeyi dışa vurma ve öfkeyi kontrol etme düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapmış olduğu çalışma sonucunda, öğrenim düzeylerine göre ilkokul ve ortaokul mezunlarının anlamlı olarak lise, üniversite ve lisansüstü mezunu bireylere göre sürekli öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu, ilkokul mezunu bireylerin diğer bireylere göre öfkelerini içte tutma ve öfkelerini dışa vurma düzeylerinin yüksek olduğu saptamıştır. Araştırma bulgularımız yapılan bu çalışmalarla paralellik göstermemektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamaları **meslekte çalışma süresine** (Tablo 20) ve **acil serviste çalışma süresine** (Tablo 21) göre farklılık göstermemektedir. Bu sonuç gösteriyor ki acil serviste ne kadar çalışıldığı ya da bu mesleğin ne kadar zamandır yapılıyor olduğu öfke ifade tarzları açısından önemli değildir. Burada önemli olan öfkenin ne kadar tanınıp kabullenildiği ve nasıl baş edileceğidir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamaları, **cinsiyet** değişkenine göre farklılık göstermemektedir (Tablo 22). Bu bulgu ile benzer olarak, üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada (Bostancı, Çoban, Tekin ve Özen, 2006) öfke belirtileri yönünden kızlar ve erkekler arasında fark bulunmamıştır. Yine Stoner ve Spencer (1987), Thomas (1989), Kopper (1993), Simon ve Nath (1996), Baysal (1996), Buntaine ve Costenbader (1997), Olmuş (2001), Tambağ (2004), Demirci (2005) ve Deniz (2006) yaptıkları çalışmalarda erkek ve kadınların öfke ifade tarzlarında herhangi farklılık bulunmadığı ortaya koyulmuştur. Bu çalışmalar, çalışma sonucunu desteklemektedir.

Bizim çalışmamız da dahil olmak üzere yapılan tüm çalışmalarda sorgulanan özellikler ölçekte sınırlı kalmıştır. Kadın ve erkekler öfkelerini farklı şekillerde yaşıyor ve ifade ediyor olabilir. Bu bulgu konusunda netlik kazanmak için farklı ölçeklerden yararlanılabilir. Öfke kontrolüyle cinsiyet arasında anlamlı bir sonuca ulaşılamaması da çalışılan grubun öfke kontrolüyle ilgili yeterli eğitim almamasına bağlanabilir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke puanları ortalamaları ile yaş arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. **Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizi sonucunda; 18-25 yaş grubundaki sağlık çalışanlarının sürekli öfke düzeylerinin 26-30, 31-40, 41 ve üzeri yaş grubundaki sağlık çalışanlarından yüksek olduğu bulunmuştur.** (Tablo 23). Bu grubun sürekli öfke düzeyleri diğer yaş gruplarından daha fazladır. Bu sonuç yaş ilerledikçe sürekli öfke puanlarının da düştüğünü göstermektedir. Literatürde, bireylerin öfkelerini uygun yollarla dışa vurmaya sosyalleşme sürecinde öğrendiği ve bu sürecin yaşla gelişme gösterdiği belirtilmektedir (Cüceloğlu 1998). Yıldırım (2005) hemşireler ile yaptığı çalışmada 34 yaş üzerindeki grupta öfke kontrol puanını, 20-26 yaş grubunda ise sürekli öfke puanını yüksek bulmuştur. Spielberger (1983) (Akt. Sala-1997) yaşla birlikte bireyin deneyimlerinin artması, kendini geliştirmesi gibi etkenler öfkelenme sıklığını ve ifade etme şeklini etkilemektedir. Özellikle genç yaş grubunun öfke düzeyinin yüksek olduğu, yaş ilerledikçe öfke düzeyinin azaldığını ifade etmektedir. Balkaya ve Şahin, öfkeyi çeşitli boyutlarıyla ölçen, Türk kültürüne özgü bir ölçek geliştirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, yaş değişkeniyle ilgili olarak sakin davranış eğiliminde yaşla birlikte artış olduğunu, öfkeye yol açan durumlar içinde haksızlığa uğrama ve kişilerarası öfke tepkilerinden olan içe dönük tepkilerde yaşla birlikte azalma olduğunu, kaygılı tepkilerin en yoğun 20-25 yaş grubunda yaşandığını saptamışlardır (2003). Bizim araştırma bulgumuz ile de uyumlu olan, yukarıdaki çalışmalarda da belirtildiği gibi ileri yaşlarda öfkeye yol açan durumlara verilen tepkilerin azaldığı görülmektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamaları, **medeni durum** değişkenine göre farklılık göstermemektedir (Tablo 24). Babaoğlu'nun (2007) aday öğretmenlerle yaptığı çalışmasında, medeni durum değişkenine göre sadece sürekli öfke ölçeğinde evli öğretmenler bekar öğretmenlerden anlamlı olarak daha fazla puan almışlardır. Bu sonuç

araştırma bulgumuzu desteklememektedir. Yine aynı çalışmada araştırmamız bulgusuyla paralellik gösteren öfke içte, öfke dışta, öfke kontrolü ve toplam öfke ölçeklerinde medeni durum açısından anlamlı farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamaları **iş memnuniyetine** (Tablo 25), **ekonomik gelir algısına** (Tablo 26) ve **çalışma şekline** (Tablo 27) göre farklılık göstermemektedir.

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Öfke içte tutma puanları ortalamalarının **çalışma arkadaşları ile ilişkiler** arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla yapılan tamamlayıcı post-hoc-tukey analizi sonucunda; **arkadaşları ile ilişkisi çok iyi olan sağlık çalışanlarının Öfke içte tutma puanları, arkadaşları ile ilişkisi iyi, İdare eder veya kötü olan sağlık çalışanlarının Öfke içte tutma puanlarından düşük bulunmuştur** (Tablo 28). Sosyal ilişkilerin çok iyi olabilmesi için kişilerin kendilerini iyi ifade edebilmesi ve iletişim tekniklerini iyi kullanabilmesi gerekmektedir. Bu sonuç, insan ilişkileri konusunda iyi eğitim alan sağlık çalışanlarının öfkelerini daha iyi ifade ettikleri ve öfkelerini içe atmaya veya bastırmaya gerek duymadıkları anlamına gelebilir.

