

**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**HEMŞİRELERİN ÖFKE İFADE BİÇİMLERİ VE GENEL  
SAĞLIK DURUMLARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**FADİME BAYRI**

**TEMMUZ-2007**

**SİVAS**

**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK PROGRAMI**

**HEMŞİRELERİN ÖFKE İFADE BİÇİMLERİ VE GENEL  
SAĞLIK DURUMLARI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**FADİME BAYRI**

**DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ**

**YRD. DOÇ. DR. MERAL KELLEÇİ**

**TEMMUZ-2007**

**SİVAS**

**“Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu’nun 05.01.1984 tarih ve 84/1 No’lu kararı ile kabul edilen Tez Yazma Yönergesi’ne göre hazırlanmıştır.”**

# İÇİNDEKİLER

SAYFA NO:

I. GİRİŞ VE PROBLEMİN TANIMI.....	I
II. GENEL BİLGİLER.....	1
III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	28
1) Araştırmanın Şekli.....	28
2) Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	28
3) Araştırmanın Evreni .....	28
4) Verilerin Toplanması.....	29
5) Veri Toplama Formları.....	29
6) Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	31
7) Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
IV. BULGULAR.....	33
V. TARTIŞMA.....	55
VI. SONUÇLAR.....	65
VII. ÖNERİLER.....	68
VIII. ÖZET.....	70
SUMMARY.....	72
KAYNAKLAR.....	74
EKLER.....	90

## TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No:

<b>Tablo 1.</b> Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	34
<b>Tablo 2.</b> Hemşirelerin Bazı Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı.....	35
<b>Tablo 3.</b> Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı.....	36
<b>Tablo 4.</b> Hemşirelerin Fiziksel Hastalık Durumları ve Fiziksel Hastalığı Olanların Hastalıklarına Göre Dağılımı.....	37
<b>Tablo 5.</b> Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamaları (n:614) .....	38
<b>Tablo 6.</b> Hemşirelerin Yaşa Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614) .....	39
<b>Tablo 7.</b> Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614) .....	40
<b>Tablo 8.</b> Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614).....	41
<b>Tablo 9.</b> Hemşirelerin Çalışma Yılına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614).....	42
<b>Tablo 10.</b> Hemşirelerin Çalıştığı Kuruma Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614) .....	44

<b>Tablo 11.</b> Hemşirelerin Kadro Durumuna Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614) .....	46
<b>Tablo 12.</b> Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614) .....	47
<b>Tablo 13.</b> Hemşirelerin Çalışma Pozisyonuna Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614) .....	48
<b>Tablo 14.</b> Hemşirelerin Gündüz ve Gece Bakım Verdikleri Hasta Sayısı İle Çalışma Yıllarının Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarıyla İlişkisi (n:614) .....	49
<b>Tablo 15.</b> Hemşirelerin Fiziksel Hastalıklarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614) .....	51
<b>Tablo 16.</b> Hemşirelerin Genel Sağlık Anketi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614) .....	53
<b>Tablo 17.</b> Hemşirelerin Genel Sağlık Anketi Toplam Puan Ortalamaları İle Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki (n:614).....	54

## **TEŐEKKÖR**

Arařtırmanın planlanması ve yűrűtűlmesinde deęerli katkılarında dolay› Say›n hocam Prof. Dr. Selma DOęAN'a, tez dan›řman›m Yard. Doę. Dr. Say›n Meral KELLECI'ye, çalıřma boyunca her zaman desteęini hissettięim aileme ve Yzb. Naciye OęUZ'a teőekkűr ederim.

## **I.GİRİŞ**

### **Problemin Tanımı**

Öfke, insan yaşamında önemli yere sahip olan temel duygulardan biri olup, bireysel bir tehdit algılandığında artan anksiyeteye karşı verilen tepkilerde yaşanan kızma ve gücenme duygusudur (Balkaya ve Şahin 2003, Gençtan 2004, Şahin 1997). Öfke kimi zaman kısa süreli, orta şiddette ve hatta bireye faydalı, kimi zaman ise çok şiddetli ve tahrip edici olabilir. Bireysel tehdit hissetme, anksiyeteyi artırır. Tehdidin özelliğine göre birey kendisini kızgın, kırgın, engellenmiş hisseder ve öfkelenir. Hissedilen tehdit edici durum, benlik saygısını zedeleyici nitelikte ya da karşı konulamayacak güçte ise, öfkenin şiddeti artar (Okman 1999, Şahin 1997). Bu duygunun açık bir şekilde doğrudan ifade edilmesinin genellikle yıkıcı bir özellik olduğu düşünüldüğünden, öfke olumsuz bir duygu olarak değerlendirilmektedir (Balkaya ve Şahin 2003, Deffenbacher ve Stark 1992, Kısaç 1997, Lerner 2004). Oysa öfke, sanıldığı gibi aksine olumsuz bir duygu değil, bireyi uyaran ve canlandıran bir duygudur (Kısaç 1997).

Öfke duygusu, “süreklilik” ve “durumsallık” biçiminde sınıflandırılmaktadır. “Durumsal öfke”, amaca yönelmiş davranışın engellenmesi veya haksızlık algılanması karşısında, ne şiddette gerginlik, kızgınlık, sinirlilik, hiddet gibi öznel duyumsamaların yaşandığını yansıtan bir duygu durumudur. Bireyin çok sayıda durumu can sıkıcı ya da engelleyici olarak algılaması ve buna bağlı olarak öfke yaşaması ise “sürekli öfke” olarak tanımlanmaktadır (Çam ve Baysal 1996, Özer 1994).

Belirli sınırlar içinde yaşanan öfke, bireyin kendi varlığını koruması, tanıtması, çevreye kabul ettirmesi, saygınlık kazanması ve bu saygınlığı sürdürmesi açısından geliştirici ve yapıcı rol üstlenir (Fitness 2000, Kısaç 1997). Ancak pek çok insan için öfke, baş edilmesi en zor duygulardan biridir (Okman 1999). Öfkeyle başa çıkma, onun bastırılmasını ve saklanmasını değil, tanınmasını gerektirir. Öfkenin tanımlanabilmesi için, öfkeye neden olan ve öfke ifadesini etkileyen biyolojik ve fizyolojik yapının, bireyin mantıklı ve mantık dışı



inançlarının, aile, toplum, kültür gibi çevresel etkenlerin bilinmesi gerekir (Baltaş ve Baltaş 2004).

Duyguların yaşanması ve ifade edilmesi, genellikle ailede öğrenilmektedir. Ancak, kültürel bakış açısına göre öfke, genellikle gösterilmemesi gereken bir duygudur. Küçüklerin büyüklere, kadınları erkeklere, sosyal olarak alt düzeydekilerin üst düzeydekilere hangi yolla olursa olsun öfkelerini ortaya koymaları, yanlış olarak değerlendirilmektedir (Baltaş ve Baltaş 2004, Kısaç 1997, Okman 1999). Bu nedenle, genellikle öfkeyi doğrudan ifade etme yerine bastırma, inkâr etme, yok sayma, konuşmama ya da yansıtmaya gibi yollar tercih edilmektedir (Lerner 2004, Sala 1997, Soykan 2003). Öfkesini uygun şekilde ifade edemeyen bireyler, hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklar yönünden risk taşımaktadırlar (Anderson, Metter, Hougaku ve ark. 2006, Burns 2006, Eatough ve Smith 2006).

İfade edilmeyen öfkenin, depresyonun gelişiminde önemli bir role sahip olduğu bilinmektedir (Iosifescu, Renshaw, Dougherty ve ark 2007, Lerner 2004, Türkçapar ve Güriz, Özel ark. 2001). Tüm bireylerin ruh sağlığını doğrudan etkileyen, çevresindeki bireylerle olan karşılıklı iletişimde öfke kontrolü sağlanamadığında; depresyon ve anksiyete bozuklukları gibi hastalıklar görülebilmektedir (Martin ve Dahlen 2005). Bastırılmış öfke, depresyon ve anksiyetenin yanı sıra bedensel yakınmalarla birlikte yüksek tansiyon, koroner arter hastalıkları, ülser, solunum, cilt problemleri, artrit, sinir sistemi hastalıkları, kanser, kronik ağrı, var olan fiziksel hastalıkların daha da kötüleşmesi gibi pek çok problemle de ilgilidir (Bongard ve Absi 2003, Burns, Bruehl ve Quartana 2006, Gençtan 2004, Lerner 2004, Şahin 1997). Öfkenin uzun süreli ve yoğun olarak yaşanması ve uygun bir biçimde ifade edilmemesi sonucunda, bireylerde yorgunluk ve anksiyetenin eşlik ettiği psikosomatik hastalıklara yatkınlık artmaktadır. Bunun sonucunda özellikle kalp damar hastalıkları, yüksek tansiyon, migren, ülser ve baş ağrısı gibi hastalıklar ortaya çıkmaktadır (Douglas ve Dolnak 2006, Erkek, Özgür, Gümüş 2006, Martin ve Dahlen 2005, Soykan 2003, Vural ve Başar 2006).

Öfkenin uygun ifade edilmemesi bireyin enerjisini tüketmekte ve bireyin davranışlarını kontrol etmesini güçleştirmektedir. Oysa öfke ile bağlantılı enerji yapıcı olarak kullanıldığında bireyin güçlülük, üstünlük, olaylara kontrol koyabilme duyguları yaşamasını sağlar. İlişkilerinin anlamlı hale gelmesine, yaşadığı iletişim çatışmalarının önlenmesine, artan bunaltıya karşı uygun tepki vermesine ve yeni başatme davranışlarının gerekliliğini hissettirerek değişim için bireyin güdülenmesine katkıda bulunur. Dolayısıyla bireyin öfkesi mesleki, eğitimsel ve sosyal yönden iyi bir verim ortaya koymasını etkiler. Bu nedenle öfke, sağlıklı olarak yaşandığında son derece işlevsel olabilecek bir duyguyken, kontrol edilmediğinde kişinin hem kendisi hem de çevresi için zararlı olabilen bir duygu haline gelebilmektedir (Burger 2006, Burns 2006, Soykan 2003).

Çalışma ortamlarında öfke nedenleri arasında, bireylerin kendilerini yeterince güvende hissetmemeleri, başkaları tarafından kendisine saygısızca ya da haksız biçimde davranılması, onurunun kırılması, haklarına saygı gösterilmediğini düşünmesi, sosyal desteğinin yetersizliği, iş güvenliğinin olmaması, ücret yetersizliği/uygunsuz çalışma koşulları gibi etkenler yer almaktadır (Solmuş 2004). Hemşirelik mesleği, gerek çalışma koşulları, gerekse ücret yetersizliği, yönetim ve diğer meslektaşlarından yeterli destek alamama, hasta sayısının fazla olması, zaman zaman şiddet durumlarıyla karşılaşma, çeşitli yetersizlikler nedeniyle istenilen bakımın verilememesi, ekip içi çatışmalar gibi bazı nedenlerle sık öfke duygusu hissedilmesine neden olan bir meslek olma özelliği taşımaktadır (Aiken, Clarke, Sloane ve ark. 2002, Brooks, Thomas ve Droppleman 1996, Fitness 2000).

Fletcher (2001) yaptığı çalışmasında, hemşirelerin doğrudan destekten yoksun olarak çalışmasının öfke nedenlerinden biri olduğunu, anksiyete ve depresyonla sonuçlanan durumların derinliklerinde en çok yetersiz zaman ve kaynaklar nedeniyle hasta bakımında çeşitli gerekliliklerin sağlanamaması ve çevreden yeterli destek alamama olduğunu belirlemiştir. Hemşirelerin duygusal olarak zorlandıklarında kendilerini yeterince ifade edememeleri nedeniyle öfke yaşadıkları, öfkelendiklerinde ise çoğu kez öfkelenme nedenlerinin farkına varıp sorunlarını etkin bir şekilde çözümlenmek ve ilgili kişilerle konuşmak yerine;

genellikle sessiz kalarak, bastırma, inkâr ya da yansıtma yollarını tercih ettikleri bildirilmektedir. Daha yaygın olarak hemşirelerin öfke duygularıyla bağırarak ya da bedenselleştirerek başettikleri, yönetilemeyen öfke duygusunun sonucunda yorgunluk ve depresyonun yanı sıra hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar gibi sorunlarla karşılaşma risklerinin de arttığı bildirilmektedir (Thomas 2004). Diğer taraftan, hemşirelerin karşılaştıkları stresörlerle etkin bir şekilde başedemediklerinde yaşadıkları anksiyete sonucunda gelişen öfke duygusunun, kendilerini yorgun, değersiz hissetmelerine neden olduğu ve birçok şeyden yakınmaya başladıkları belirtilmektedir. Ayrıca bu durumun hemşirelerin, çevresindeki bireylerle ilişkilerinin yüzeyselleşmesine neden olduğu da vurgulanmaktadır (Rosenstein ve O'Daniel 2005).

Hemşirelik mesleğinin ülkemizde kadınlar tarafından yürütülüyor olması, hemşirelerin geleneksel yardımcı rolü, profesyonel güven eksikliği, çekingenlik, utangaçlık, benlik saygısının düşük olması ve kötü yönetim gibi bazı etkenler nedeniyle hemşireler kendilerini yeterince ifade edememektedirler (Thomas 2004, Roberst 2000). Hemşirelerin yaşadıkları sorunlar karşısında kendilerini uygun şekilde ifade edememeleri, öfke duygusunun artmasına neden olmakta, bu duygu etkin bir şekilde ifade edilemediğinde ise bir taraftan hemşirelerin fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz şekilde etkilenirken (Gillespie ve Melby 2003, Hillhouse ve Adler 1997, Sheldon, Barrett ve Ellington 2006, Williams, Barefoot, Blumenthal ve ark. 1997) diğer taraftan bakımın kalitesi düşmektedir (Thomas 2004).

Hemşirelerin hastaların öfke ifade eden davranışlarını ve nedenlerini tanıyabilmesi, öfkenin olumlu yönlerinin farkında olması, hastanın öfkesini kendisinde suçluluk duygusu yaratacak edilgen ve saldırgan yollarla değil, atılgan ve güvenli bir şekilde ifade etmesini sağlaması bakımın kalitesi için anahtar noktalardan biridir (Doğan, Güler ve Koçak 1999, Thomas 2004). Böyle bir yaklaşım sunabilmesi için hemşirelerin öncelikle öfke duygusuna neden olabilecek durumların farkında olması, etkin sorun çözme yöntemlerini kullanabilmesi, öfkesini sağlıklı bir şekilde yönetebiliyor olması gerekmektedir

(Caroline ve Bernhard 1994, Hollinworth, Clark, Harland ve ark. 2005, Smith ve Hart 1994).

Hemşirelerin, hastanın, aile üyelerinin ve meslektaşlarının öfkesini paylaşmak ve kendi öfkesini de tanıması gerekirken, öfkesini yönetemediğinde, hasta bireylerin gereksinimlerine ve tepkilerine önem vermeme, anlamamazlıktan gelme ya da uygun olmayan davranışlarda bulunma gibi, sağlık bakım alanında uygun olmayan çalışma biçimlerini sergilemeleri mümkün olabilmektedir (Smith ve Hart 1994, Thomas 2003). Nitekim, klinik ortamda hasta ve aileleri, hastane personelinin sınırlandırıcı ve incitici olmalarından şikâyetçi olmaktadır. Hemşirelerin öfkelendiklerinde kontrollerini kaybettikleri, bakım vermeme, isteksiz bakım verme, etkileşimlere zaman ayırmama, dinlememe gibi davranışlarda buldukları belirlenmiştir (Smith ve Hart 1994). Bazı çalışmalarda ise, öfkeyle sağlıklı baş edemeyen hemşirelerin zamanla tükenme yaşadığı ve işten ayrıldığı belirlenmiştir (Gillespie ve Melby 2003, Hillhouse ve Adler 1997). Oysa, bireylerin sağlık bakım hizmeti aldıkları tüm ortamlarda en sık karşılaştıkları kişiler olan hemşirelerle iletişimlerinin önemi yadsınamayacak kadar büyüktür. Sağlık personeliyle ve özellikle hemşirelerle etkileşimlerindeki sorunlar, bireyin bütüncül bakım alamamasına neden olabilecektir (Doğan, Güler ve Kelleci 2001).