Öfkeli olduğu halde herhangi bir şey olmamış gibi göstererek, öfkelerini içine atan bireyler, kişilerarası ilişkilerde de zorluklar yaşamaktadırlar. Karşıdaki kişiyi kırmamak ve kaybetmemek için öfke bastırılrsa da halen devam ettiği için iletişimi olumsuz yönde etkileyecektir. Hatta bireyin konuşamadığı duyguları o kişiye karşı biriktirerek kin besleme boyutuna kadar ulaşabilmektedir. Ayrıca kaynağına yöneltilmeyerek bastırılan öfkenin bireyin hiç beklemediği bir anda daha kontrolsüz olarak abartılı tepkilerle ifade edeceğini belirten yayınlar vardır (Özer 1994; Sala 1997; Terakye 1998).

7.4.Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tolerans ve Öfke Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulguların Tartışması

Sürekli öfke alt boyutu ile tolerans düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 29). **Buna göre bireylerin tolerans düzeyi yükseldikçe sürekli öfke düzeyleri azalmaktadır.** Demirtürk (2005) tarafından ifade edilen tolerans düzeyi

pozitif düzey aralığında (ortalamanın bir standart sapma altı ile bir standart sapma üstü arası) olan bireylerin davranış özelliği; uyum gösterme, sorumluluk duygusu, güç ve zor şartlara dayanıklılık ve kendini ifade etme gibi davranışlardır. Tolerans düzeyi pozitif düzey aralığında olan bireyler, öfkeye yol açabilecek olayla karşılaştıklarında öfke duygusuna daha kolay adapte olup öfke duygusunu daha iyi ifade edebilen ve öfkelerini içe atmadan kontrol edilebilen bireylerdir. Bu görüş çalışma bulgumuzu destekler niteliktedir.

Bazı insanlar öfkelerini genellikle içe atmaya seçerler ya da bastırma yoluna giderler. Oysa içe atılan öfke insanın kendisine zarar verir. Bastırılmış duygular birtakım psikosomatik tepkilere yol açabilir. Ayrıca, öfkenin ifade edilmemesi öfkeyi ortadan kaldırmadığı gibi bireyin zarar görmesine neden olmaktadır (Smith ve Furlong 1998).

Öfke dışa vurma alt boyutu ile tolerans düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 29). **Buna göre bireylerin tolerans düzeyleri yükseldikçe öfkelerini dışa vurma oranları da azalmaktadır.** Bu sonuç gösteriyor ki tolerans düzeyinin de kabul edilebilir sınırlarda (ortalamanın bir standart sapma altı ile bir standart sapma üstü arası kabul düzeyidir) olması önemlidir. Tolerans düzeyi normalden çok yüksek sınırlarda olan kişiler öfkelerini daha çok bastırma yolunu kullanarak da öfke kontrolünde sorunlar yaşayabilirler. Baskılanan öfke, bireyin psikolojik dayanma kapasitesinin sınırlarını aşana kadar denetim altında tutulur. Biriken kızgınlık duygusu gittikçe artar ve belirli bir noktadan sonra kişinin dayanma kapasitesi tükendiğinde uygunsuz yer ve zamanda birine patlar (Cüceloğlu 2000). Aynı şekilde Tolerans düzeyi aşırı düzeyde yükseldikçe, bireyin yaşamış olduğu içsel gerilim de artacaktır. Çalışmamızda ulaştığımız sürekli öfke alt boyutu ve öfke dışa vurma alt boyutu ile tolerans düzeyinin karşılaştırılması ile ilgili sonuçlar, Yazgan'ın 2007 yılında üniversite öğrencilerinin öfke kontrolü ve tolerans düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasının bulgularıyla paralellik göstermektedir.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

❖ Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Kişisel ve Mesleki Özelliklerine İlişkin Bulgulardan Elde Edilen Sonuçlar

- ✓ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 84'ü (% 35.4) Lise mezunu, 133'ü (% 56.1) Kadın, 96'sı (% 40.5) 26-30 yaş grubunda, 140'ı (% 59.1) Evli, 129'unun (% 54.4) ekonomik gelir algısı azdır.
- ✓ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 121'inin (% 51.1) mesleği Hemşire, 72'ser (% 30.4) kişi 3-5 yıl ve 10 yıl ve üzeri meslekte çalışma süresine sahiptir.
- ✓ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının 94'ü (% 39.7) 2 yıldan az zamandır acil serviste çalışmaktadır. 114'ünün (% 48.1) iş memnuniyeti iyi, 97'si (% 40.9) çoğunlukla gece, 144'ünün (% 60.8) çalışma arkadaşları ile ilişkileri iyidir.

❖ Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeylerine İlişkin Bulgulardan Elde Edilen Sonuçlar

- ✓ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ortalama tolerans düzeyleri 64.55 ± 15.65 olarak bulunmuştur.
- ✓ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleklerine göre tolerans puan ortalamalarının farklılık göstermediği,
- ✓ Sağlık çalışanlarının eğitim durumlarındaki farklılığın tolerans düzeylerinde fark yaratmadığı,
- ✓ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tolerans puanları ortalamalarının meslekte çalışma süresine ve acil serviste çalışma süresine göre farklılık göstermediği,
- ✓ Erkek sağlık çalışanlarının tolerans puanlarının, kadın sağlık çalışanlarının tolerans puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu,
- ✓ Sağlık çalışanlarının tolerans puanları ortalamalarının yaşa göre farklılık göstermediği,
- ✓ Evli sağlık çalışanlarının tolerans düzeylerinin bekar olanlara göre daha yüksek olduğu,

- ✓ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının tolerans puanları ortalamalarının, iş memnuniyetine, ekonomik gelir algısına, çalışma şekline ve çalışma arkadaşları ile ilişkilerine göre farklılık göstermediği sonuçlarına ulaşılmıştır.

❖ **Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Öfke Düzeylerine İlişkin Bulgulardan Elde Edilen Sonuçlar**

- ✓ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının sürekli öfke düzeyleri 20.05 ± 4.62 olarak bulunmuştur.
- ✓ Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre sürekli öfke puan ortalamaları kıyaslandığında acil tıp teknisyenlerinin sürekli öfke oranlarının anlamlı düzeyde diğer sağlık meslek gruplarından yüksek olduğu,
- ✓ Çalışanların öfke ifade tarzlarının eğitim durumları açısından fark yaratmadığı,
- ✓ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının meslekte çalışma süresine ve acil serviste çalışma süresine göre farklılık göstermediği,
- ✓ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının, cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermediği,
- ✓ 18-25 yaş grubundaki sağlık çalışanlarının sürekli öfke düzeylerinin diğer yaş gruplarından daha fazla olduğu,
- ✓ Medeni durum değişkeninin, öfke ifade tarzları açısından fark yaratmadığı,
- ✓ Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Sürekli öfke, Öfke içte tutma, Öfke dışa vurma ve Öfke kontrol puanları ortalamalarının iş memnuniyetine, ekonomik gelir algısına ve çalışma şekline göre farklılık göstermediği,
- ✓ Arkadaşları ile ilişkisi çok iyi olan sağlık çalışanlarının Öfke içte tutma puanları, arkadaşları ile ilişkisi iyi, idare eder veya kötü olan sağlık çalışanlarının Öfke içte tutma puanlarından anlamlı düzeyde düşük olduğu sonuçları bulunmuştur.

❖ **Araştırmaya Katılan Sağlık Çalışanlarının Tolerans ve Öfke Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkilere İlişkin Bulgulardan Elde Edilen Sonuçlar**

- ✓ Sürekli öfke alt boyutu ile tolerans düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.
- ✓ Öfke dışı vurma alt boyutu ile tolerans düzeyi arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda şu önerilerde bulunulabilir.

- Tolerans düzeyi ile öfke ifade tarzları arasındaki yüksek anlamlılık düzeylerine sahip bulgulara dayanılarak, sağlıklı öfke ifadesi ve etkin öfke kontrolü için yapılmakta olan eğitsel faaliyetlerde tolerans düzeyini kabul edilebilir sınırlara çekmeye yönelik çalışmalara da yer verilmesi önerilir.
- Okul müfredatlarında kişilerin öfke duygularını fark edip tanımalarına, olumlu bir şekilde ifade etmelerine, sağlıklı bir biçimde bu duyguyu yaşamalarına ve öfke kontrolüne yönelik eğitimlere daha fazla yer verilmelidir.
- Acil servis gibi yoğun iş yükü ve stres altında çalışılan birim personelinin duygularını ifade edebilmeleri sürekli öfke düzeylerini azaltmak açısından çok önemlidir. Bu amaçla sağlık kurumlarında psikodrama, sosyodrama gibi yöntemlerin kullanıldığı toplantılar yapılabilir. Bu noktada KLP birimleri, özellikle de KLP hemşireleri büyük önem kazanmaktadır. Bu düşünceyle sağlık kurumlarında KLP birimlerinin açılıp etkin bir biçimde çalışması için desteklenmesi önerilmektedir.
- Çalışanların eğitimini aldığı birimlerde istihdam edilmesi, iş yerinde motivasyon kaynaklarının artırılması, acil servis gibi iş yükü fazla olan servislerde uzun çalışma saatlerinin kaldırılması, çalışanın dinlenebilmesine olanak sağlanması, sağlık çalışanlarının sürekli öfke düzeylerini azaltacağı göz önüne alınarak kurum yöneticilerinin bu konularda bilgilendirilmesi önerilebilir.

9. KAYNAKÇA

- Adams G. R. (1973), Classroom aggression: Determinants, controlling mechanisms and guidelines for the implementation of a behavior modification program, *Psychology in the Schools*, 10 (2): 155–168.
- Ağakay M,A.(1959). Türkçe Sözlük. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Akdeniz M.(2007). Öfke Kontrolü Eğitiminin Lise Öğrencilerinin Öfke Kontrolü Becerilerine Etkisi . Yüksek Lisans Tezi Adana.
- Akkoyun, F. (1998). Transaksiyonel analize giriş, Ankara: Nobel Yayıncılık
- Albertı R. Emmons, M. (1998). Atılganlık hakkınızı kullanın, birinci baskı, (Çeviren: Katlan. S.), HYB Yayıncılık, ss: 107-123, Ankara.
- Arsakay G (2001) Hipertansiyon, ruhsal etkenler, öfke ve kontrolü, problem çözme yaklaşımları. Uzmanlık Tezi, Ankara, Ankara Üniversitesi.
- Aslan, Ö. (2001). “Hoşgörü ve tolerans kavramlarına etimolojik açıdan analitik bir yaklaşım”. Cumhuriyet Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. Cilt:5, Sayı:2, s.357-380
- Atkinson, R.L., Smith, E.E., Bem, D.J. & Nolen-Hoeksema, S. (1996).Hilgard's Introduction to Psychology, Harcourt Brace Company, New York.
- Aydın, Mehmet.S. (1999). “Hoşgörünün islami temelleri”. Osmanlıda hoşgörü birlikte yaşama sanatı. İstanbul:Gazeteciler ve Yazarlar Vakfı Yayınları.
- Babadağ, K. (1990) Acil hasta bakımında önceliklerin belirlenmesi.
- Babaoğlan, E. (2007) Aday Öğretmenlerde Öfke, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 2007 sayfa:34,35)
- Balkaya F., Şahin Nesrin H.(2003). Çok boyutlu öfke ölçeği. Türk Psikiyatri Dergisi, Sayı:14(3), S: 192-202.
- Balkaya, F. (2001). Öfke: temel boyutları, nedenleri ve sonuçları, Türk Psikoloji Yazıları, cilt: 4, sayı: 7, ss: 21-45.
- Baltaş, A. (2005), Ekip çalışması ve liderlik, İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Baltaş, A., Baltas, Z. (2004), Stres ve başa çıkma yolları, İstanbul: Remzi Kitabevi
- Batuhan, H. (1959). Batıda Tolerans Fikrinin Gelişmesi. İstanbul:İstanbul Matbaası.
- Beck, A. T. (2005), Bilişsel terapi ve duygusal bozukluklar, İstanbul: Litera Yayıncılık.