Ülkemizde öfke ifadesini inceleyen çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Baklaya ve Şahin 2003, Çam ve Baysal 1996, Kısaç 1997, Okman 1999, Sala 1997). Bununla birlikte, hemşirelerin öfke ifadeleri (Doğan, Güler ve Koçak 1999) ve genel sağlık durumları ile ilişkisi konusunda yapılmış çalışmalar sınırlıdır (Üstün, Akgün ve Partlak 2003). Oysa hemşirelerin öfke duygusunu tanıması ve sağlıklı ifade edebilmesi, benliklerini koruma ve olumlu bir yaşam sürdürebilmeleri için oldukça önemlidir. Hemşirelerin kendi öfkelerini tanınamaları ve öfke duygusuyla birlikte hissedilen enerjiyi sağlıklı bir şekilde yönlendirememeleri sonucunda genel sağlık durumları olumsuz bir şekilde etkilenebilecektir. Bu nedenle hemşirelerin, sürekli öfke ve öfke ifade biçimleri ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkinin belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Hemşirelerin kendi öfke durumları ve genel sağlık durumlarının

belirlenmesinin, mevcut durum ve gitmezliklerin ortaya konulması ve bu konuda gerekli düzenlemelere gidilmesi açısından önemli olduğu düşünölmektedir.

## **II. GENEL BİLGİLER**

### **II. 1. ÖFKE KAVRAMI VE ÖZELLİKLERİ**

Öfke, insanın mutluluk, üzüntü, korku ve nefretten oluşan beş temel duygusundan biridir. Öfke, normal ve sağlıklı bir duygudur (Köknel 2000, Gençtan 2004, Sperberg ve Stabb 1998). Tüm bireylerin günlük hayatında önemli bir yere sahip olan öfke, doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen son derece doğal, evrensel bir duygudur. Sağlıksız olan, öfkenin saldırganlığa ve içsel tepki olarak kendine zarar vermeye dönüşmesidir (Balkaya ve Şahin 2003, Defenbacher, Oething, Lynch ve ark 1996, Erkek, Özgür ve Gümüş 2006, Kökdemir 2004, Soykan 2003).

Öfke, bireyin bir tehlikeyle ya da engellenmeyle karşılaştığında yaşadığı çaresizliğin, güçsüzlüğün, yetersizliğin yarattığı anksiyeteden kurtulmak amacıyla hoşnutsuzluktan, kızgınlık ve şiddete kadar değişebilen bir duygudur (Martin ve Dahlen 2005, Üstün, Akgün ve Partlak 2005, Üstün ve Yavuzarslan 1995). Bireysel tehdit hissetme, anksiyeteyi artırır, tehdidin özelliğine göre birey kendisini kızgın-kırgın-engellenmiş hisseder ve öfkelenir. Hissedilen tehdit edici durum, bireyin benlik saygısını zedeleyici nitelikte ise ya da karşı konulamayacak güçte ise öfke daha şiddetli hissedilir (Gençtan 2004).

Durumsal öfke, amaca yönelmiş davranışın engellenmesi veya haksızlık algılanması karşısında, hangi şiddetle gerginlik, kızgınlık, sinirlilik, hiddet gibi duyuların yaşandığını yansıtan bir duygu durumudur. Sürekli öfke ise, durumsal öfkenin genelde ne sıklıkta yaşandığını yansıtan bir kavramdır (Bilge ve Ünal 2005, Çam ve Baysal 1996, Thomas 2004).

Öfke; bireyin incindiği, haklarının ihlal edildiği, gereksinimlerinin ya da isteklerinin doğru şekilde karşılanmadığı ya da sadece işlerin yolunda gitmediğini gösteren bir ileti olarak değerlendirilmektedir (Lerner 2000). Burger (2006) ise öfkeyi, engel olunma ve derin bir kırgınlıkla kızgınlığın duygusal bir durumu olarak tanımlamıştır.

Öfke, kızgınlık, düşmanlık ve saldırganlık birbiriyle ilişkili kavramlar olarak, sıklıkla birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Öfke genellikle, orta düzeyde sinirlenme ya da sıkıntıdan, hiddet ve şiddetli öfkeye kadar olan, çeşitli

yoğunluktaki duyguları içeren bir durumu ifade ederken, düşmanlık; genellikle kızgınlık duygularını ve diğer insanları incitme ya da nesnelere zarar verme yönünde saldırgan davranışları içermektedir. Saldırganlık ise, diğer insanlara ve nesnelere yönelik, cezalandırıcı, yıkıcı ve tahrip edici davranışlardır (Çam ve Baysal 1996, Köknel 2000).

Bireyin hakkı olanı alamadığında, önem verdiği birinin beklentileri doğrultusunda davranmadığında yaşadığı duygu kızgınlıktır (Gençtan 2004). Engellenmeler ve bazı olumsuz durumlarda, yaşanan anksiyeteden kaçınmak için insanlar öfkeyi kullanmaktadır. Kızgınlık, anksiyete ile ortaya çıkan nesne ya da bir durumu bozma, tahrip etme girişimi ve anksiyeteden kaynaklanan fizyolojik gereksinimlerdir. Fiziksel, duygusal, entelektüel, sosyal ya da hayali olarak 'benlik' sistemini sürdürmeye karşı herhangi bir tehdit fiziksel gereksinimleri ortaya çıkarır. Kızgınlık, bireyi anksiyetesiyle başetmeye yönelik davranışlara yönlendirir. Öfke, ifadesi engellenmiş kızgınlıklardır. Kızgınlık tehdide yönelmezse, öfke oluşur. Kızgınlığın ifade edilmesine izin verilmediği zaman oluşan öfkenin, buzdağının altında görünmeyenler gibi kalabileceği ya da uyum sağlama, isyan ya da kötü niyetli davranışlarla sonuçlanabileceği belirtilmektedir (Burger 2006).

Hiddet ve gücenme duyguları ise, öfkenin uygun şekilde ifade edilememesi veya kontrol etme güçlüğünden kaynaklanan duygulardır. Hiddet daha yoğun ve yıkıcı tepkilere neden olurken, gücenme duygusunda öfke içte tutulur (Köknel 1986). Üzüntü de, genelde öfkeye eşlik eden duygudur. Bireyde üzüntü yaratan koşulların, öfke yarattığı kabul edilmektedir. Öfkeli birey engellendiği ve haksızlığa uğradığına dair düşünceler geliştirirken, durumu değerlendirme aşamasında üzüntü yaşar (Berkowitz 1990). Yas duygusunda da öfke yaşanmaktadır. Sevilen birinin ardından tutulan yas, aslında ölene duyulan öfkenin içe yansıtılması olarak değerlendirilmektedir (Çelik 2003, Gençtan 2004, Kısaç 1997). Öfkenin eşlik ettiği diğer duygular utanç ve suçluluktur. Utanç duygusunda, kaygı nesnesi bireyin benliği ile ilişkili iken, suçluluk duygusunda ise kaygı nesnesi dış kaynaklar ile ilişkilidir ve kaygı yaratan nesne ya da hata tamir edilmeye çalışılır. Bu çaba engellendiğinde, öfke doğacağı gibi, suçluluk

yaratan durum veya nesne de öfke yaratır (Cüceloğlu 1991). Korku, öfke duygusu ile ilişkili olan bir başka duygudur. Ancak öfke, kontrol ve güçlülük duyguları ile belirlidir. Öfke duygusu, genelde olası tehlike ya da saldırı karşısında ortaya çıkmakta, birey dikkatini tehlike üzerine yoğunlaştırarak, aktif olarak duruma müdahale etmeye ve başa çıkmaya çalışmaktadır. Burada verilen tepki, "savaş" tepkisidir. Korku durumunda ise, kaç tepkisi tercih edilmekte, tehdit ile aktif olarak başa çıkma girişimleri olmamaktadır (İmamoğlu 2003).

Öfke, bir insanın güçlülük eğilimi ve egemenlik hırsını adeta simgeleyen bir duygu olarak, öfkeli kişi ise, normalden daha büyük bir güç harcayarak üstünlük kurma amacına ulaşmak isteyen kimse olarak ta tanımlanmaktadır (Adler 2004). Burger'ın (2006) aktardığına göre Mareno (1953), öfke duygusunu, bir hareketlenme, yaratıcı bir yaşantı ve bütünleşme olarak ele almıştır. Öfke, içinde bulunulan koşullarda yetersizlik ve incinme duygusuna karşı doğal bir yanıt olarak da görülebilir. Böylesi durumlarda, öfke duygusunun hissettirdiği enerji sağlıklı yönlendirilebildiğinde, öfke bireye kendisi hakkında daha çok şey öğrenmesi ve daha yeterli, donanımlı bir kişi olması yönünde fırsat yaratabilir (Çam ve Baysal 1996).

Diğer duygular gibi öfke de, fizyolojik ve biyolojik değişikliklerle belirlidir (Bilge ve Ünal 2005, Erkek, Özgür ve Gümüş 2006, Güleç, Sayar ve Özkorumak 2005, Soykan 2003). Öfkenin sağlıklı bir şekilde ele alınıp alınmaması, bireyin fiziksel yapısıyla birlikte kişiler arası iletişimi, dolayısıyla ruh sağlığını da dorudan etkilemektedir. Duyguların yok edilemeyeceği ancak düzenlenebileceği ve kontrol edilebileceği bilinen bir gerçektir (Bilge ve Ünal 2005, Terakye 1998). Bu nedenle bireylerin kendi öfke duygusunu tanıyabilmeleri ve öfkelerini kontrol edebilmeleri önemlidir.

### ***Öfke Duygusunun İşlevleri***

Öfke, yaşanması normal olan ve yapıcı bir şekilde ifade edildiğinde sağlıklı ve enerji hissettiren bir duygudur. Öfkenin bastırılması ve uygun olmayan şekilde ifade edilmesi, bireyin kendisine ve çevresine zarar verir (Baltaş ve Baltaş



2004, Burger 2006, Çelik 2003, Efron 1997, Gençtan 2004, Terakye 1998, Thomas 2004).

Öfkenin ne zaman üretken olup, ne zaman olmadığını belirlemede, bireyin öfkesinin yararlı olup olmadığı, bireyi istediği amaca ulaşmasına yardımcı olup olmadığı ya da sadece bireyi yenilgiye mi uğrattıp uğratmadığı belirlenerek, öğrenilenlerin sentezlenmesi ve öfke hakkında anlamlı, kişisel bir felsefe oluşturulması gerektiği belirtilmektedir (Burns 2006). Öfkenin sağlıklı şekilde ifade edilememesi durumunda, bireyin enerjisi tükenir, davranışlarını kontrol etmesi güçleşir. İfade edilmemiş öfke, bireyin içten içe kızgınlık ve gücenme duymasına neden olur. Bastırılmış öfke, psikosomatik reaksiyonlar ve depresyona zemin hazırlamakla birlikte, bireyin edilgen-saldırgan davranışlar geliştirmesine neden olur. Bu durum, bireyin günlük yaşamını ve kişilerarası ilişkilerini olumsuz etkiler (Burger 2006, Çelik 2003, Efron 1997, İmamoğlu 2003).

Diğer bütün duygularda olduğu gibi öfkenin de, bireylerin hayatını kolaylaştıran olumlu işlevleri vardır. Köknel'in (1986) belirttiği gibi öfke, belirli sınırlar içinde, bireyin varlığını koruması, tanıtması ve çevreye kabul ettirmesi için gereklidir. İmamoğlu'nun (2003) aktardığına göre Novaco (1975), öfkenin işlevlerini altı maddede toplamış, daha sonraki çalışmalar bu sınıflamayı desteklemiştir. Öfkenin işlevleri kısaca aşağıdaki biçimde ifade edilebilir;

*A-Öfke, bireye enerji hissettirir;* Birey, öfkesinin farkına vardığında, enerjisini daha olumlu yönlere yöneltir ve üretmeye yönelik etkinliklerde kullanabilir. Öfke yaratan durumu, engeli aşmak, yetersizlik durumlarıyla başedebilmek ve hoş olmayan durumlardan kurtulmak için birey uygun davranış geliştirip güçlülük, üstünlük ve olaylara kontrol koyabilme duygularını yaşar. Yetersizlik, gelişme gereksinimi yarattığından, öfke bireyin gelişme sürecinin de bir parçasıdır (Çam ve Baysal 1996, Erözkan 2006, İmamoğlu 2003). Öfke, enerji hissettirme işlevi ile bireyi harekete geçirir. Ortamı denetleme duygusu verir (Üstün, Akgün ve Partlak 2005). Ayrıca öfkeyi ortaya çıkaran anksiyeteye tepki olarak, bireyin savunma mekanizmalarını uyarır. Bireyin kullandığı savunma mekanizmaları, öfke duygusu ile başetmesi için yeterli olmadığında ise, yeni

başetme davranışlarının gerekliliğini hissettirir ve bireye değişim için gerekli olan güdülenmeyi sağlar (Çam ve Baysal 1996, Köknel 1986, İmamoğlu 2003, Terakye 1998, Üstün ve Yavuzarslan 1995).

*B-Öfke, bir işarettir;* Lerner'e (2004) göre öfke, karşıdaki bireyi uyarmak için bir işarettir. Bireyin kırıldığı, incindiği, engellendiği veya bir şeylerin yolunda olmadığını gösterir. Öfke, karşılanmamış gereksinimleri anlatır ve "istediğimi elde edemiyorum" iletisini taşır.

*C-Öfke, süregelen davranışı ortadan kaldırır veya engeller;* Davranışın engelleyicisi olarak öfke, bireyi asıl amacından başka yöne yönlendirir. Birey, yapması gereken asıl iş yerine, dikkatini başka bir yöne ya da nesneye yöneltir ve böylelikle kendisine ikincil bir kazanç sağlamaya çalışır.

*D-Öfke, başkalarına karşı olumsuz duyguların açıklanmasını kolaylaştırır;* Birey, öfkesini ifade ederken, bağırıp çağırıp söylenerek, diğerlerine karşı hissettiği olumsuz duyguları da ifade etme şansı yakalar. Sanılanın aksine öfkenin ifade edilmesi, karşı taraf ile ilişkileri zedelemekten çok ilişkiyi güçlendirdiği, ilişkinin daha sağlıklı ve anlamlı olmasına yardımcı olduğu bildirilmektedir (Burns 2006, İmamoğlu 2003).

*E- Öfke bir savunmadır;* Öfke belli sınırlar içerisinde kişiliği koruma, saygınlık kazandırma ve bu saygınlığı sürdürme işlevine sahiptir (Köknel 1986). İlişkilerde ortaya çıkan çatışmaların bir ürünü olarak oluşan anksiyeteyi değiştirerek egoyu koruma görevi görür. Ayrıca, bireyin benlik sınırlarının ve benlik saygısının korunmasına, böylece sağlıklı ilişkiler kurulmasına yardımcı olur (Cüceloğlu 1991, Terakye 1998, Thomas 2004).

*F- Öfke bir haklılık algısıdır;* Öfke bireyin, haklı olduğu, engellendiği ve adaletli olduğu duygusunu sürdürmesine olanak verir (İmamoğlu 2003, Kısaç 1997).