- Berkowitz, L. (1965), The concept of aggressive drive: some additional considerations, Advances in Experimental Social Psychology, c. 2. New York: Academic Press.
- Beyaztaş Y.F., Yazar A. M., Avşaroğulları L. (2002) Acil servislerde sağlık personelinin şiddete maruziyeti. Acil Tıp Dergisi, 2:2, s.73-77.
- Bilge, Ayşegül, Gülseren, Ünal. 2005. "Kanserli Hastanın Yakınlarının Öfke ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. Cilt: 21, Sayı:2, s.37-46
- Bostancı, N., Çoban, Ş., Tekin, Z. ve Özen, A. (2006). Üniversite öğrencilerinin cinsiyete göre öfke ifade etme biçimleri. *Kriz Dergisi*, 14(3): 9-18.
- Budak, S. (2000) Psikoloji Sözlüğü. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Bulut H.(2006). Acil servislerde hasta ve yakınlarını bilgilendirmenin memnuniyet üzerine etkisi. Ulusal Travma Acil Cerrahi Dergisi, 12(4):288-298.
- Buntaine RL, Costenbader VK (1997) Self-reported differences in the experience and expression of anger between girls and boys. *Sex Roles*, 36: 625-637.
- Çeçen, A. R. (2002). "Duyguları yönetme becerileri eğitimi programının öğretmen adaylarının duyguları yönetme becerileri üzerindeki etkisi.",Yayınlanmamış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana
- Çevik,A.A.(2000). Acil Servis Hekimleri ve "Burn Out" Sendromu, Acil Tıp Dergisi, III. Acil Tıp Sempozyumu Özel Sayısı.
- Corey, M. S. (2005). Psikolojik Danışma, Psikoterapi Kuram ve Uygulamalar, Ankara: Mentis Yayıncılık
- Cullen, M., Freeman-Longo, R. E. (1995). Men & Anger: Understanding and Managing Your Anger for a Much Better Life, Brandon, VT: Safer Society Press.
- Cüceloğlu,D. (2000).İçimizdeki Çocuk, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Cüceloğlu,D. (2003).İnsan ve Davranışı, Remzi Kitabevi, İstanbul.
- Çam O., Baysal A.(1996). Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Kişilerin Öfke İfadeleri. IX. Ulusal Psikoloji Kongresinde Sunulan Bilimsel Çalışma. Türk Psikologlar Derneği. Boğaziçi Üniversitesi, Sayı:18, S: 463-479
- Çımrın, H.A., (Ed.), Acil Servis ve Akademik Acil Tıp Türkiye İçin Kılavuz, Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Matbaası,İzmir.1 11-34

- Delon, Michel, vd.(2001) , Encyclopedia of the Enlightenment, Volume 2 (M-Z), Fitzroy Dearborn Publishers, Chicago and London.
- Demirtürk, Fatih M. 2005. “Erbaş ve Erlerin Aldıkları Askerlik Eğitiminin Tolerans Düzeyini Geliştirmeye Etkisi”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi
- Deniz M.E., Kesen N.F., Üre Ö(2006).: Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Ergenlerin Sürekli Öfke Ve Öfke Tarzı Düzeylerinin İncelenmesi Üzerine Bir Araştırma. Cilt:6. Sayı: 1. S:133-159
- Doğan S, Güler H, Kelleci M. (2001). Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5 (1)
- Erdemir D. A. (2006). Acil Tedavi ve Bakımda Tıp Etiği Sorunları. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul.
- Ersoy G, Ayrık C., Çevik A.A., Karcıoğlu Ö. (2002) Acil Servis Nedir, Nasıl Olmalıdır? İçinde
- Geçtan, E. (2004), Psikanaliz ve Sonrası, Metis Yayınları, istanbul.
- Gençtan,E.(2000).İnsan Olmak,Remzi Kitabevi,İstanbul.
- Gürsoy, Kenan. (1999). “Batıda Tolerans Fikri ve Osmanlı Hoşgörüsü”. Osmanlıda Hoşgörü Birlikte Yaşama Sanatı.Mustafa Armağan İstanbul:Gazeteciler ve Yazarlar Vakfı Yayınları.
- Hatipoğlu, S. (2004).“Acil Servis Dünyası”, 7. Türkiye Acil Tıp Sempozyumu & 3.Acil Hemşireliği ve Paramedik Sempozyumu Bildirileri, Gaziantep.
- Hancı İ. H.(2003). Acil Servislerde Şiddet Tehdidi ve Önlemler. Acil Tıp Dergisi, 3:3,Eylül.
- Hicks S (1989). The psychiatric nurse in liaison psychiatry. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 23: 89-96.
- Kabaagaç S. Dr. ve Alova E.(1995). Tolerans md., Latince Türkçe Sözlük, Sosyal Yayınlar, İstanbul, s. 600.
- Kanan N. (2002). Acil birimlerde ekip ilişkileri. Hemsirelik Dergisi, Florence Nightingale Hemsirelik Yüksekokulu Yayınları, 9(48):99-107.
- Kassinove H, Tafrate RC (2003) Anger Management: TheComplete Treatment Guidebook for Practitioners. Third Edition,Impact Publishers Inc. Atascadero, California, 1-27.