## **II. 2. ÖFKE DUYGUSUNUN NEDENLERİ**

Öfke, tüm insanların zaman zaman yaşadığı bir duygudur ve her zaman bir nedeni vardır. Tüm bireylerin öfkelenme nedenleri temel olarak benzerdir. Her dönemin kendine özgü engellemeleri vardır. Çocuklukta; eğitim, törel yaptırımlar,

çocuğun istekleri karşısında konulan yasaklar, ergenlikte; bir taraftan aileden kopmak, bağımsız olmak isterken, diğer taraftan güvensizlik ve yetişkin desteğine duyulan ihtiyaç, yetişkinlikte; çeşitli mücadele durumları, sorumlulukların getirdiği zorunluluklar, başkaları tarafından kendisine saygısızca ya da haksız biçimde davranıldığını hissetme, gerek aile veya arkadaşlar ve gerekse toplum tarafından reddedilme duygusu, aile-evlilik ilişkilerinin gerginleşmiş olması en belirgin öfke nedenleridir. Orta ve daha ileri yaşlarda daha çok, gelecekle ilgili kaygılar, yanlış bilgilendirilme, güvensizlik ve bunun getirdiği belirsizlik, kronik ve yoğun biçimde tükenmiş olma, yaşın getirdiği sınırlamalar ve engellenme duyguları ile bireyler öfke yaşarlar (Berkowitz 1990, Erözkan 2006, Kısaç 1997, Thomas 2004, Solmuş 2004).

Engellenmeler, her durumda şiddetli öfke tepkilerini ortaya çıkarmazlar. Engellenmenin kasıtlı olarak yapılmadığı, bir kaza sonucu gerçekleştiği düşünülür ya da durum böyle algılanırsa birey daha az öfkelenir (Berkowitz 1990). Öfke duygusunun birçok nedeni olmakla birlikte, bireylerde daha önce öfke yaratan durumlar her zaman için öfke nedeni olmayabilir. Öfke duygusunun ortaya çıkmasında, sosyal ve bilişsel yapılanmalarla birlikte birçok durumsal etkende etkili olabilmektedir (İmamoğlu 2003, Kısaç 1997).

Beck'e (2004) göre de, kıskırtma ve tehdit, öfkenin temel nedenlerindedir. Öfke tepkisinin gücü, değer yargıları, benlik saygısı ve beklentiler gibi bilişsel etkenler tarafından etkilenir (Berkowitz 1990, Burns 2006, Köknel 2000). Bireyin düşünce yapısı, olayları algılama, yorumlama ve duyguların ortaya çıkmasında, belirleyici bir ölçüttür. Bireyin çevresine ait, akılcı ve gerçekçi olmayan inançları, algılamaları ve yorumları, kişiliğe yönelik saldırı ve engellenme olarak algılandığı zaman, yoğun öfke yaşanmaktadır. Bu nedenle öfke duygusunun düşünce yapısından doğrudan etkilendiği belirtilmektedir (Burger 2006, Burns 2006, Özer 1994).

Öfkenin genellikle içsel uyarlardan, düşünce ve duygulardan kaynaklandığı belirtilirken (Burns 2006, Burger 2006), Deffenbacher ve Stark (1992) da öfkenin belirli dışsal olaylardan kaynaklandığını savunmaktadır. Bireyin mükemmeliyetçi kişilikte olması, çevresi tarafından kabul edilme ve

onaylanma ihtiyacını yoğun olarak yaşaması, bireyin kendini aşırı kontrol etmesine ve en iyiyi yapma adına aşırı şekilde istekli olmasına neden olduğunda, beraberinde öfke duygusunun yaşandığı da belirtilmektedir. Kişisel mükemmeliyetçilik, kişinin kendisini ispatlama, çevre tarafından onaylanma isteği ve başkalarının gözündeki kişilik değerinin düşmemesi gerektiği gibi bir düşünce biçimine de rastlanmıştır. Bu düşüncelere bağlı olarak bireyin kendisini aşırı kontrol etmesi ve “ben en iyisini yapmalıyım” gibi bir eğilim içinde olması sonucunda da öfke duygusunun yaşandığı saptanmıştır (Baltaş ve Baltaş 2004, Köknel 1986, Özer 1994).

Hastalık hali ve hastaneye yatma deneyimlerinde de bireyler öfke duygusu yaşamaktadırlar. Birey hastalığına duyduğu öfke yanında, hastalığından kaynaklanan sonuçlara da öfke duymaktadır. Hasta olma rolü, bakıma gereksinim duyma, ağrı, bedensel değişiklikler, ne yapacağını bilememe, yakınlarından uzak ve yabancı bir ortamda bulunma, günlük yaşamdan kopma, belirtilere yönelik tedavi yapıldığı halde kendisiyle bireysel olarak ilgilenilmemesi sonucunda, birey değersizlik ve yetersizlik duyguları yaşamaktadır. Hissedilen kontrol kaybının yanı sıra, hastalıktan kaynaklanan değişikliklerle başedememe sonucunda, hasta bireyler, biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüklerine yönelik tehdit algılamaktadırlar. Tüm bunlar, bireyin benlik saygısının zedelenmesine, görevlilerin hastanın yaşadığı duyguları anlamaması durumunda iletişim sorunlarının yaşanmasına ve sonuçta hasta bireyin tedaviyi reddetme gibi öfke tepkilerine neden olmaktadır (Doğan, Güler ve Kelleci 2001, Terakye 1998, Thomas 2004).

### **II. 3. ÖFKE KAVRAMINA İLİŞKİN KURAMSAL GÖRÜŞLER**

#### **Psikodinamik Kurama Göre Öfke**

Freud, öfkeyi dürtüsel olarak tanımlamaktadır ve öfkenin sağlıklı olarak davranışa dönüşümü olan saldırganlığın, "ölüm içgüdü" olarak adlandırdığı biyolojik bir temele dayandığını öne sürmüştür. Freud'a göre saldırganlık, doğuştan gelen bir özellik olarak kontrol altında değildir ve ölüm dürtüsünün bir ifadesidir. Saldırgan davranış ifade edilmediği takdirde, belirli türden bir enerji

olarak içte kalacağını savunan Freud, birçok davranış bozukluklarının, ifade yolu bulamamış saldırganlık eğiliminden kaynaklandığını ifade etmiştir. Dürtü gücü nedeniyle, kişiler zarar verici davranmaya ve öfkeye eğilimlidir. Bu güdü başlangıçta kişinin kendine yönelikken, sonradan dış dünyadaki nesnelere yönelir (Burns 2006, Cüceloğlu 1991, Çam ve Baysal 1996, Olmuş 2001).

Öfke duygusu, bir hareketlenme, yaratıcı bir yaşantı ve bütünleşme olarak ta değerlendirilmektedir (Çam ve Baysal 1996, Burger 1996, Olmuş 2001). Horney ise Freud'un saldırganlık yaklaşımını eleştirmiş, saldırganlığı "kendini ortaya koyma" eğilimi olarak adlandırmış ve her türlü kendini ortaya koyma edimini, yaşama ve kendine yönelik olumlu, taşkın ve yapıcı tutumun dışavurumu olarak görmüştür (Horney 1998).

### **Bilişsel Kurama Göre Öfke**

Bilişsel kurama göre öfke, tüm diğer duygular gibi, bilişlerle yaratılır. Duygusal tepkiyi yaratan, olumsuz olay değil, bireyin bu olay hakkındaki algıları ve düşünceleridir (Burns 2006, Eatough ve Smith 2006).

Bu kurama göre, kişinin sahip olduğu olumsuz düşünceler, düşünce sistemi ve mantıkdışı inançlardan kaynaklanmaktadır. Bu düşünceler ve inançlar, bireyin içinde yaşadığı sosyal ortamda sosyalleşme süreci içerisinde gelişen inançlardır. Bir başka ifade ile öfke yaratan olay ortaya çıktıktan sonra, o olayı veya durumu yorumlama ve tepki belirleme, kişinin daha önceki yaşantıları, edindiği bilgileri ve olayla ilgili çağrışımları tarafından belirlenir. Ellis ve Harper'e (2005) ve Burns'a (2006) göre öfke, bireyin düşünceleri, felsefesi ve inançlarından, özellikle mantık dışı inançlarından doğmaktadır. Bir anlamda öfke biliş düzeyinde yaşanmaktadır.

Bireylerin psikolojik, sosyal, eğitsel, mesleki ve fiziksel işlevlerinde öfkenin önemi, kaygı ve depresyon gibi diğer duygusal sorunların önemine eşdeğerdir. Bireyler, kendileri ve yaşamla ilgili inançları nedeni ile pek çok uyaran durumunu tehdit olarak algıladıklarında kaygılanmakta, öfkelenmekte ve öfke ifadesi içeren tepkiler göstermektedirler. Genel olarak uyaran düzeyinin güçlü olması ya da tehdidin bireyi öfkelenmeye yönelten bir anlam taşıması,

beraberinde daha belirgin bilişsel değerlendirme süreçlerinin oluşturulması zorunluluğunu getirmektedir (Burns 2006, Erözkan 2006, Ellis ve Harper 2005).

### **Sosyal Öğrenme Kuramına Göre Öfke**

Öfke duygusunun oluşumunda ve öfke tepkilerinin ortaya çıkmasında, sosyal kazanımlar ve bilişsel unsurlar önemli bir role sahiptir. Öfke duygusu aslında, olaydan ziyade kişinin olaya yaklaşımı, olaya karşı tavır ve tutumlarından kaynaklanır. Kişinin sosyal ve bilişsel tutumları, değer yargıları, düşünce tarzı öfkenin ortaya çıkmasını belirlemekle birlikte, öfke tepkilerini de belirlemektedir (Burns 2006, İmamoğlu 2003, Özer 1994).

Bu kurama göre, bireyin öfke tepkisinin oluşması ve şekillenmesinde, yetiştiği ortamın ve yakın çevresindekilerin, uygulanan ödül ve cezaların büyük önemi vardır. Bu teoremin temeli uyarı ve tepki ilişkisidir. Davranışlar ödüllendirme ile öğrenilir ve şartlandırılabilir, şekillendirilebilir. Birey, kültürü içinde öğrendiklerine göre tepki verir (Horowitz ve Hansjoergt 1999, Olmuş 2001).

### **II. 4. ÖFKENİN İFADE EDİLMESİ**

Öfke duygusu, ifade edilme biçimine göre yorumlanmaktadır. Öfkenin nasıl ifade edildiği konusunda bireyler arasında önemli farklılıklar bulunmakla birlikte, bazı bireyler öfkelerini içte tutarken, bazıları da dışa yönlendirmekte, bazı bireylerse çeşitli savunmalarla kontrol etmeye çalışmaktadırlar. Her bireyin, sosyalleşme süreci içerisindeki kazanımlarıyla kendine özgü düşünce yapısı, kişilik özellikleri ve durumsal koşullara uygun öfke ifade etme şekilleri gelişmektedir. Bu ifade şekilleri öfke-içte, öfke-dışta ve kontrol edilen öfke değişkenlerince ölçülmektedir. Spielberger, öfke ifade etme tarzlarını; öfke-içte, öfkeli düşünce ve duyguları bastırma eğilimi; öfke-dışta, öfkenin çevredeki nesne ya da insanlara yöneltilerek saldırgan davranışlar gösterme eğilimi; kontrol edilen öfkeyi de öfke duygusunun ya da öfkenin ifade edilmesini önleme, kontrol edebilme yeteneği olarak tanımlamaktadır.

Öfke ifadesi sırasında, kişinin iç dünyası ve öfke duygusunu ifade ederken kurduğu iletişim içeriği oldukça önemlidir (Horowitz ve Hansjoerg 1999). Bireyin, bir durumu öfke nedeni olarak algılaması ve yorumlaması gibi vereceği öfke tepkileri de bilişsel yapılanmalarıyla birlikte sosyalleşme süreci içerisinde öğrenilen, toplumsal beklenti, norm ve değerlerden etkilenmektedir (Burger 2006, Gençtan 2004, İmamoğlu 2003, Thomas 2004).

Yapıcı olarak öfkenin ifade edilmesi için, duyguların konuşulması gerekir. Öfkenin boşalması, gerginliği azaltarak daha yapıcı tartışmaya gitme olanağı sağlar (Çam ve Baysal 1996). Öfkeyi bireyin kendine yakıştıramaması ya da bireyin kontrolünü yitireceğinden korkması sonucunda, birey duygularını açıkça ifade edemeyerek duygularını bastırma, konuşmama ya da yansıtma yolunu tercih edebilmektedir (Çam ve Baysal 1996, Özmen 2004). Sosyal ilişkilerinde öfkeli oldukları halde öfkelerini ifade etmeyen bireyler, ilişkilerinde çeşitli zorluklar yaşamakta, içlerinde kırgınlık, kızgınlık ve gücensizlik hissetmekte, hatta kin besleme boyutuna kadar yoğun duygular içerisine girmektedirler. Yaşanan öfke, iletişimi olumsuz yönde etkileyerek kişiler arası ilişkilerde bozulmaya, etkin olmayan sorun çözmeye ve sosyal geri çekilmeye neden olabilmektedir (Deffenbacher, White ve Lynch 2004).

Öfkenin ifade edilmemesi, öfkeyi ortadan kaldırmaz, aksine bastırılan öfke beklenmedik bir anda daha kontrolsüz ve abartılı şekilde ifade edilebilir (Deffenbacher, White ve Lynch 2004). Smith (2006) ifade edilmeyen ve sürekli hale gelen öfkenin en büyük riskinin, bireyin sağlığını kötü etkilemesi olduğunu belirtmektedir. Yapılan çalışmalar, öfkesini bir alışkanlık olarak baskılayan bireylerde, sistolik ve diastolik kan basıncında artma ve koroner kalp hastalıklarında artış olduğunu göstermektedir. Öfkesini içinde tutan bireylerin koroner kalp hastalığı için büyük bir risk grubu oluşturduğu da kabul edilmektedir (Baltaş ve Baltaş 2004, Erkek, Özgür ve Gümüş 2005, Sala 1997, Vural ve Başar 2006). Ayrıca, bastırılmış öfke, depresyon, mide ülseri, yüksek tansiyon, koroner kalp hastalıkları, baş ağrısı gibi psikosomatik semptomların ortaya çıkmasına neden olabilmekte ve uygun olmayan edilgen saldırgan davranışlarla ifade edilebilmektedir (Bongoard ve Absi 2003, Cüceloğlu 1991, Gençtan 2004,

Nicholson, Gramling, Ong ve ark. 2003, Özer 1994, Özmen 2004, Venable, Carlson ve Wilson 2001).

Birey, öfkesini sağlıklı ifade edemediğinde, engellenmenin ortaya çıkardığı gergin ortamdaki uzaklaşmak için, engellenmeyi ortadan kaldıracak çözümler aramayı seçmektedir. Bu durumda birey öfkesini başkalarına içgeli sözler söyleme, sık sık tartışma, kapıları çarpma, bir yerlere yumruk atma, kötü sözler söyleme, sınırlarına hâkim olamayarak kavga etme gibi davranışlarla dışa yöneltebileceği gibi, öfkesini bir başkasına yönelterek onlara sataşım, kabahat bularak edilgen saldırgan şekilde de ifade edebilmektedir. Bu durum yansıtımlı başetme olarak adlandırılmaktadır. Yansıtımlı başetmede, birey öfkesini başka birini suçlamak yoluyla yansıtarak dışsallaştırmaktadır (Farrel 1992, Özer 1994, Sala 1997).

Öfke ifade edilmediğinde psikoanalitik kuramda; suçluluk ve depresyonu beraberinde getirdiği belirtilmektedir (Gençtan 2004, Kaplan ve Sadock 2005, Köknel 2000, Öztürk 2004). Hiçbir şekilde ifade edilmeyerek bastırılan öfke sonucunda ise birey, bu durumla başedemeyerek intihar etmeyi düşünebilmektedir (Koroğlu 2004, Özer 1994, Öztürk 2004, Palabıyıköğlu, Oral, Binici ve ark. 1997, Sala 1997, Terakye 1998).