- Kennedy, H.G. (1992), "Anger and Irritability." *British Journal of Psychiatry*, 161, 145-153.
- Kocaman N.(2005). Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Rollerini. Atatürk Üniversitesi HYO Dergisi;8(3):109-116
- Koç, V.(2008) Kişilerarası Tarz, Kendilik Algısı,Öfke Ve Depresyon. Yüksek Lisans Tezi
- Kökdemir H (2004). Öfke ve öfke kontrolü. *Pivalko*, 3(12), 7-10.
- Köknel, Ö. (1986), *Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Köknel, Ö. (2000). *Bireysel ve Toplumsal Şiddet*, 2. basım, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi
- Kısaç, İ.(1997). Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeyleri, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Ankara.
- Kökdemir,H.:Öfke ve Öfke Kontrolü, *Pivolka Dergisi*,Yıl:3 Sayı:12
- Köknel,Ö. (1997).*Kaygıdan Mutluluğa Kişilik*, Altın Kitaplar, İstanbul.
- Kuguoglu, S. (2004) *Acil Bakım D.Selimen (Ed)*, (3.Baskı) 3-10,Yüce Yayım,İstanbul
- Lerner,H. (1999).*Öfke Dansı*, Varlık Yayınları, İstanbul.
- Lehmann FG (1995). *Consultation liaison psychiatric nursing care. Principles & Practice of Psychiatric Nursing*. Editör: Stuart GW, Sundeen SJ, Fifth edition, Mosby Year Book, St. Louis.
- Lerner, H. (1999). *Öfke Dansı*. (Çev.Sinem Gül). İstanbul: Varlık Yayınları.
- McClosky J, Bulechek G (2000). *Nursing Interventions Classification (NIC)*,3th edi.,Mosby Company.
- Moore, Laura. M., v.d. 2006. "Accounting for Spatial Variation in Tolerance: The Effects of Education and Religion". *Social Forces*.Cilt:84, Sayı:4, s.2205-2222
- Morris EE, Morriss R, House A (1994). The role of the nurse in consultation-liaison psychiatry. *Liaison Psychiatry: Defining Needs and Planning Services*. Editör: Benjamin S, House A, Jenkins P, The Royal College of Psychiatrists, London.
- Navaco, W.R. (1975). *Anger Control*. London: Lexington Book.
- Nelson-Jones, R. (1982), *Danışma Psikolojisi Kuramları*, Ankara: Ed. F. Akkoyun.
- Oktay S, Aksoy G, Yürügen B, *Acil Hemsireliği Kitabı*. İstanbul:Ü.Florence Nightingale Hemsirelik Yüksekokulu Yayınları; 1-5

- Olmuş, G.Ö. (2001). Ergenlerin Aile İçi Psikolojik Örüntülere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık, İstanbul.
- Özer, K.A. (1994). Öfke Kaygı ve Depresyon Eğilimlerinin Bilişsel Alt Yapısıyla İlgili Bir Çalışma, Türk Psikoloji Dergisi, cilt: 9, sayı: 31, ss: 12-25, Ankara.
- Özcan A.(1979). Hastaların Bilgi Gereksinimleri ve Hemşirenin Öğretim İşlevi, Türk hemşireler dergisi, Sayı 3, 1979, ss.9-14.
- Özer, K.A. (1995). Duygusal Gerilimle Baş Edebilme, Varlık Yayınları, İstanbul.
- Özer, K.A.: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçekleri Ön Çalışması, Türk Psikoloji Dergisi, 31:26-35.
- Özkamalı, Eyüp. 2005. “20-30 Yaş Grubu Bireylerinin Öğrenim Düzeylerine Göre Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları”. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Samsun: Ondokuzmayıs Üniversitesi.
- Özmen, A.C.Ü. (2006). Öfkeyle Başa Çıkma Eğitiminin Ve Etkileşim Grubu Uygulamasının İçerik Yönelik Öfke Üzerindeki Etkisi Sosyal Bilimler Dergisi Aralık 2006 Cilt : 30 No:2 175-185
- Özmen, A. (2006), Öfke ile Başa Çıkma, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Türk Dil Kurumu (1988). Türkçe Sözlük. Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Yayınları. : Yayın no 549. Cilt 2: Ankara
- Prout, H. T., Brown, D. T. (1999), Counseling and Psychotherapy with Children and Adolescents, New York: John Wiley ve Sons.
- Roberts SL (1978) Behavioral Concepts and Throughout Life-Span, Washington, Prentice-Hall Inc.
- Robinette AL (1996). PCLNs: Who are they? How can they help you?. AJN. 96(7): 48-50.
- Sala, G. (1997). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinin Öfke İfade Etme Biçimlerinin İncelenmesi, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara.
- Savaşır, Işık, Nesrin, Şahin. (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Savaşır, F., Şahin, N.H. (1997). Bilişsel ve Davranışçı Terapilerde Değerlendirme, Sık Kullanılan Ölçekler, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

- Simon, Robin W, Leda, E.Nath. (2004). "Gender and Emotin in the United States: Do Men and Women Differ in Self-Reports of Feelings and Expressive Behavior". *American Journal o f Sociology*. Cilt:109, Sayı:5, s. 1137-1176
- Shuerger, J. M. (1979), —Understanding and Controlling Anger, Helping Clients with Special Concerns, Ed. Elsenberg S., Patterson, L. E. Boston: Houghton Mifflin Company, s.79–102.
- Smith, D.C., Furlong, M.J. (1998), "Introduction to the Special Issue: Adressing Youth Anger Aggression in School Settings". *Psychology in the Schools*. 35(3): 201-203.
- Smith ME, Hart G (1994) Nurses' responses to patient anger: from disconnecting to connecting, *J Adv Nurs*, 20(40):643-651.
- Soykan, Ç. (2003). Öfke ve Öfke Yönetimi, *Kriz Dergisi*, Cilt II Sayı:2.
- Stoner, Sue B, W.Boyd, Spencer. 1986. "Age and Sex Differences on the State-Trait Personality Inventory". *Psychological Reports*. 59,s.1315-1319
- Stoner SB, Spencer WB (1987) Age and gender differences with the Anger Expression Scale. *Educ Psychol Meas*, 47: 487-492.
- Şen,S.,Yorulmaz,H.,Batmaz,M. (2007). Acil Servis Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu, *Haliç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu*.
- Tambağ H., Öz F(2004).: Aileleri İle Birlikte Ve Yetiştirme Yurtlarında Yaşayan Ergenlerin Öfke İfade Etme Biçimleri. *Kriz Dergisi*, Sayı: 1, S:11-21
- Tangney, J.P., Wagner, P. E., Hill-Barlow, D., Marschall, D. E. and Gramzow, R. (1996).Relation of Shame and Guilt to Constructive Versus Destructive Responses toAnger Across the Lifespan. *Journal of Personality and Social Psychology*, , 70(4),797-809
- Tavris C (1989) *Anger: Misunderstood Emotion*. New York,Simon&Schuster
- Terakye G (1998) *Hasta Hemşire İlişkileri*, 5. baskı, Ankara, Zirve Ofset Ltd. Şti.
- Thomas, Sandra P. (1989). "Gender Differences in Anger Expression:Health Implications". *Research in Nursing&Health*. 12, s.389-398
- Tunmore R (1990). *The Consultation Liaison Nurse*. *Nursing* 4(3).
- Türk Dil Kurumu (1988). *Türkçe Sözlük*. Atatürk Kültür Dil ve Tarih Yüksek Kurumu Yayınları. Yayın no 549. Cilt 2: Ankara
- Türk Psikoloji Bülteni(1999). Öfke: O sizi kontrol edeceğine siz onu kontrol edin 3 (7), 79-85.