Yapılan bir çalışmada; kriz merkezine intihar girişimi ile başvuran olguları inceleme çalışmalarında; intihar girişimi olan grubun kontrollere göre sürekli öfke ve öfke dışı vurumlarının yüksek, öfke kontrolü puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Bu veriler, bazen öfke dışı yansıtılmadığı durumlarda kişinin kendisine yöneldiğini desteklemektedir (Palabıyıköğlu, Oral, Binici ve ark 1997).

Öfkenin içe yöneltilerek bastırılması, anlık olarak her ne kadar öfkeyi kontrol altına almaya yardımcı oluyor gibi görünse de, sonuçları itibari ile bireye en fazla zarar veren öfke ifade tarzıdır (Efron 1997, İmamoğlu 2003, Thomas 2003).

Öfkenin ifade edilmesinin bir diğer yolu da öfkenin kontrol edilmesidir. Öfkenin kontrolü, zannedildiği gibi öfkenin bastırılması ya da tepki verilmemesi anlamına gelmemektedir. Aksine, daha sakin ve mantıklı şekilde, daha etkili olarak öfke yaşantısının oluşturduğu olumsuz duygulanım ile başetmeyi



sağlayacak sorun çözüme, iletişim becerilerini kullanma gibi yöntemleri kapsamaktadır (Baltaş ve Baltaş 2004, İmamoğlu 2003, Kısaç 1997, Thomas 2004, Üstün ve Yavuzarslan 1995).

Öfke mantığa bürüme, bastırma, inkâr gibi savunma mekanizmaları ile de kontrol edilebilir. Bu durumda birey başkalarına karşı sabırlı davranır, öfkesi kontrolden çıkmadan kendini durdurabilir, sakinleşme yollarını düşünür, hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışarak duygularını ve davranışlarını kontrol etmeye çalışır. Sakin ve sabırlı yaklaşım, iletişimi engelleyebilecek olan öfke ve gerginliği yatıştırdığı için yapıcı bir davranış olarak kabul edilir. Öfkenin kısa süreli olarak mantığa bürüme, bastırma, inkâr gibi savunma mekanizmaları ile kontrol edilmesi o an için faydalıdır fakat, birey duygu yoğunluğu azaldıktan sonra bu duygu tekrar ele alınmalıdır. İfade etme biçimi nedeni ile olumsuz olarak yorumlanan öfke duygusu için istenilen, bireyin öfkesini kontrol etmesi fakat sonrasında açıkça konuşarak sorunu çözümlenmeye çalışmasıdır (Gençtan 2004, İmamoğlu 2003, Köknel 2000, Özer 1994, Sala 1997).

## **II. 5. ÖFKE İFADESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Öfkenin ifade edilme şekli ve kontrolü, kültürel özelliklere ve beklentilere, öğrenilmiş davranışlara, bireyin ailesinin davranış şekillerine, eğitim durumuna, yaşa ve cinsiyete göre değişmektedir.

Sosyal öğrenme kuramına göre davranışlar, sosyalleşme süreci içerisinde sosyal öğrenme ile şekillenir. Öfke tepkilerinin belirlenmesinde kuşkusuz en önemli değişken aile değişkenidir (İmamoğlu 2003, Olmuş 2001, Özmen 2004). Kişi olgunlaşırken, öfkenin nasıl sosyal olarak kabul gören yollardan aktarılacağını öğrenir. Çocukluk döneminde hoşnutsuzluk ve öfke, ısırma, tepinme, bir nesnenin atılması biçiminde doğrudan dışa vurulur. Yaş ilerleyip çocuk toplumsallaştıkça, bu tür anlatım biçimi kimi kez denetim altına alınır, kimi kez de yön değiştirerek ortaya çıkar (Gençtan 2004, Köknel 2000). Çocuklar öfkelerini açık ve doğrudan ifade ederler. Bu sebeple öfkelerini yenemeyen, onları kontrol edemeyen ve olduğu gibi ortaya kayan kimselerin duygusal açıdan olgunlaşmadıkları kabul edilir (Baltaş ve Baltaş 2004).

Öfke ifadesini etkileyen bir başka değişken de cinsiyet değişkenidir. Birçok araştırma sonucunda, kadınların öfkelerini kontrol ettikleri ya da bastırdıkları, erkeklerin ise ifade ettikleri görülmüştür. Birçok kültürde, kadınların, mutluluk, üzüntü ve korku gibi duygularını ifade etmeleri beklenirken ("izin verilirken") öfke ve gurur gibi duyguları ise göstermemeleri ("bastırmaları") istenir. Erkekler için ise tam tersi bir durum söz konusudur. Kadınların, öfkelerini ifade ettiklerinde kişilerarası ilişkilerine zarar verecekleri düşünülürken, erkeklerin ise öfkelerini yansıttıkları oranda "güçlü" ve daha önemli bir konum sahibi olacaklarına inanılır, bu öfkenin kişilerarası ilişkilerine nasıl yansıtacağı; bir başka deyişle zarar verip vermeyeceği göz ardı edilir (Baltaş ve Baltaş 2004, Gençtan 2004, Lerner 2004).

Kadınlar öfkelerini uykuya eğilim, depresyon gibi yollarla ifade etme eğilimi gösterirken, yapılan araştırmalar kadınların öfkelenmeye erkeklerden daha az yatkınlık göstermediklerini, erkekler kadar sık ve erkeklerle aynı yoğunlukta öfkelenediklerini bildirilmektedir (Lerner 2004). Ayrıca öfkelerini erkekler kadar açık bir şekilde ifade ettikleri, tek farklılığın kadınların erkeklerden daha sık ağlamaları olduğu da belirtilmektedir. Öte yandan, kadınların öfkelerini açıkça ifade etmeleri hoş karşılanmadığı için içlerine atıp baskılamaya çalıştıklarını ya da somatik yakınmalarla ifade ettiklerini savunan çalışmalar da vardır (Efron 1997, Lerner 2004, Sala 1997, Thomas ve Williams 1995).

Eğitim, öfke ifade biçimlerini etkileyen bir diğer etkidir. Hem kadınlarda hem erkeklerde, eğitim seviyesi arttıkça öfke kontrolünün de arttığı, eğitim seviyesi düştükçe, öfkenin semptomlarla ifade edilmesinin arttığı saptanmıştır (Berkowitz 1990, Çam ve Baysal 1996, Deffenbacher ve Stark 1992, Sala 1997, Thomas 2004).

Birey, yaşadığı kültürün davranış kalıplarını içselleştirmekte, kültüre uygun, kültürün beklentileri doğrultusunda davranış kalıpları geliştirmektedir. Birey, grubundan dışlanmamak, kabul görmek adına beklentilere uygun davranmak durumundayken, öte yandan, birey çocukluktan itibaren çevresini gözlemleyerek, model aldığı kişilerin davranışlarını yaşam içerisinde

kendiliğinden içselleştirmektedir (İmamoğlu 2003, Kısaç 1997, Özmen 2004, Terakye 1998).

## **II. 6. ÖFKE DUYGUSUYLA BİRLİKTE GELİŞEN BİYOLOJİK VE FİZYOLOJİK TEPKİLER**

Öfke; fizyolojik değişimlerle birlikte hissedilir. Öfkenin fiziksel işaretlerinde: uyarıcı, duyguyu harekete geçirir, stres ve gerginlik başlar (Bilge ve Ünal 2005). Birey öfke yaratacak herhangi bir duruma maruz kaldığında, vücutta biyokimyasal olarak bazı değişiklikler ve bedensel reaksiyonlar ortaya çıkmaktadır. Öfke durumunda, endokrin sistemi ve otonom sinir sisteminde değişimler görülür. Duygu ve heyecanlanmalar, limbik sistem ve bu sistem içindeki hipotalamusun çeşitli noktalarının uyarılması sonucu oluşur. Öfke anında hipotalamus ve ön hipofizden salgılanan adrenalin ve noradrenalin sayesinde otonom sinir sistemi aktive olur, sempatik sinir sistemindeki bütün organları harekete geçirir (İmamoğlu 2003, Uğur 1994).

Öfke ve saldırganlıkla ilgili amigdala, duyguların kontrolünden sorumlu beyin alanıdır ve limbik sistemin bir parçasıdır. Saldırganlık gösteren hayvanların amigdalaları çıkarıldığında, hayvanda önceki halinin karşıtı bir durumun, sakinlik halinin ortaya çıktığı gözlenmiştir. Yine bu bölgede oluşmuş olan bazı tümörlerin aşırı saldırganlığa yol açtığı belirtilmektedir (Uğur 1994). Santral serotonin içeren nöronlardaki lezyonların, beyindeki serotonin miktarını azaltarak, hem yıkıcı hem de duygusal saldırganlığı ortaya çıkardığı belirtilmektedir (Önder ve Dilbaz, 1994).

Beden için ek bir stresör olan öfke, ortaya çıkardığı biyokimyasal, fizyolojik ve psikolojik değişimler nedeni ile sağlık açısından önemlidir. Hormonal etkilerin bronşların, gastrointestinal sistemin ve mesanenin düz kaslarını gevşetmesi sonucunda, solunum hızı ve derinliği artar, gastrointestinal sistemin işlevleri yavaşlar ve mesanede idrar tutulumu görülür. Periferik damarlarda ve böbrek arteriollerinde vazokonstriksiyon gelişir ve kan dolaşımı merkezi organlara doğru artar. Kardiak atım ve periferik vasküler direncin artmasına bağlı olarak kan basıncı yükselir, nabız hızlanır. Öfke anında pupillerde genişleme olur. Öfkelenildiği zaman kas geriliminin yanı sıra yağ asitlerinin ve

şekerin kandaki oranı, vücut depolarının mobilize olması ve karaciğerdeki glikojenin glikoza çevrilmesiyle artar (İmamoğlu 2003, Uğur 1994).

Öfke duygusunun fiziksel belirtilerine bakıldığında ise; yoğun sıkıntı, kaş hareketleri, kaşların çatılması (çatık, düşmüş), ters ters bakmak, surat asmak, kas geriliminin artması, vücudun çeşitli bölgelerinde seğirmeler olması, titreme ve üşüme, yorgunluk, diş gıcırdatmak, yumruklarını sıkmak, hareketlerin hızlanması, kontrol kaybı, uyuşma, tıkanma, terleme, geri çekilme, ses tonu değişikliği, solunum hızı ve derinliğinin artması, enerji artışı ve yüzde kızarmadır (Sala 1997, Uğur 1994).

## II. 7. ÖFKE VE FİZİKSEL HASTALIKLAR

Öfke, uygun bir şekilde ifade edilemediğinde de bireyin sağlığında olumsuz değişmelere neden olabilmektedir. Literatürde belirtildiği gibi hipertansiyon, koroner arter hastalığı, kanser, depresyon, madde kullanımı gibi bir çok hastalığa yol açmaktadır (Çam ve Baysal 1996, Üstün, Akgün ve Partlak 2005).

Fizyolojik uyarılmışlık ile öfkeyi boşaltma amacıyla yapılan eylem sonucunda, birey eski duygusal ve biyokimyasal durumuna tekrar döner. Bu durumda öfke duygusunun hissettirdiği enerjiyi boşaltan eylemin istenilir olması önemlidir. Fakat bazen öfkenin uygun olan açık ve doğrudan ifade edilme şekli yerine, öfke bastırılarak ya da içe atılarak kontrol altına alınır. Bu durumda vücutta oluşan bu tepkiler uzun süreli devam ederse yüksek tansiyon ve kas ağrıları oluşturur (Uğur 1994).

Diğer yandan yükselen yağ ve şeker düzeyleri koroner damarların kenarlarında arteriosklerotik tabakalar oluşturur. Koyulaşan kan ise pıhtıların oluşmasına neden olarak koroner arter hastalığı gelişmesi için ortam hazırlar. Kardiyovasküler tepkiler korku, kaygı, üzüntü gibi duygulara göre öfke duygusunda daha yüksektir. Bireyin iş yaşamındaki zorlanmalar sonucunda olumsuz psikososyal etkenlerin artmasıyla birlikte öfke duygusunun hissedilmesi, ansiyete bozuklukları ve depresyon riski artmakla birlikte, kardiyovasküler hastalıkların riski de artmaktadır.

Öfkenin uzun süreli ve yoğun olarak yaşanması ve uygun bir biçimde ifade edilmemesi sonucunda, bireylerde yorgunluk ve anksiyetenin eşlik ettiği psikosomatik hastalıklara yatkınlık artmaktadır. Bunun sonucunda özellikle kalp damar hastalıkları, yüksek tansiyon, migren, ülser ve baş ağrısı gibi hastalıklar ortaya çıkmaktadır (Douglas ve Dolnak 2006, Erkek, Özgür, Gümüş 2006, Martin ve Dahlen 2005, Soykan 2003, Vural ve Başar 2006). Sosyal desteğin varlığı ve gücü, bireylerin olumlu duygular hissetmesini ve olumsuz duygularla başatmasını kolaylaştırmaktadır (Williams, Barefoot, Blumenthal ve ark. 1997, Boltwood, Taylor ve Burke ve ark. 1993).

Öfke, sözel davranışlarla yıkıcı bir şekilde ifade edilince kan basıncının yükseldiği, hipertansiyon riskinin arttığı, sigara ve alkol kullanımının arttığı (Burns, Bruehl ve Quartana 2000, Davidson, MacGregor, Stuhj ve ark. 2000, Everson, Goldberg, Kaplan ve ark. 1998, Gabbay, Krantz, Kop ve ark. 1996, Krantz, Olson, Francis ve ark. 2006, Vural ve Başar 2006), bununla birlikte öfkenin baskılanmasının da kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı saptanmıştır (Anderson, Metter, Hougaku ve ark. 2006, Bongoard ve Absi 2003).

## **II. 8. ÖFKE-DEPRESYON-ANKSİYETE İLİŞKİSİ**

Thomas'ın (2004) aktardığına göre Adler (1956) depresyonu, “sessiz öfke nöbeti” olarak tanımlamıştır. Depresyon ile öfke arasındaki ilişkiye en geniş biçimde psikanalitik kuramda değinilmiştir.

Psikanalitik kurama göre depresyonun nedeni, öfkenin içe atılması, bastırılmasıdır. Öfkesini içe atan bireyler, öfke yaratan durum ya da olayla ilgili düşüncelerini ve duygularını inkâr etme eğilimine girer. Tam tersi şekilde yani öfkesini dışa vuran birey, öfke yaratan durumlarda öfkesini kendine yönlendirmek yerine diğer insanlara ve nesnelere yöneltirler. İfade edilemeyen, bastırılan öfke depresyona neden olmakta, öfkenin içe atımı arttıkça depresyon düzeyi de artmaktadır. Ayrıca, depresif duyguların düşmanlık ve öfke doğurduğu ve depresif bireylerin de öfke ve düşmanlık duygularını daha fazla sergiledikleri de belirtilmektedir (Berkowitz 1990, Özer 1994). Freud, yas ve depresyonu gerçek veya simgesel kayıpların tetiklediğini öne sürerek, depresif hastalardaki suçlanma

ve intihar düşüncelerini kaybedilen nesneye karşı duyulan öfkenin, kendine zarar verme isteği şeklinde bireyin kendisine yöneltmesiyle açıklamıştır (Bilge, Ünal 2005, Öztürk 2004, Türçapar, Güriz, Özel ve ark. 2004).