- Üstün, B., Akgün, E., Parlak, N. (2005).Hemşirelikte İletişim Becerileri Öğretimi, Okullar Yayınevi, ss: 129-131, İzmir.
- Üstün, B., Yavuzarslan, F.(1995). Öfkenin Gücü, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, cilt: 2, sayı: 2, ss: 42-46, Ankara.
- Voltan-Acar, N. (2004), Ne kadar farkındayım? Gestalt Terapi, Ankara: Babil Yayıncılık
- Webster, Noah, LLD, vd.(1940). Tolerance md. , Webster's Twentieth – Century Dictionary, Publishers Guild, Inc., New York, s.1756.
- Wyatt SP, Watt M (1995) Violence towards junior doctors in accident and emergency departments, J Accid Emerg Med, 12(1):40-42.
- Yazgan,S.(2007). Öfke Kontrolü ile Tolerans Düzeyi Arasındaki İlişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun.
- Yıldırım, S.(2005).Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeylerinin Belirlenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir, (2005)
- Yurtseven, F. (1994). Acil Cerrahi Servislerindeki Hasta Ailelerinin ve Hemsirelerin Sorunları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul
- Yürüşen, Melih. (1993). “Liberal Kuramda Politik ve Moral Bir Kavram Olarak Hoşgörü”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir

10. EKLER

EK 1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

- 1.)Çalıştığınız Kurum:
- 2.)Mesleğiniz: a) hemşire b) hekim c) acil tıp teknikeri d) sağlık memuru
- 3.)Eğitim Durumunuz: a)lise b) ön lisans c) lisans d) lisans üstü
- 4.) Meslekteki Yılıınız: a)0-2yıl b)3-5 yıl c)5-10 yıl d)10 yıl ve üzeri
- 5.)Acil Serviste Çalışma Süreniz: a)2 yıldan az b) 2-5 yıl c) 5 yıldan fazla
- 6.)Cinsiyetiniz: a) kadın b) erkek
- 7.)Yaşınız: a)18-25 b)26-30 c)31-40 d) 41 ve üzeri
- 8.)Medeni Durumunuz: a) evli b) bekar c)boşanmış
- 9.)İş Memnuniyetiniz: a)çok kötü b) kötü c)kararsızım d) iyi e) çok iyi
- 10.)Ekonomik Gelirinizi Algılayışınız: a) çok az b) az c) yeterli
- 11.)Çalışma Şekliniz: a) Çoğunlukla gündüz çalışırım
b) Çoğunlukla gece çalışırım
c) Gece ve gündüz nöbet sayılarım eşittir
d) Diğer.....
- 12.) Çalışma arkadaşlarınızla ilişkilerinizi değerlendiriniz:
a) çok iyi b) iyi c) idare eder d)kötü

EK 2

TOLERANS ÖLÇEĞİ

Sevgili Arkadaşlar,

Ölçeğimizde insanın kendini değerlendirmesi ile ilgili 30 maddelik bir liste bulunmaktadır. Sizden istediğimiz; listede verilen her anlatımı inceleyip, *davranışlarınızı ne ölçüde yansıttığınızı belirtmeniz* ve buna uygun kutucuğa (X) işareti koymanız. Her madde için bir tercih yapınız. Lütfen boş ifade bırakmayınız.

Bu envanterle toplanan bilgiler, bilimsel bir çalışma yapmak amacıyla kullanılacağından cevaplamalarınızı içtenlikle yapmanız çok önemlidir. Yardımlarınız için teşekkür ederim.

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Kesinlikle katılıyorum | | | | | |
| 2. Katılıyorum | | | | | |
| 3. Kararsızım | | | | | |
| 4. Katılmıyorum | | | | | |
| 5. Kesinlikle katılmıyorum | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. İnsanların birbirini sadece araç olarak görmelerine katlanamam. | () | () | () | () | () |
| 2. Başkaları ile karşılaştırılmaktan rahatsızlık duyarım. | () | () | () | () | () |
| 3. Beklemediğim fiziksel tepkilere karşı çok çabuk sinirlenirim | () | () | () | () | () |
| 4. Sınırlılıklarını bilmeyenleri affetmem | () | () | () | () | () |
| 5. Tavizlerimin istismar edilmesine kızarım | () | () | () | () | () |
| 6. İsteklerimin hemen yerine getirilmesini beklerim. | () | () | () | () | () |
| 7. İnsanların hatalarını hemen kabul etmelerini beklerim. | () | () | () | () | () |
| 8. Aşırı ısrarcı insanları sevmem | () | () | () | () | () |
| 9. Kendi isteklerini ön planda tutanlara dayanamam. | () | () | () | () | () |
| 10. Gereksiz yere espri yapanlara kızarım. | () | () | () | () | () |
| 11. İnsanların farklı inançlara sahip olmasından rahatsızlık duymam. | () | () | () | () | () |
| 12. Başkalarının yerime karar vermesinden hoşlanmam. | () | () | () | () | () |
| 13. Bekletilmekten hoşlanmam. | () | () | () | () | () |
| 14. Eleştirilmeye katlanamam. | () | () | () | () | () |
| 15. Arkadaşlarımın boş konuşmalarına katlanamam. | () | () | () | () | () |

16. Başkalarının işime karışmasından hoşlanmam. () () () () ()
17. Hakkımın yenilmesi beni rahatsız eder () () () () ()
18. Fikirlerime saygı duymayanları affetmem. () () () () ()
19. Kimsenin hayatıma karışmasını kabul edemem. () () () () ()
20. Ödünç aldığını zamanında getirmeyenleri sevmem. () () () () ()
21. Anlamsız sorulara tahammül edemem. () () () () ()
22. Kimsenin olumsuz davranışlarına katlanmak zorunda değilim. () () () () ()
23. Bana zorla bir şey yaptırılmak istenmesine kızarım. () () () () ()
24. Giyim tarzıma karışılmasına tahammül edemem. () () () () ()
25. Çevremdekilerin bana güvensizliklerine dayanamam. () () () () ()
26. Hatalarımın yüzüme vurulmasından hoşlanmam. () () () () ()
27. Yeni tanıdığım birisinin lakayt tavırlarına tahammül edemem. () () () () ()
28. Kendini beğenenlerden nefret ederim. () () () () ()
29. Dikkatimin dağıtılmasından rahatsız olurum. () () () () ()
30. Kaprisli insanlara katlanamam. () () () () ()

EK 3

DURUMLUK SÜREKLİ ÖFKE ÖLÇEĞİ

I. BÖLÜM

Sevgili Arkadaşlar,

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra *genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün* ve ifadenin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek 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.

Bu envanterle toplanan bilgiler, bilimsel bir çalışma yapmak amacıyla kullanılacağından cevaplamalarınızı içtenlikle yapmanız çok önemlidir. Yardımlarınız için çok teşekkür ederim.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

1 2 3 4

- | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|
| 1. Çabuk parlarım. | () | () | () | () |
| 2. Kızgın mizaçlıyım. | () | () | () | () |
| 3. Öfkesi burnunda bir insanım. | () | () | () | () |
| 4. Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım. | () | () | () | () |
| 5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır. | () | () | () | () |
| 6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim. | () | () | () | () |
| 7. Öfkelenince ağzıma geleni söylerim. | () | () | () | () |
| 8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir. | () | () | () | () |
| 9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir. | () | () | () | () |
| 10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim. | () | () | () | () |

II. BÖLÜM

Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duyguları ile ilgili tepkileri farklıdır. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve *öfke ve kızgınlık duyduğunuzda* genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

	1	2	3	4
11. Öfkemi kontrol ederim.	()	()	()	()
12. Kızgınlığımı gösteririm	()	()	()	()
13. Öfkemi içime atarım.	()	()	()	()
14. Başkalarına karşı sabırlıyım	()	()	()	()
15. Somurtur ya da surat asarım.	()	()	()	()
16. İnsanlardan uzak dururum.	()	()	()	()
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim	()	()	()	()
18. Soğukkanlılığımı korurum.	()	()	()	()
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım	()	()	()	()
20. İçin için köpürürüm ama göstermem.	()	()	()	()
21. Davranışlarımı kontrol ederim.	()	()	()	()
22. Başkalarıyla tartışırım	()	()	()	()
23. İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim	()	()	()	()
24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım	()	()	()	()
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim	()	()	()	()
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	()	()	()	()
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	()	()	()	()
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	()	()	()	()
29. Kötü şeyler söylerim.	()	()	()	()

30. Hořgörlü ve anlayışlı olmaya çalışırım. () () () ()
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim. () () () ()
32. Sinirlerime hakim olamam. () () () ()
33. Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim. () () () ()
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim. () () () ()

EK 4

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

1-Araştırma ile ilgili bilgiler:

Araştırmanın Adı: : Acil servis sağlık çalışanlarının tolerans düzeylerinin öfke kontrolü üzerine etkisi.

Araştırmanın Amacı: Bu çalışma, şartları zor servislerden biri olan acil servis sağlık çalışanlarının öfke kontrollerinin tolerans düzeyleri ile ilişkili olup olmadığını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Bu çalışma ile elde edilecek sonuçların, sağlık çalışanlarının öfkeli davranışlarını azaltmak, doğru yolla öfke ifadelerini sağlamak ve öfke kontrollerini arttırmak konusunda yol göstereceği düşünülmektedir.

2-Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılma hakkına sahiptir.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğunuz bu belge ile kanıt altına alınmaktadır.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğiniz anda bu çalışmadan çekilebilirsiniz.

3-Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğiniz kesin olarak gizli tutulacaktır.

Çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde bu çalışma için hazırlanmış olan anketleri doldurmanız istenecektir. Bu formların doldurulması yaklaşık 30 dakika sürmektedir.

Bu çalışmaya sizin haricinizde Kocaeli ili devlet hastaneleri acil servislerinde çalışmakta olan yaklaşık 290 sağlık çalışanının katılması beklenmektedir.

Bu çalışma süresince herhangi bir nedenle başvurulacak kişi : Hem. Mehtap Şener Akkoç

Tel: 0505 246 18 46

“Acil Serviste Çalışan Sağlık Personellerinin Tolerans Düzeyleri Ve Öfke Kontrolleri Arasındaki İlişki“ adlı araştırmaya ait ve araştırmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren Bilgilendirilmiş Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum. Bu bilgilendirme formunun bir örneği bana verilmiştir.

Gönüllünün Adı, İmzası, Adresi (Varsa Telefon No, Faks No)/ Tarih :

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı, İmzası / Tarih :

Hem. Mehtap Şener Akkoç İmza:..... Tarih:.....

KATILIMCININ:

Adı Soyadı:.....

Tarih:.....

Telefon:.....

İmza:.....

ARASTIRMACININ:

Adı Soyadı: Hem. Mehtap Şener Akkoç

Tel: 05052461846

Adres: Marmara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Psikiyatri Hemşireliği ABD

ETİK KURUL KARARI



KLİNİK ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ETİK KURUL DEĞERLENDİRME FORMU



ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Birimi Umuttepe Yerleşkesi /KOCAELİ
TELEFON	0262 303 71 64
FAKS	0262 303 74 63
E-POSTA	etikkurul@kocaelism.gov.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil servis çalışanlarının tolerans düzeylerinin öfke kontrolü üzerine etkisi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU	KKAEK 2010/4		
	EUDRACT NUMARASI	-		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Mehtap Şener		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yard.Doç.Dr.Gül Ünsal Barlas (Danışman)		
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Marmara Üni.Sağlık Bilimleri Fak.Psikiyatri Hemşireliği AD		
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Kocaelindeki tüm Devlet Hastaneleri , Gölcük Devlet Hast.,Karamürsel Devlet Hast.,Dr.Kazım Dinç Devlet Hast.Kandıra,Gebze Devlet Hast.Gebze Fatih Devlet Hast.		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ	-		
	BAŞVURULAN ETİK KURULUN ADI	KOCAELİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-		
	DESTEKLEYİCİNİN YAŞAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-		
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
FAZ 2		<input type="checkbox"/>		
FAZ 3		<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>		
	BE/BY	<input type="checkbox"/>		
	DİĞER <input checked="" type="checkbox"/>	Diğer ise belirtiniz: Yüksek lisans Tezi		
	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA <input type="checkbox"/>	Belirtiniz:		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	30.12.2009	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	30.12.2009	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU	-	-	Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	-
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	-
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	<input type="checkbox"/>	-
	İLAN	<input type="checkbox"/>	-
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	-
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	-
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	-
DİĞER	<input type="checkbox"/>	-	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 1/6	Tarih: 05.01.2010	Proje no: KKAEK 2010/4
	Mehtap Şener 'in Yüksek Lisans Tezi başvuru için ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy çokluğu ile karar verilmiştir.		