Bu kurama göre, anksiyetenin cinsel enerjinin dönüşümünden ortaya çıktığı görüşü terk edilmiş olsa da, değiştirilmiş bir yorum olan öfkenin içe yönelmesi modeli klinik tanımlamalarda günümüzde hala kullanılmaya devam etmektedir. Modelin bu uzun süren geçerliliğinin bir nedeni de pek çok depresif hastada klinik olarak gözlemlenen kendine güvensizlik ve öfkenin dışarıya yöneltilmesindeki yetersizliğe uygun olmasıdır (Türçapar, Güriz, Özel ve ark. 2004, Thomas 2004).

Tüm bireylerin ruh sağlığını doğrudan etkileyen, çevresindeki bireylerle olan karşılıklı iletişimle öfke kontrolü sağlanamadığında; depresyon ve anksiyeteye ilişkili olduğu belirtilmektedir. Öfke duygusunun ifade edilmesi bilişsel yapılanmalardan doğrudan etkilendiğinden, olumlu bilişsel yapılanmalarla bireyin olumlu başetme davranışları gösterebildiği gibi, bireyin olumsuz bilişsel yapılanmalarıyla öfke duygusuyla sağlıklı başedemeyeceğinden depresyon ve anksiyete bozuklukları yaşayabilecekleri bildirilmektedir (Martin ve Dahlen 2005). Birey öfkesini sağlıklı kanalize edemediğinde birçok fiziksel hastalığın yanı sıra, alkol kullanımının artması gibi etkisiz başetmelerle birlikte, bireyin çevresindekilerle ilişkilerinin zarar görmesi gibi durumlarla daha sık karşılaştığı da saptanmıştır (Deffenbacher, Oetting, Lynch ve ark. 1996). Depresyon ve anksiyete bozuklukları toplumda en sık karşılaşılan ruhsal sorunlardır. DSM-IV-TR ekinde anksiyeteli depresif durumların yer alması, anksiyöz ve depresif bilişlerin, büyük bir yaşam olayı ile karşılaşan kişide aynı anda ortaya çıkabileceği kabul edildiği gösterilmektedir. Anksiyöz depresyon, depresif durumlarda anksiyetenin görülme sıklığına, özellikle depresyon daha hafif olduğunda daha da belirgindir (Aina ve Susman 2006). Bazı depresyonların anksiyeteye verilen etkin olmayan yanıtlar şeklinde geliştiği de belirtilmektedir (Aina ve Susman 2006, Kaplan ve Sadock 2005).

Öfke, anksiyete ile birleşen bir güçsüzlük duygusu olarak ta değerlendirilebilir. Öfkede bir engellenme, karşılanmamış beklentiler ya da benlik

saygısının zedelenmesi söz konusudur. Birçok kişi anksiyete yaşadığında ve çaresizlik hissettiğinde öfkelenir. Bireyi öfkeliendiren bir tehlike ya da engellenmeyle karşılaştığında, yaşadığı çaresizlik, güçsüzlük ve yetersizlik duygularının yarattığı anksiyeteye başatmak durumundadır. Bu durumla sağlıklı başedilemediğinde, öfkeyle birlikte ortaya çıkan anksiyete sağlıklı ele alınmadığında, bireyin enerjisi tükenir, davranışlarının kontrolü güçleşir. Öfkenin yapıcı davranışlarla ifade edilebilmesi, öfkeyle birlikte ortaya çıkan anksiyeteye sağlıklı başedebilmesi, bireyin ruh sağlığının devamı ve gelişimi için gereklidir.

## **II. 9. HEMŞİRELİK VE ÖFKE**

Sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan hemşirelik mesleği üyeleri, çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile çeşitli engellenmelerle karşılaşmakta ve iş ortamında büyük ölçüde zorlanmaktadır (Arcak ve Kasımoğlu 2006, Görgülü 1990, Özcan 1996, Thomas 2004).

Fox ve Spector (1999), iş yaşamında öfkenin ortaya çıkış sürecine ilişkin olarak dört aşamalı süreci kapsayan bir model öne sürmüştür. Bu modelde yer alan çevresel engelleyici (ilk aşama), çalışanın, hedeflerine ulaşmasını bloke eden herhangi bir durum, kişi ya da olaydır. İkinci aşama, engellenme sonrasında ortaya çıkan durumun, çalışan tarafından nasıl algılandığı ya da değerlendirildiğine ilişkindir. Bu aşamada, engellenmenin keyfi bir biçimde yapıldığına inanılması, ulaşılmak istenen hedefin çalışan için önem derecesi, engelleyicilerin sayısı ve gücü gibi etkenler, bu algılama ve değerlendirme sürecinde etkili olmaktadır. Çalışan, engelleyici etkenin, kendi amaçlarına ulaşmasını engellendiğine inandığı anda engellenmişlik duygusu yaşar (üçüncü aşama). Engellenme yaşantısı, kendisini, yoğun stres, anksiyete, iş doyumunun ve veriminin düşmesi, işten kaçma, işten ayrılma, çalışanlar arası ve kuruma yönelik saldırgan davranışlar, üzüntü hali ile çok yoğun öfke hissedilmesi arasında değişen farklı duygusal tepkilerle gösterebilir. Son aşamada da, kural tanımama, dürtü kontrolünden yoksun olma (ani tepkilerde bulunabilme, öfke patlamaları), yalnızlık duygusu ve sosyal ilişkilere duyarsızlık (umursamazlık) gibi sonuçlar yaşanır. Çalışanın engellenme sürecine vereceği tepkinin yönü ve şiddeti üzerinde

etkili olan bu sonuçlar, çalışanların, kurum kültürüne ve mesleğin profesyonelliğine uygun olmayan birtakım davranışlar sergilemesine neden olabilir.

Günümüzde hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuzlukların etkisiyle, yoğun iş yüküne sahip zor bir meslek olarak kabul edilmektedir (Arcak ve Kasımoğlu, 2006). Öfke; iş ortamında yaşanan engellenmeler, zorlanmalar ve yoğun stresörlere duygusal bir tepki olarak da değerlendirilmektedir (Thomas 2004). Hasta bakımını etkileyen olumsuzluklar, fiziksel iş çevresi ile ilgili koşullar, iş yükü, yetersiz sosyal destek ve hasta yoğunluğu hemşireleri iş ortamında zorlayan başlıca etkenlerdir (Gündüz 2000, Sten, Firth ve Bond 1998, Roberts 2000). Thomas (2004), çalışma ortamının gergin olmasının, organizasyonel süreçte fikirlerinin alınmasında yetersizliğin, ortak hedeflerin yokluğunun, kuruluşlar arasında rekabetin varlığının, hemşirelerin çatışmaya daha eğilimli hale gelmelerine ve yoğun öfke duygusu yaşamalarına neden olduğunu bildirmektedir.

Kurumdaki organizasyon bozukluğu, hizmet içi eğitimin yetersizliği, yeteneğe göre görevlendirilmeme, görev tanımlarının yetersizliği, rol çatışması ve rol belirsizliği, hemşirelerin hasta bakımı dışındaki işlerden de sorumlu tutulması vs. ve tüm bu olumsuzluklara, ödüllendirmede adaletsizlik, ilerlemenin engellenmesi gibi bir takım önlenemez nedenlerin eklenmesi, hemşirelerin iş yaşamını zorlaştırmaktadır (Öztürk 2002, Solmuş 2004, Tatar 2004, Görgülü 1990, Thomas 2003).

Çalışma ortamında, sıklıkla karşılaşılan önemli bir neden de iletişimle ilgili sorunlardır. Örgütsel yapı, görev ve birimler arasındaki dikey ve yatay ilişkiler, iletişim ağı, vb. yapısal sorunlar iletişim sorunlarının yaşanmasına neden olmaktadır (Özcan 1996). Bireylerin özellikle kolay etki altında kaldıkları durumlara daha sık öfkelenedikleri bildirilmektedir (Dickstein 2006). Konum açısından "daha güçlü" durumda yer alan çalışanların, alt düzey çalışanlarında öfke yaratan davranışları adaletsiz olarak algılandığında öfke yaratan durumun sonrasında sorunu yapıcı bir biçimde çözmeye çalışmadıkları ve hatta çalışanları cezalandırdıkları saptanmıştır. Konum açısından daha alt düzeyde yer alan



çalışanların ise, özellikle, eleştirildikleri ya da saldırılara maruz kaldıkları durumlarda daha çok öfke yaşadıkları ve geri çekilmeyi tercih ettikleri görülmektedir. Çalışanın yalan söylediği, hırsızlık yaptığı ve veriminin düşüklüğü gibi nedenlerle suçlanması, haksız yere eleştirilmesi gibi ve haksız bir biçimde davranılmasının en belirgin biçimde öfke yaratan durum olduğu görülmüştür (Fitness 2000).

ICN (2006), hemşirenin çalışma ortamında (örneğin kimyasal, biyolojik ve bedensel risklerle, gürültü, radyasyon ve sürekli tekrarlanan işler), teknoloji kullanımında bakımın ihmal edilmesi ve yeterli eğitim verilmemesi, koruyucu elbise ve iş güvenliği donanımının yetersiz olması, vardiyalı çalışma nedeniyle günlük yaşam alışkanlıklarının bozulması gibi risklerin olduğunu belirtmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü ise, hemşirelerin çalışma ortamında zorlayan başlıca etkenleri; yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile ilgili sorunlar olarak belirlemiştir (Arcak ve Kasımoğlu 2006). Bu olumsuz koşulların ise hemşirelerin duygusal, sosyal ve fiziksel sağlıklarını olumsuz olarak etkilediği ve öfke yaşamalarına neden olduğu bildirilmektedir (ICN 2006, Thomas 2004).

Hemşirelik mesleğinin bir kadın mesleği olması, yaşanan sorunların boyutunu geliştirmektedir. İş yaşamından gelen zorluluklara, ev yaşamında kadın ve anne rolünün getirdiği sorumluluklar eklenmekte ve hemşirelerin çalışma yaşamlarındaki sorunlar, duygu ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu durumun sonucunda hemşireler kendilerini yorgun, zor ve hassas çalışmaktan bunalmış hissedebilmekte, bakım vermekte zorlanabilmektedirler (Aiken, Clarke, Sloane ve ark. 2002, Arcak ve Kasımoğlu 2006, Görgülü 1990, Gündüz 2000, Özcan 1996, Thomas 2003).

Hemşirelerin öfke nedenleri arasında önemli bir etkende şiddet olarak görülmektedir. (Erdem ve Üstün 1997, Libbus ve Bowman 1994, Öztunç 2001). Hemşirelerin çalışma saatlerinde sıkça karşılaştıkları ancak pek fazla dile getirmedikleri şiddet, onların meslekten soğumalarına ve ciddi bir şekilde meslekten

uzaklaşmalarına neden olan psikolojik, fiziksel ve sosyal boyutta bir sağlık riski olduğu bildirilmektedir (Arcak ve Kasımoğlu 2006, Bronner, Peretz ve Ehrenfeld 2003, Carrol 2003, Çam ve Pektaş 2005, Deans 2004, Libbus ve Bowman 1997, Manderino ve Berkey 1997, Oweis ve Diabat 2005 Öztunç 2001, ICN 2006).

Sheldon, Barrett ve Ellington (2006) yaptıkları çalışmalarında, klinik ortamlarda hasta-hemşire-doktor ilişki üçgeninde zor durumlarla başetmelerinde, hemşirelerin duygularının başetme davranışlarını doğrudan etkilediğini saptamışlardır. Skjorshammer (2003); hastane ortamında sağlık profesyonelleri arasında en çok doktorlar arasında yıkıcı öfke davranışlarının olduğunu ve bu durumun hemşirelerin günlük iş yaşamına büyük bir stresör olarak yansıdığını, iş çevrelerinin olumsuz bir atmosfere büründüğünü ve bu durumda kişiler arası ilişkilerin olumsuz olarak devam ettiğini bildirmektedir.

Bireyin yaşadığı öfke duygusunun sıklığı, şiddeti, süresi, bireyin kendisi kadar çevresindeki bireyler içinde oldukça önemli olduğundan, hemşirelerin davranışlarında, öncelikle kendilerini değerlendirmeleri çok önemlidir (Terakye 1998, Thomas 2004). Hemşirelerle yapılan bir çalışmada, öfke düzeyleri yüksek bulunmuştur (Aiken, Clarke, Sloane ve ark 2002). Hemşirelerin, hem kendileriyle benzer skorumdaki iş arkadaşlarına, hem kendilerinden alt düzeydeki çalışanlara hem de yöneticilerine karşı hissettikleri öfke düzeyleri arasında da anlamlı farklılıkların olduğu; yöneticilere yönelik öfkenin diğer iki gruptan daha yoğun olarak hissedildiği vurgulanmaktadır (Fitness 2000).

Çalışanların birbirleri arasında sağlıklı olmayan öfke ifadeleri, literatürde “yatay düşmanlık” olarak değerlendirilmektedir. Yatay düşmanlık, daha çok baskılanan gruplarda, üstlerine doğru belirgin olan öfkenin ifade edilmemesi sonucu, bunu birbirlerine yansıtmaları şeklindedir. Hemşireler çoğunlukla öfkelerini, çalışma arkadaşlarına yansıtılmaktadırlar. Öfkelerini, açıkça sözel tahrip, iğneleyici, küçük düşürücü sözel ifadeler şeklinde göstermektedirler. Edilgen saldırgan davranışlarda ağırlıklı olarak görülebilmektedir. Soğuk sessizliğin, nefretin ve edilgen-saldırgan davranışların, profesyonel gruplardan, kadınlarda daha yaygın olduğunu görülmüştür (Mckenna, Naumai, Smith ve ark 2003).

Hemşirelerin öfke ifadesinde, cinsiyet değişkeni genel toplumda olduğu gibi önemli bir etkidir. Çalışma yaşamında öfkenin, ifade edilip edilmemesi, cinsiyet değişkeniyle birlikte çalışanlar arası hiyerarşi farklılıkları gibi temel etkenlere göre değişim göstermektedir. İş çevresinde öfkeli insanlarla karşılaşıldığında, kadın ve erkek hemşirelerin her ikisinin de kendilerini çoğu zaman güçsüz hissettikleri, çevresel nedenlerden ötürü sürekli savunmaya geçtikleri belirtilmektedir. Erkek hemşirelerin öfkeli olduğunda, kadın hemşirelerden daha fazla saldırgan davranışlar gösterdiği, diğer bireylerinde bulunduğu yerlerde yönetici hemşirelere ya da doktorlara saldırgan davranışlarının kadın hemşirelere göre daha yaygın olduğu bildirilmektedir. Erkek hemşireler, kontrol edilemeyen öfke ataklarından sakındıklarını ifade etmişler ve öfke atakları deneyimlerinden sonra, kendilerini anlamakta güçlük çektiklerini belirtmişlerdir. Bazı erkek hemşireler, kadınlar kadar olmasa da öfkelerini kontrol edebildiklerini de ifade etmişlerdir (Brooks, Thomas ve Dropleman 1996).

Araştırmalar göstermektedir ki; kadınlar erkeklerden daha çok duygularına kapılmakta ve duyguları doğrultusunda hareket etmektedirler. Bu yüzden kadınların duygularını kontrol etmeleri ve özellikle öfkelerini kontrol edebilmeleri, erkeklerden daha önemlidir (Doherty, Orimoto, Theodore ve ark. 1995, Thomas 2004, William 1995).

Hemşireler öfkeli olduklarında haklı olabilirler, ancak haklı yere öfkeli olduklarında, uygun iletişim teknikleriyle, etkin sorun çözme yöntemlerini kullanarak ilgili kişilerle konuşabilmeli, öfkelerini ifade edebilmeli ve öfke duygularının hissettirdiği enerjiyi sağlıklı yönlendirebilmelidirler (Thomas 2004).

## **II. 9. 1. ÖFKENİN HEMŞİRELERİN SAĞLIĞINA YANSIMASI**

Hemşirelerin, çalıştıkları ortamda sağlıklarını olumsuz olarak etkileyebilecek kimyasal, fiziksel ve biyolojik etkenlerle birlikte psikososyal etkenlerle de karşı karşıya oldukları ve bu etkenlerin birçoğunun, hemşirelerin ruhsal, fiziksel ve sosyal sağlıkları üzerinde olumsuz sonuçlara neden olduğu bildirilmektedir (Aiken, Clarke, Sloane ve ark. 2002, Ebrinç, Açikel, Başoğlu ve ark. 2002, Erdem ve Üstün 1997, Görgülü 1990, Tatar 2004, Manderino ve

Barkey 1997, Mynatt 1996). Çalışma yaşamı bireyi, birey de çalışma yaşamını etkilediğinden, bu gelişimin olumlu yönde olması, bireyin sağlığı ve kurumun başarısı için oldukça önemlidir.

Bireyin çalışması, iş ve meslek edinmesi, başkalarıyla ilişki kurması, bir yandan saygınlık kazanmak, öte yandan güven duygusunu pekiştirmek amacıyla sürdürülen çabanın ürünüdür. Bu çaba engellenir ve kısıtlanırsa, bireyin başkalarına duyduğu güven azalır, kaybolur. Beklentilerin gerçekleşmemesi, başkalarına duyulan güvenin azalması, kaybolması düş kırıklığı ve öfke yaratır (Köknel 2000). Doyumlu ilişkilerinse sağlığı koruyucu etkisi vardır, stres altındaki ilişkilerde ise var olan hastalığın artması ya da hastalık görülme olasılığı artar. Sağlık üzerine ilişki sisteminin etkisi, psikofizyolojik düzeneklerle de açıklanmıştır (Dickstein 2006).

Hemşireliğin sorumlulukları fazla fakat, otoriteleri az olan bir meslek olması, çalışanların öfkesini arttırmakta ve duygusal yorgunluğa neden olmaktadır. Bu durumun sonucunda ise hemşirelerin veriminin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Roberts 2000, Steen, Firth ve Bond 1998).

Yüksek sorumluluk ve düşük kontrolün oluşturduğu bu birleşimde, ruhsal sağlıkla birlikte fiziksel sağlık ta olumsuz etkilenmektedir. Bu durumlarda sosyal desteğinde azlığı, ruhsal ve fiziksel hastalık riskini arttırmaktadır. Yapılan bir çalışmada, 130 meslek arasından hemşirelerin, stres ve öfkeyle ilişkili bozuklukların beklenilenden daha yüksek olduğu saptanmış, bu da yüksek sorumluluk ve düşük kontrollü bir meslek grubu olmasıyla ilişkilendirilmiştir. Cheng, Kawacı ve Coakhey (2000) kadın hemşirelerle yaptıkları bu çalışmada, yüksek sorumluluk ve düşük kontrollü meslek çalışanı olmanın sonucunda, hemşirelerin sağlıklarının bozulduğunu saptamışlardır.

Williams, Barefoot ve Bulumenthal (1997), yüksek sorumluluk ve düşük kontrollü mesleklerde çalışanlarda olumsuz duyguların arttığı, sosyal desteklerinin azalmasıyla birlikte, yöneticileri ve iş arkadaşlarıyla yaşadıkları sorunlarla başetmede zorlandıkları belirtmektedir. Bu etkenlerin kardiyovasküler hastalıklar gibi ölüm oranı yüksek pek çok hastalığın riskini de arttırdığını ifade etmektedir.

Bakım vermek profesyonellik gerektirir ve profesyonel olunamadığında hemşirelerde yüksek düzeyde stres, anksiyete, depresyon ve öfke meydana geldiği ve bu durumun mutsuzluk yarattığı bildirilmektedir (Dickstein 2006). İş ortamından kaynaklanan sorunların ve iş stresörlerinin sürekli olması, hemşirelerde fiziksel, ruhsal ve davranışsal bozukluklara neden olabilmektedir (Tatar 2004).

Hemşirelerin öfkesinin, yapıcı hareketlere doğru yönelmediği klinik ortamlarda sık görülmekle birlikte, durmadan yemek yeme gibi içeriye atma ve sürekli yorgunluk hissetme, sorunlar hakkında sürekli söylenmek gibi davranışlar görülebilir. Bu durum fiziksel sağlık sorunları, depresyon ve benliğini kötüye kullanmayla sonuçlanmaktadır (Thomas 2004).

Thomas'ın (2004) aktardığına göre Anderson ve Lawler (1994), bireyler öfkelendiklerinde kendilerini kontrol ederek, atılgan tepkiler gösterdiklerinde, diyastolik kan basıncında anlamlı derecede azalma olduğunu saptamışlardır. Hemşirelerin öfke duygularının hissettirdiği enerjiyi sağlıklı yönlendirebilmeleriyle birlikte, atılgan davranışlar sergilediklerinde, kendi sağlıklarını koruyabilecekler, istenilen düzeyde bakım verebilecekler ve iş doyumları da artacaktır.

Hemşirelerin öfkelerinin sağlıklarına yansımaları incelenirken dikkat çeken bir diğer konu ise bağımlılıktır. Hemşireler, bağımlılık yapıcı ilaçlara kolay ulaşabildiğinden, kimyasal bağımlılık için riskli bir gruptur. Piko (1999), eğitim düzeyi, vardiyalı çalışma, duygusal yük ya da sosyal destek gibi psikososyal ve kuruma ilişkin nedenlerin hemşireleri olumsuz etkilediklerini; öfke duygularıyla başetmede ise sigara içme, aşırı içki tüketme, düzenli olarak sakinleştirici ve uyku hapi kullanma gibi yollara başvurduklarını belirtmektedir. Başka bir çalışmada ise, hemşireler arasında madde kötüye kullanımının giderek arttığı bildirilmektedir (Lillibridge, Cox ve Cross 2002). Trinkoff, Zhou, Storr ve arkadaşları (2000) ve Mynatt (1996) hemşireler arasında madde kötüye kullanımının, sıklıkla düşük benlik saygısı ve depresyonla birlikte olduğunu ve tedavilerinde tekrarlarının sık olduğunu, madde kullanımıyla birlikte hemşirelerin iş yaşamları ile aile yaşamlarının da olumsuz etkilendiğini saptamışlardır.

Hemşirelerin sağlığının bozulması; iş gücü kaybı, verimin düşmesi, kurum ve ülke için ekonomik kayıp, kazaların artması ve hizmet sundukları birey ya da hastaların risk altına girmesine neden olacaktır. Bu nedenle hemşirelerin çalışma koşullarından kaynaklanan risklerin belirlenerek ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesi için çalışmalar yapılırken, öfke duygularıyla sağlıklı başedebilmeleri ve öfke duygularının hissettirdiği enerjiyi sağlıklı yönlendirebilme yeteneklerinin geliştirilmesi ve bu enerjiyi bakımın kalitesini artırmada kullanabilmeleri oldukça önemlidir.

## **II. 9. 2. HEMŞİRELERİN ÖFKESİNİN BAKIMA YANSIMASI**

Hasta bireylere yaklaşımda hemşirelerin, kendi duygularını kabullenmesi, fark etmesi, duygularını kontrol ederek hastaya yardım için kullanması oldukça önemlidir. Sağlık personelinin hizmet verdikleri kişilere yönelik olarak, kendilerinden pek çok olumlu özellik beklenmesiyle birlikte, öfkeleri ile de uygun bir şekilde başetmeleri ve ifade etmeleri gerekmektedir (Terakye 1998, Thomas 2004).

Rosenstein ve O'Daniel (2005), yaptıkları bir çalışmada, hemşirelerin öfkelendiklerinde konsantrasyon ve iletişim güçlükleriyle birlikte, ekip içi iş birliği sorunları yaşadıklarını, hasta hakkında bilgi alışverişiyle ilgili aksaklıklar olduğunu, bir diğer ifade ile iş yerlerindeki ilişkilerin olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. Çalışmada, bu sonuçlarla birlikte tıbbi hataların arttığı, güvenli ve kaliteli bakımın olumsuz etkilendiği, hasta memnuniyetinin azaldığı ve hasta ölümlerinin de arttığı belirlenmiştir. Bu durumların sonucunda, hemşirelerin iş doyumunun azalması ve isteksiz bakım vermesi kaçınılmazdır.

Hemşirelerin öfke duygusunu yönetemediğinde, öfkenin, aynı zamanda tükenmişlikte de; predispozan ya da presipitan etkenler arasında olduğu ve pek çok hemşirenin öfke duygusunu yönetemediğinden tükendiği bildirilmektedir (Thomas 2004). Aiken, Clarke, Douglas ve arkadaşları (2002) yaptıkları çalışmada; hemşirelerin iş doyumunun ve hemşirelerin tükenmişliklerinin, hastaların mortalite hızını doğrudan etkilediğine dikkat çekmektedirler.

Hemşirelerin cinsiyetleri gereği, toplumsal rolleriyle paralel olan öfke ifadelerinde; çekingen davranmakta ve öfkelerini yararlı kullanamamaktadırlar. Hatta öfkeleri, onlar için yıpratıcı olabilmektedir. Hemşireler bakımında, öfkenin sözel olarak ifade edilmesi gerektiğini savunmaktadırlar. Ancak bunu genel yaşamları gibi mesleki yaşamlarında da etkin yapamadıklarında, profesyonellik gereği terapötik iletişimi yönetmekte zorlanmaktadırlar (Thomas 2004). Hemşireler öfkelerini, daha çok bastırmakta ve bastırdıkları hisleriyle başetmeye çalışmaktadırlar. Bununla birlikte, bazı durumlarda açıkça öfke patlamaları yaşamakta veya sıklıkla öfkelerini dolaylı bir şekilde edilgen saldırgan davranışlarla ifade etme davranışı gösterebilmektedirler. Diğer taraftan öfkelerini hiçbir şekilde ifade etmediklerinde içlerinde tutmakta ve benliklerine yönlendirmek durumunda kalmaktadırlar. Kadın hemşirelerin, öfke ifade tepkileri ve öfke yönetimleri, genel toplumdaki kadın davranışlarıyla uyumlu olmakla birlikte, çoğunlukla öfke düzeyleri arttığında, sundukları bakım hizmetlerinin bu durumdan oldukça olumsuz etkilendiği ve sonrasında sıklıkla suçluluk hissettikleri bildirilmektedir (Smith, Droppleman ve Thomas 1996). Bu durum profesyonellikten uzaktır, uygunsuzdur, etik değildir.

Öfke, hastalığa tepkinin en temel basamaklarından da biridir. Hastaneye yatan hastalarda, öfke sık yaşanan bir duygudur. Hemşireler hastanın öfkesini ifade etmesini önlemek yerine öfkenin olumlu işlevlerini yapıcı olarak kullanabilmesi için hastaya yardım edebilmelidir. Hemşirelerin hastalarına öfkelenedikleri zaman, onların öfkelerini ele almak yerine onların tedavi ve bakımlarını yorucu ve bıktırıcı buldukları saptanmıştır. Çoğu zaman böylesi durumlarda, kendilerinin oldukça zorlandıklarını ve kendileri de öfkelenediklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin bu durumları kişisel olarak algıladıkları ve hastayla geçirdikleri zamanı en aza indirdikleri ve hatta bağlantılarını kestikleri görülmüştür. Hemşirelerin çoğu zaman hastaların öfkeli davranışları karşısında şok oldukları ve hastaların gerçeğini anlayamadıkları ve hastadan uzaklaştıkları belirtilmektedir (Thomas 2004). Diğer bir çalışmada ise; hemşireler hastaların öfke ifade eden davranışlarının genellikle hastalıkları ve hastaneye yatmalarına bağlı olarak ortaya çıktığının farkında olduklarını, yaklaşık dörtte biri personelin

tutumunun önemli olduğunu belirttiklerini, ancak nedenlerinin farkında olmalarına karşın öncelikle kendi öfke duygularını sağlıklı ele alamadıklarından, hastaların öfkeli davranışları ile karşılaştıklarında etkili bir yaklaşım ve müdahalede bulunamadıklarını ve duygusal tepkiler verdikleri bildirilmektedir (Doğan, Güler ve Koçak 1999).

Sağlık personelinin kişilik özellikleri, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, özellikle hasta hemşire ilişkisi, hasta memnuniyeti üzerinde oldukça önemli rol oynamaktadır (Yılmaz 2001). Hemşirelik hizmetleri arasında, bireyleri durumları hakkında bilgilendirme ve hastalığa tepkinin öfke aşamasında, öfke kontrolünün öğretilmesiyle birlikte öfke kontrolünün sağlanması da yer almaktadır. Hemşirelerin hasta bireylerle sürekli, kesintisiz ve doğrudan hizmet veren bir sağlık ekip üyesi olduğundan, bu durumlarını fırsat olarak görerek bireylere öfke ve kontrolü ile ilgili eğitim verebileceği belirtilmektedir. Bu bağlamda, yayımlanan hemşirelik girişimleri sınıflandırması (NIC) kitabında da öfke kontrolü için önerilen hemşirelik girişimleri belirlenmiş ve kodlanmıştır (Bilge ve Ünal 2005). Ancak, klinik ortamda çoğu zaman hemşirelerin hastalara öfkelenedikleri ve iyi hasta olmadıklarını belirttikleri de görülmektedir (Caroline ve Bernhard 1994, Degner, Gow ve Thompson 1991).

Hemşireler yaklaşımlarında destekleyici olduklarında ve hastalık durumlarında insanların kendilerini nasıl hissettiğiyle ilgili görüşme yapıldığında, hastayla olan güven ilişkisi daha da güçlenecektir (Farrell 1992). Terapötik ilişkiyi sürdürmek böyle durumların üstesinden gelmekte vazgeçilmezdir. Aynı zamanda terapötik iletişimi sürdürebilmekle birlikte hemşireler, öfkeli ve saldırgan kişilerle karşılaşıldığında, bireyleri bilişsel davranışsal terapi teknikleriyle desteklediklerinde öfke patlamalarının azaldığı görülmüştür (Hollinworth, Clark, Harland ve ark 2005).

Hemşireler kendilerinin ve hastaların öfke nedenlerini tanımlayabilmeli, öfkenin olumlu yönlerinin farkında olmalı, alışlageldiği gibi, öfkenin ifade edilmesini önlemek yerine, nedenlerini bulmaya çalışmalı, atılgan ve güvenli bir biçimde ortaya konulmasını sağlamalıdır (Doğan, Güler ve Kelleci 2001, Smith ve Hart 1994).



### **III. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ**

#### **1.Araştırmanın Şekli**

Bu araştırma, hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **2. Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma, 1Mart–15 Temmuz 2006 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, Ankara Devlet Hastanesi ve Bayındır Hastanesi'nde görev yapan hemşireler üzerinde uygulanmıştır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi 850 yatak kapasitelidir ve 550 hemşire çalışmaktadır. Ankara Devlet Hastanesi 650 yatak kapasitelidir ve 400 hemşire çalışmaktadır. Bayındır Hastanesi 125 yatak kapasitelidir ve 225 hemşire çalışmaktadır.

#### **3.Araştırmanın Evreni**

Araştırmanın evrenini; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bayındır Hastanesi'nde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 550, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 400, Bayındır Hastanesi'nde 225 hemşire çalışmaktadır.

Araştırmada doğrudan hasta bakımının verilmediği ameliyathane ve poliklinikte çalışanlar ile psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler araştırma kapsamına alınmamıştır (n=300). Araştırmada örneklem seçimine gidilmeyerek, evrenin tamamına (toplam 875) ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve çeşitli nedenlerle (doğum izni, raporlu olma vb.) ulaşılamayan hemşireler araştırma kapsamı dışında kalmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmadığını ifade eden 614 hemşire (% 75), araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

#### **4.Verilerin Toplanması**

Veriler, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan “Kişisel Bilgi Formu” ile “Sürekli-Öfke ve Öfke-Tarz Ölçeği” ve “Genel Sağlık Anketi” aracılığı ile elde edilmiştir.