ETİK KURUL BİLGİLERİ

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik(2009) , İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu(2008), ve Etik Kurul SOP(2009)
---------------	--

ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI:

ETİK KURUL ÜYELERİ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Doç.Dr.Gülcan TÜRKER	Çocuk Sağlığı ve Hast.	Kocaeli Üni.Tıp Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>katılmadı</i>
Uzm.Dr.Serap ARGUN BARIŞ	Göğüs Hastalıkları	M.Kazım Dinç Kandıra Dev.Hast.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Uzm.Dr.Soner ŞAHİN	Nöroşirürji	Kocaeli Derince EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof.Dr. Bekir Faruk ERDEN	Farmakoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Uzm. Dr. Vildan POLAT	Biyokimya	Kocaeli Devlet Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Nermin ERSOY	Deontoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>N. Ersoy</i>
Ecz. Nuran KAMAN	Eczacılık	Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Yrd. Doç. Dr. Ayşe Balcı KARSON	Fizyoloji	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Uzm. Dr. Berna Ayakta ŞERİFİ	Halk Sağlığı	Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Av. Ersayın IŞIK	Hukuk	Serbest	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>
Jale Gülizar ÇORAKÇI	Sağlık mesleği mensubu olmayan üye	İngilizce Öğretmeni (Emekli)	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	<i>[Signature]</i>

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI



KOCAELİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Mehtap ŞenerİN Yüksek Lisans Tezi
Karar no: 1/6

Tarih: 05.01.2010

Sayın Araştırmacı ; Mehtap Şener

KKAEK 2010/4 Proje Numaralı “Acil servis çalışanlarının tolerans düzeylerinin öfke kontrolü üzerine etkisi” isimli anket çalışmanızın evrensel ve ulusal etik ilkelere uygun tasarlanmış olması nedeniyle **onaylanmasına** karar verilmiştir.

Araştırmanız için verilen bu onay ile Helsinki Bildirgesi (2008), Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik (2008), İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu (2009) ve Hasta Hakları Yönetmeliği (1998)’nde bildirildiği gibi bir araştırmacı olarak araştırmanızın etiğe uygun yürütülmesinden; katılımcıların yararlarının korunmasından; başvuru formunun, protokolün ve sunulan diğer belgelerin doğruluğundan; araştırma protokolünde ve aydınlatılmış onam formunda yapılacak değişikliklerin bildirilmesinden; ortaya çıkabilecek ciddi ya da beklenmeyen advers etki/etkilerle ortaya çıkabilecek zararların derhal bildirilmesi ve karşılanmasından; amaç dışı gelişmelerde çalışmanın durdurulmasından ve çalışma sonuçlarının değiştirilmemesinden sorumlu olduğunuzu hatırlatırız.

Bireyin yararının bilimin yararından üstün tutulması dileğiyle.

Başkan
Prof.Dr.Nermin Ersoy

Nermin Ersoy

İletişim Bilgileri: KKAEK Sekreteri Nurşen Alkaya (Araştırma Hemşiresi)
Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Birimi, Umutepe Yerleşkesi, 41380 Umutepe / İZMİT
Tel: 0 262 303 71 64, Faks: 0 262 303 74 63, e-posta: etikkurul@kocaelism.gov.tr

EK 6

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ONAYI

T.C.
KOCAELİ VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI :B1041SM4410009.773/
KONU :Tez Çalışması

18.01.2010 1848

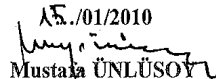
VALİLİK MAKAMINA
KOCAELİ

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında Yüksek lisans öğrencisi olan Hemşire Mehtap ŞENER'in "Acil Servis Çalışanlarının telorans düzeylerinin öfke kontrolü üzerine etkisi" konulu tez çalışmasını, Sağlık Müdürlüğüne bağlı tüm Devlet Hastaneleri, Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmit Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi acil servis sağlık çalışanları ile yapabilmesi hususunda;
Müsaadelerinizi arz ederim.


Dr. Hasan AYDINLIK
Sağlık Müdürü

EK:
1-Tez Çalışma Formları.
(10 Sayfa)

OLUR

18.01/2010

Mustafa ÜNLÜSOY
Vali a.
Vali Yardımcısı

11.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Mehtap	Soyadı	Şener Akkoç
Doğum Yeri	İzmit	Doğum Tarihi	23.05.1986
Uyruğu	TC	TC Kimlik No	25502194132
E-mail	sener_mehtap@hotmail.com	Tel	05052461846

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2008
Lise	Derince 19 Mayıs Lisesi	2004

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Gölcük Devlet Hastanesi	2010-
2.	Hemşire	Haydarpaşa Numune EAH	2010-2010
3.	Hemşire	İzmit Seka Devlet Hastanesi	2009-2010

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	İyi

Yabancı Dil Sınav Notu								
KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
53								

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	87.220	84.917	81.601
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office Programları	İyi
İnternet Uygulamaları	İyi

Uluslararası ve Ulusal Yayınları/Bildirileri/Sertifikaları/Ödülleri/Diğer

Bir İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Ailelerinin Tutumlarının, Çocukların Benlik Saygıları Üzerine Etkilerinin İncelenmesi, Ünsal G, Tanşu A, Şener M, Kaçmaz N, Taşkıran Ö, Tekdemir SÇ, Poster Sunumu, IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Samsun, Türkiye, 2010.