#### **5. Veri Toplama Formları**

##### **5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK:1)**

Bu form, hemşirelerin bazı sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla hazırlanmıştır. Formda hemşirelerin yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek süresi, çalışmakta olduğu kurum, kadro durumu, görevi, çalışılan klinik, haftalık çalışma saati, çalışma şekli, gece ve gündüz ortalama olarak bakım verilen hasta sayısı, fiziksel hastalık durumunu belirlemeye yönelik toplam 12 açık uçlu soru bulunmaktadır.

##### **5.2. Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarz Ölçeği (Trait Anger and Anger Expression Scales) (EK:2)**

Spielberger ve arkadaşları (1980) tarafından geliştirilen ölçek SL-ÖFKE ve ÖFKE-TARZ olmak üzere iki ana ölçekten oluşmaktadır. SL-ÖFKE ölçeğinin yönergesinde kişinin kendisini “genelde nasıl hissettiğini”, ÖFKE-TARZ ölçeğinde ise “genelde ne sıklıkta sözü edilen şekilde davrandığını” belirtmesi istenmektedir.

Ölçek toplam 34 maddeden oluşmaktadır. Maddeler öfkenin yokluğundan değil, varlığından hareketle ölçüm yaparlar. Tepkilerin verilmesinde kullanılan ölçek aralıklarında puanlama şekli “hiç(1)”, “biraz (2)”, “oldukça (3)” ve “tümüyle (4)” puandır. SL-ÖFKE ölçeğinde toplam puan, her bir maddeden elde edilen ölçek aralığı puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Ölçeğin ilk 10 sorusu

sürekli öfke düzeyini ölçen maddeleri içermektedir. Diğer 24 madde öfke tarzı ile ilgilidir. Bu maddelerden 8 tanesi öfkeyi dışa vurma, 8 tanesi öfkeyi içte tutma ve 8 tanesi de öfke kontrolü ile ilgilidir.

Öfkeyi içte tutma, ÖFKE TARZ ölçeğinin 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 numaralı maddeler tarafından, öfkeyi dışa vurma ölçeğinin 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 numaralı maddeler tarafından ve öfkeyi kontrol etme ise ölçeğin 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 numaralı maddeleri tarafından ölçülmektedir. Her bir alt ölçeğin puanlaması için genel gruptan elde edilen puanların aritmetik ortalaması bulunmaktadır. Alınan puanın bu ortalamadan düşük olması sürekli öfke düzeyi veya öfke ifade düzeylerinin düşük olduğunu, bireyin puanının ortalamanın üzerinde olması sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Ayrıca ölçek kullanımı kolay, kısa ve anlaşılır olması nedeni ile tercih edilmektedir. Ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Özer (1994) tarafından üniversite, lise son ve hemşirelik lisesi öğrencilerine, yöneticilere, nörotik hastalara ve hipertansiyon hastalarına uygulanarak yapılmıştır. Sürekli öfke ölçeğinin alfa değerleri .67-.92, öfke kontrolünün .80-.90, öfke dışa vurmanın .69-.91 ve öfke içe atmanın .58-.76 arasında bulunmuştur (Özer 1994). Çalışmamızda öfke ölçeğinin Cronbach alfa değeri; sürekli öfke alt ölçeğinin .82, öfke içe alt ölçeğinin .96, öfke dışa alt ölçeğinin .80 ve öfke kontrol alt ölçeğinin .79 bulunmuştur.

### **5.3.Genel Sağlık Anketi (General Health Questionnaire) (EK:3)**

Ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılmış bir ölçektir. Son birkaç haftaya ait ruhsal belirtileri sorgulayan 28 soruluk Genel Sağlık Anketi; kısa olduğu, vakaları ayırmada yüksek duyarlılık ve özgüllüğe sahip olduğu ve çeşitli sosyokültürel ortamlarda kullanılabilceği için yaygın olarak tercih edilmektedir. David Goldberg (1970) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. Ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (1996) tarafından 12 ve 28 soruluk

biçimleri için yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı 0.84, duyarlılığı 0.74, özgüllüğü 0.70 bulunmuştur. Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa değeri .79 bulunmuştur. Ölçek toplumda sık rastlanılan, akut ve ruhsal hastalıkları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabileceği belirtilirken, psikotik ve manik hastalarda ve kronik ruhsal hastalıkların saptanmasında kullanılması önerilmemektedir. Her soruda son birkaç haftadaki belirtiler sorgulanır ve dörder şıklıdır (“hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık”) bu dört sütun yanıtlayıcı tarafından 0, 1, 2, 3 olarak kodlanır ya da uygulayıcı tarafından yüksek sesle okunarak verilen yanıtlar kodlanır. Sonuçlar değerlendirilirken, ilk iki sütun “0”, son iki sütun “1” olarak puanlanır. Ölçeğin değerlendirilmesinde 4 ve üzeri puan alanlar riskli olarak kabul edilir (Kılıç 1996).

## **6. Verilerin Toplanma Formlarının Uygulanması**

Araştırma formlarının uygulanması 1 Mart–15 Temmuz 2006 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Bayındır Hastanesi’nde görev yapan hemşireler üzerinde yapılmıştır. Uygulama öncesinde bu kurumların yöneticileri ile yüz yüze görüşülerek sözel ve yazılı izin alınmıştır (Ek). Hemşireler ile iletişimi geliştirmek, kendilerini rahat hissetmelerini sağlamak için araştırmacı kendisini tanıtmıştır. Araştırmayı kabul eden hemşirelere veri toplama formları, hemşire odalarında görüşme yoluyla tek tek uygulanmıştır. Görüşme ortalama 20 dakika sürmüştür.

## **7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi bilgisayar aracılığı ile yapılmıştır.

Çalışmanın verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences; ver:14) programında bilgisayar ortamında değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde frekans dağılımı, varyans analizi, t testi, tukey testi ve korelasyon analizi yapılmıştır.

#### **IV. BULGULAR**

Bu bölümde araştırma kapsamına alınan 614 hemşireye ilişkin tanıtıcı özellikler, öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzlarına ilişkin tanıtıcı bilgiler, genel sağlık durumlarına ilişkin tanıtıcı bilgiler ve öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile genel sağlık ölçeği puanları arasındaki ilişkiyi gösteren bulgular yer almaktadır.

## TABLULAR

**Tablo 1. Hemşirelerin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 614)**

Tanıtıcı Özellik	Sayı	%
<b>Yaş</b>		
<b>Yaş ortalaması: 30.95 ± 5.96</b>		
30 Yaş ve ↓	343	55.9
31 Yaş ve ↑	271	44.1
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	356	58.0
Bekar	258	42.0
<b>Mesleki Eğitim Düzeyi</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	162	26.4
Önlisans	252	41.0
Lisans*	200	32.6
<b>Toplam</b>	614	100.0

\* Lisans mezunu hemşirelerden 3 kişi yüksek lisans, 1 kişi doktora düzeyinde eğitim almıştır.

Araştırmaya alınan hemşirelerin bazı tanıtıcı özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1’e göre hemşirelerin yaş ortalaması 30.95±5.96 olup; %55.9’u 30 yaş ve altı grupta ve %58’i evlidir. Hemşirelerin %26.4’ü Sağlık Meslek Lisesi, %41’i Önlisans, %32.6’sı Hemşirelik Yüksek Okulu mezunudur.

**Tablo 2. Hemşirelerin Bazı Çalışma Özelliklerine Göre Dağılımı (n: 614)**

<b>Tanıtıcı Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Çalışma Yılı</b>		
1-5	177	28.8
6-10	153	24.9
11-15	130	21.2
16 ve ↑	154	25.1
<b>Çalışma yılı ortalaması: 10.7±6.94</b>		
<b>Çalıştığı Kurum</b>		
Ankara Üniversitesi İbni Sina Hst.	295	39.9
Ankara Hastanesi	229	37.3
Bayındır Hastanesi	140	22.8
<b>Kadro Durumu</b>		
Kadrolu	393	64
Sözleşmeli	221	36
<b>Görev Şekli</b>		
Klinik Sorumlu Hemşiresi	49	8
Klinik Hemşiresi	595	92
<b>En Uzun Süre İle Çalışma Şekli</b>		
Sürekli Gündüz	215	35
Sürekli Gece	102	16.6
Gündüz ve Gece	297	48.4
<b>Toplam</b>	<b>614</b>	<b>100.0</b>
<b>Haftalık Çalışma Saati Ortalaması: 45.05±3.84</b>		
<b>Gündüz Bakım Verilen Hasta Sayısı Ortalaması: 13.15±6.98</b>		
<b>Gece Bakım Verilen Hasta Sayısı Ortalaması: 15.04±9.16</b>		

Araştırmaya alınan hemşirelerin bazı çalışma özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Hemşirelerin çalışma yılı ortalaması 10.7±6.94’dür. Hemşirelerin %39.9’u Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi’nde, %37.3’ü Ankara Hastanesi’nde, %22.8’i Bayındır Hastanesi’nde, %64’ü kadrolu olarak ve % 92’si klinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Hemşirelerin haftalık çalışma saati ortalaması 45.5±3.84 olup, %35’i sürekli gündüz, %16.6’sı sürekli gece, %48.4’ü ise gündüz ve bazen nöbet şeklinde çalışmaktadır. Ayrıca tabloda hemşirelerin gündüz ortalama 13.5±6.98 hastaya, gece ortalama 15.04±9.16 hastaya bakım verdikleri görülmektedir.



**Tablo 3. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Dağılımı (n: 614)**

<b>Görev Yaptığı Klinik</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Dahili Klinikler</b>		
Cildiye	14	2.3
Endokrin	18	2.9
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	12	2.0
Dahiliye	109	17.8
İntaniye	18	2.9
Karidoyoloji	44	7.2
Nefroloji	17	2.8
Nöroloji	48	7.8
<b>Cerrahi Klinikler</b>		
Beyin Cerrahi	57	9.3
Genel Cerrahi	84	13.7
Göğüs Cerrahi	14	2.3
Göz	16	2.6
Kadın Doğum	41	6.7
Kalp Damar Cerrahisi	26	4.2
Kulak Burun Boğaz	19	3.1
Ortopedi	32	5.2
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi	13	2.1
Üroloji	32	5.2
<b>Toplam</b>	<b>614</b>	<b>100</b>

Araştırmaya alınan hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3'e göre hemşirelerin çalıştıkları klinikler incelendiğinde, %57.2'sinin dahili kliniklerde; %42.8'inin cerrahi kliniklerde çalıştığı görülmektedir.

**Tablo 4. Hemşirelerin Fiziksel Hastalık Durumlarına ve Fiziksel Hastalığı Olanların Hastalıklarına Göre Dağılımı (n:614)**

<b>Fiziksel hastalık</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Yok	420	68.4
Var	194	31.6
<b>Toplam</b>	<b>614</b>	<b>100</b>
<b>Fiziksel hastalık tanısı</b>		
Vertigo	4	2.06
Ürtiker	7	3.61
Lumbal Disk Hernisi	52	26.80
Hiper Tansiyon	16	8.25
Astım	14	7.22
Akut Eklem Romatizması	5	2.58
Romatoid Artrit	5	2.58
Anemi	11	5.67
Gastrit, Ülser	18	9.28
Hepatitler	6	3.09
Guatr	3	1.55
Migren	12	6.18
Alt Ekstremiteler Venöz Yetmezlik	32	16.49
Diğer	9	4.64
<b>Toplam</b>	<b>194</b>	<b>100</b>

Araştırmaya alınan hemşirelerin fiziksel hastalık durumlarına göre ve fiziksel hastalığı olanların hastalıklarına göre dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4'e göre hemşirelerin fiziksel hastalıkları incelendiğinde, %31.6'sının fiziksel bir hastalığı olduğu ve bu grubun %26.8'inde lumbal disk hernisi, %16.49'unda alt ekstremitelerde venöz yetmezlik, %9.28'inde gastrit ya da ülser, %8.25'inde hipertansiyon olduğu görülmektedir.

**Tablo 5. Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamaları (n:614)**

<b>Öfke Ölçeği</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>X±SD</b>
<b>Sürekli Öfke</b>	14.00 (10) *	35.00 (40) **	17.17 ± 3.05
<b>Öfke-İçer</b>	8.00 (8) *	29.00 (32) **	12.658 ± 5.52
<b>Öfke-Dışa</b>	8.00 (8) *	28.00 (32) **	15.62 ± 3.58
<b>Öfke Kontrol</b>	17.00 (8) *	32.00 (32) **	30.46 ± 2.54

\* Öfke Alt Ölçeğinden Alınabilecek Minimum Puan

\*\* Öfke Alt Ölçeğinden Alınabilecek Maksimum Puan

Araştırma örneklemine alınan hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalamalarının dağılımı Tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 5'te görüldüğü gibi hemşirelerin sürekli öfke puan ortalamaları 17.17±3.05'dir. Hemşirelerin öfke kontrolü puan ortalamaları ise 30.46±2.54'dür. Hemşirelerin öfke içer puan ortalamaları 12.658±5.52, öfke dışa puan ortalamaları 15.62±3.58'dir.

**Tablo 6. Hemşirelerin Yaşa Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614)**

Öfke Ölçeği	30 Yaş ve ↓	31 Yaş ve ↑	Testler
	X±SD	X±SD	t/p
Sürekli Öfke	16.83±2.19	17.59±3.82	-3.105/ <b>0.002</b>
Öfke-İçe	12.10±5.27	13.34±5.73	-2.784/ <b>0.006</b>
Öfke-Dışa	15.72±3.13	15.47±4.07	0.847/0.349
Öfke Kontrol	30.73±2.21	30.12±2.86	2.975/ <b>0.003</b>

Tablo 6’da görüldüğü gibi 30 yaş ve altındaki hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması 16.83±2.19, 31 yaş ve üstündeki hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması 17.59±3.82 olup, ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). 31 yaş ve üstündeki hemşirelerin sürekli öfke düzeyleri 30 yaş ve altındaki hemşirelerden daha yüksektir.

30 yaş ve altındaki hemşirelerin öfke-içe puan ortalaması 12.10±5.27, 31 yaş ve üstündeki hemşirelerin ise 13.34±5.73 olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). 31 yaş ve üstündeki hemşireler öfkelerini 30 yaş ve altındaki hemşirelerden daha çok içlerine atmaktadırlar.

30 yaş ve altındaki hemşirelerin öfke kontrol puan ortalaması 30.73±2.21, 31 yaş ve üstündeki hemşirelerin öfke kontrol puan ortalaması 30.12±2.86 olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). 30 yaş ve altındaki hemşireler öfkelerini daha iyi kontrol etmektedirler.

30 yaş ve altındaki hemşirelerle 31 yaş ve üstündeki hemşirelerin öfke dışı puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

**Tablo 7. Hemşirelerin Medeni Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614)**

Öfke Ölçeği	Evli	Bekâr	Testler
	X±SD	X±SD	t/p
Sürekli Öfke	17.12 ± 2.89	17.22 ± 3.25	-0.395/0.693
Öfke-İçe	12.79 ± 5.59	12.46 ± 5.42	0.736/0.462
Öfke-Dışa	15.53 ± 3.49	15.74 ± 3.69	-0.702/0.483
Öfke Kontrol	30.52 ± 2.35	30.37 ± 2.79	0.751/0.453

Araştırma örneğine alınan hemşirelerin medeni durumlarına göre sürekli öfke ve öfke tarz puan ortalamalarının dağılımı Tablo 7’de görülmektedir.

Tablo 7’de görüldüğü gibi evli ve bekâr hemşirelerin sürekli öfke, öfke-İçe, öfke-dışa, öfke-kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 8. Hemşirelerin Eğitim Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614)**

	<b>Sağlık Meslek Lisesi</b>	<b>Önlisans</b>	<b>Lisans</b>	<b>Testler</b>
<b>Öfke Ölçeği</b>	X±SD	X±SD	X±SD	F/p
<b>Sürekli Öfke</b>	13.41± 5.98	12.86 ± 5.59	12.11±5.15	0.097/0.755
<b>Öfke-İçe</b>	15.15 ± 3.61	15.54± 3.79	15.92±3.41	7.642/ <b>0.006</b>
<b>Öfke-Dışa</b>	17.14 ±2.67	17.26± 3.17	17.12±3.17	3.273/0.071
<b>Öfke Kontrol</b>	30.40 ± 2.22	30.30 ± 2.67	30.57±2.62	0.837/0.361

Tablo 8’de görüldüğü gibi sağlık meslek lisesi, önlisans mezunu ve lisans mezunu hemşirelerin sürekli öfke, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin öfke içe puan ortalaması 15.15 ± 3.61, önlisans mezunu hemşirelerin öfke içe puan ortalaması 15.54± 3.79, hemşirelik yüksek okulu mezunu hemşirelerin öfke içe puan ortalaması 15.92±3.41 olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde, önlisans mezunlarıyla hemşirelik yüksek okulu mezunları arasında ve sağlık meslek lisesi mezunlarıyla önlisans mezunları arasında anlamlı fark bulunmazken; sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin hemşirelik yüksek okulu mezunu hemşirelere göre anlamlı düzeyde öfkelerini daha çok içlerine attıkları belirlenmiştir (p=0.040).

**Tablo 9. Hemşirelerin Çalışma Yılına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614)**

Öfke Ölçeği	1-5	6-10	11 Yıl ve ↑	Testler
	X±SD	X±SD	X±SD	F/p
Sürekli Öfke	16.77±1.82	16.867±2.62	17.57±3.74	4.711/0.009
Öfke-İçe	12.30±5.37	11.84±5.25	13.29±5.68	3.940/0.020
Öfke-Dışa	15.60±2.93	15.88±3.40	15.48±4.00	0.622/0.537
Öfke Kontrol	30.67±2.20	30.78 ±0.29	30.15±2.81	3.988/0.019

Tablo 9’da görüldüğü gibi 1-5 yıl arasında olan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması 16.77±1.82, 6-10 yıl arasında olan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması 16.867±2.62, 11 yıl ve daha fazla mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması 17.57±3.74 olup ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde 1-5 yıl ile 6-10 yıl arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken, 1-5 yıl ile 11 yıl ve üzerinde olan grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu belirlenmiştir ( $p=0.018$ ).

1-5 yıl arasında olan hemşirelerin öfke içe puan ortalaması 12.30±5.37, 6-10 yıl arasında olan hemşirelerin öfke içe puan ortalaması 11.84±5.25, 11 yıl ve daha fazla mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin öfke içe puan ortalaması 13.29±5.68 olup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde 11 yıl ve daha fazla mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin öfkelerini daha çok içlerine attıkları belirlenmiştir ( $p=0.023$ ).

1-5 yıl arasında olan hemşirelerin öfke kontrol puan ortalaması 30.67±2.20, 6-10 yıl arasında olan hemşirelerin öfke kontrol puan ortalaması 30.78 ±0.29, 11 yıl ve daha fazla mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin öfke kontrol puan ortalaması 30.15±2.81 olup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek

amacıyla yapılan ileri analiz sonucunda 11 yıl ve daha fazla mesleki deneyime sahip olan hemşirelerle 6–10 yıl arasında mesleki deneyimi olan hemşireler arasında anlamlı düzeyde fark olduğu ve 6–10 yıl arasında mesleki deneyimi olan hemşirelerin öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri belirlenmiştir ( $p=0.035$ ).

1–5 yıl, 6–10 yıl, 11 yıl ve daha fazla mesleki deneyime sahip olan hemşirelerin öfke-dışa puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 10. Hemşirelerin Çalıştığı Kuruma Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614)**

Öfke Ölçeği	Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi	Ankara Hastanesi	Bayındır Hastanesi	Testler
	X±SD	X±SD	X±SD	F/p
Sürekli Öfke	16.66±2.49	18.00±4.01	16.69±1.34	14.384/ <b>0.000</b>
Öfke-İçe	11.62±5.37	14.17±5.64	11.96±5.04	14.674/ <b>0.000</b>
Öfke-Dışa	15.98±3.17	15.17±4.36	15.71±2.65	3.138/ <b>0.044</b>
Öfke Kontrol	30.89±2.14	29.78±3.04	30.84±1.99	13.869/ <b>0.000</b>

Araştırma örneklemine alınan hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre sürekli öfke ve öfke tarz puan ortalaması dağılımı Tablo 10’da görülmektedir.

Tablo 10’da görüldüğü gibi Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması 16.66±2.49 iken, Ankara Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması 18.00±4.01, Bayındır Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması ise 16.69±1.34 olup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0.001). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde bu farkın Ankara Hastanesi’nden çalışan hemşirelerden kaynaklandığı belirlenmiştir (p=0.000). Ankara Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması diğer gruplardan daha yüksektir.

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin öfke- içe puan ortalaması 11.62±5.37 iken, Ankara Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin öfke- içe puan ortalaması 14.17±5.64, Bayındır Hastanesi’nde çalışan hemşirelerin öfke- içe puan ortalaması ise 11.96±5.04 olup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001). Yapılan ileri analizde bu farkın Ankara Hastanesi’nde çalışan hemşirelerden kaynaklandığı belirlenmiştir (p=0.000).

Ankara Hastanesi'nde çalışan hemşireler öfkelerini diğer gruplardan daha çok içlerine atmaktadırlar.

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin öfke-dışa puan ortalaması  $15.98 \pm 3.17$  iken, Ankara Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin öfke-dışa puan ortalaması  $15.17 \pm 4.36$ , Bayındır Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin öfke-dışa puan ortalaması ise  $15.71 \pm 2.65$  olup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.05$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde Ankara Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin öfke dışa puan ortalamaları ile İbni Sina Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin öfke dışa puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ( $p = 0.035$ ).

Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin öfke-kontrol puan ortalaması  $30.89 \pm 2.14$  iken, Ankara Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin öfke-kontrol puan ortalaması  $29.78 \pm 3.04$ , Bayındır Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin öfke-kontrol puan ortalaması ise  $30.84 \pm 1.99$  olup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ( $p < 0.001$ ). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla yapılan ileri analizde Ankara Hastanesi'nde çalışan hemşireler öfkelerini diğer gruplardan daha az kontrol edebildikleri saptanmıştır ( $p = 0.000$ ).

**Tablo 11. Hemşirelerin Kadro Durumuna Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614)**

Öfke Ölçeği	Kadrolu	Sözleşmeli	Testler
	X±SD	X±SD	t/p
Sürekli Öfke	17.39 ± 3.45	16.78 ± 2.08	2.385/0.017
Öfke-İçe	12.94 ± 5.62	12.13 ± 5.30	1.765/0.078
Öfke-Dışa	15.57 ± 3.87	15.70 ± 2.99	-0.437/0.663
Öfke Kontrol	30.30 ± 2.71	30.75 ± 2.18	-2.084/0.038

Araştırma örneklemine alınan hemşirelerin çalıştıkları kuruma göre sürekli öfke ve öfke tarz puan ortalamalarının dağılımı Tablo 11’de görülmektedir.

Tablo 11’de görüldüğü gibi kadrolu olarak çalışan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması 17.39±3.45 iken, sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması 16.78±2.08 olup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Kadrolu hemşirelerin sürekli öfke düzeyleri daha yüksektir.

Kadrolu olarak çalışan hemşirelerin öfke kontrol puan ortalaması 30.30±2.71 iken, sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerin öfke kontrol puan ortalaması 30.75±2.18 olup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Kadrolu hemşireler öfkelerini daha az kontrol edebilmektedirler.

Kadrolu ve sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerin öfke-içe ve öfke-dışa puan ortalamaları değerlendirildiğinde ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

**Tablo 12. Hemşirelerin Çalıştıkları Kliniklere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614)**

<b>Öfke Ölçeği</b>	<b>Dahili Klinikler</b>	<b>Cerrahi Klinikler</b>	<b>Testler</b>
	<b>X±SD</b>	<b>X±SD</b>	<b>t/p</b>
<b>Sürekli Öfke</b>	17.07±2.98	17.28±3.12	-0.854/0.394
<b>Öfke-İçe</b>	12.45±5.47	12.90±5.57	-1.007/0.314
<b>Öfke-Dışa</b>	15.64±3.45	15.57±3.73	0.257/0.796
<b>Öfke Kontrol</b>	30.61±2.42	30.25±2.70	1.726/0.085

Araştırma örneğine alınan hemşirelerin çalıştıkları kliniklere göre sürekli öfke ve öfke tarz puan ortalamalarının dağılımı Tablo 12’de görülmektedir.

Tablo 12’de görüldüğü gibi dahili ve cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin sürekli öfke, öfke-içe, öfke-dışa, öfke-kontrol puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 13. Hemşirelerin Çalışma Pozisyonuna Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614)**

Öfke Ölçeği	Sorumlu Hemşire	Klinik Hemşiresi	Testler
	X±SD	X±SD	t/p
Sürekli Öfke	16.98±1.57	17.18±3.14	-0.451/0.652
Öfke-İçer	14.33±6.28	12.50±5.43	2.225/ <b>0.026</b>
Öfke-Dışer	14.37±3.33	15.73±3.58	-2.561/ <b>0.011</b>
Öfke Kontrol	30.45±1.51	30.46±2.61	-0.039/0.969

Araştırma örneklemine alınan hemşirelerin çalıştığı kliniklerdeki görevlerine göre sürekli öfke ve öfke tarz puan ortalaması dağılımı Tablo 13'te görölmektedir.

Tablo 13'te göröldüğü gibi sorumlu hemşirelerin öfke-içer puan ortalaması 14.33±6.28 iken, klinik hemşirelerinin öfke-içer puanı ortalaması 12.50±5.43 olup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Sorumlu hemşireler öfkelerini daha çok içlerinde tutmaktadırlar.

Sorumlu hemşirelerin öfke-dışer puan ortalaması 14.37±3.33 iken, klinik hemşirelerinin öfke-dışer puan ortalaması 15.73±3.58 olup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Klinik hemşireleri öfkelerini daha çok dışer yansıtmaktadırlar.

Sorumlu hemşire ve klinik hemşirelerinin sürekli öfke düzeyleri ve öfke-kontrol puanları ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

**Tablo 14. Hemşirelerin Gündüz ve Gece Bakım Verdikleri Hasta Sayısı İle Çalışma Yıllarının Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarıyla İlişkisi (n:614)**

	<b>Gündüz Bakım Verilen Hasta Sayısı</b>	<b>Gece Bakım Verilen Hasta Sayısı</b>	<b>Çalışma Yılı</b>
<b>Sürekli Öfke</b>	0.83/0.040	0.008/0.845	0.131/ <b>0.001</b>
<b>r/p</b>			
<b>Öfke-İçe</b>	0.049/0.027	0.030/0.464	0.149/ <b>0.000</b>
<b>r/p</b>			
<b>Öfke-Dışa</b>	0.015/0.703	0.06/0.891	-0.60/ <b>0.140</b>
<b>r/p</b>			
<b>Öfke-Kontrol</b>	0.78/0.530	0.024/0.556	-0.148/ <b>0.000</b>
<b>r/p</b>			

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin gece ve gündüz bakım verdikleri hasta sayısına göre sürekli öfke ve öfke tarz puan ortalaması dağılımı Tablo 14'te görülmektedir.

Tablo 14'te görüldüğü gibi gündüz bakım verilen hasta sayısı ortalaması ile sürekli öfke puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ve olumlu yönde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Gece bakım verilen hasta sayısı ortalaması ile sürekli öfke puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Gündüz bakım verilen hasta sayısı ortalaması ile öfke-içe puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ). Gece bakım verilen hasta sayısı ortalaması ile öfke-içe puan ortalaması arasında ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Gündüz ve gece bakım verilen hasta sayısı ortalaması ile öfke-dışa ve öfke-kontrol puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>0.05$ ).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin çalışma yıllarının sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalamalarıyla ilişkisi incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir ilişkinin olduğu ( $p<0.001$ ); hemşirelerin çalışma yılı arttıkça sürekli öfke düzeylerinin ve öfke içe puan ortalamalarının arttığı görülmektedir. Hemşirelerin çalışma yılıyla öfke dışa puan ortalamaları arasında bir ilişki bulunmazken, çalışma yılı arttıkça öfke kontrol puan ortalamalarının azaldığı saptanmıştır ( $p<0.001$ ).

**Tablo 15. Hemşirelerin Fiziksel Hastalıklarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614)**

Öfke Ölçeği	Fiziksel Hastalık Var	Fiziksel Hastalık Yok	Testler
	X±SD	X±SD	t/p
Sürekli Öfke	18.21±4.77	16.69±1.54	-5.929/0.000
Öfke-İçe	16.35±6.74	10.94±3.78	-12.687/0.000
Öfke-Dışa	14.25±5.42	16.25±1.98	6.674/0.000
Öfke Kontrol	28.89±3.46	31.19±1.51	11.428/0.000

Tablo 15’te görüldüğü gibi fiziksel bir hastalığı olan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması 18.21±4.77 iken, fiziksel bir hastalığı olmayan hemşirelerinin sürekli öfke puan ortalaması 16.69±1.54 olup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0.001). Fiziksel bir hastalığı olan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalamaları daha yüksektir.

Fiziksel bir hastalığı olan hemşirelerin öfke-içe puan ortalaması 16.35±6.74 iken, fiziksel bir hastalığı olmayan hemşirelerinin öfke-içe puan ortalaması 10.94±3.78 olup, ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0.001). Fiziksel bir hastalığı olan hemşirelerin öfkelerini daha çok içlerine atmaktadırlar.

Fiziksel bir hastalığı olan hemşirelerin öfke-dışa puan ortalaması 14.25±5.42 iken, fiziksel bir hastalığı olmayan hemşirelerinin öfke-dışa puan ortalaması 16.25±1.98 olup, ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır (p<0.001). Fiziksel bir hastalığı olan hemşirelerin öfkelerini daha az dışa yansıtabilmektedirler.



Fiziksel bir hastalığı olan hemşirelerin öfke kontrol puan ortalaması  $28.89 \pm 3.46$  iken, fiziksel bir hastalığı olmayan hemşirelerinin öfke kontrol puan ortalaması  $31.19 \pm 1.51$  olup, ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak ileri derecede anlamlıdır ( $p < 0.001$ ). Fiziksel bir hastalığı olmayan hemşireler öfkelerini daha iyi kontrol edebilmektedirler.

**Tablo 16. Hemşirelerin Genel Sağlık Anketi Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n:614)**

<b>GSA Ölçeğinden Alınan puan*</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>X±SD</b>
<b>5 Puan</b>	1	0.16	7.31±3.07
<b>6 Puan</b>	504	82.08	
<b>7 Puan</b>	16	2.61	
<b>13 Puan</b>	30	4.89	
<b>15</b>	50	8.14	
<b>16</b>	13	2.12	
<b>Toplam</b>	614	100	

\* Genel Sağlık Anketinden alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 28'dir. 4 puanın üzerinde alınanlar riskli kabul edilmektedir.

Tablo 16'da görüldüğü gibi 614 hemşirenin tamamı 4 puan ve üstünde puan almışlardır. Bunlardan 1 kişi 5 puan, 504 kişi 6 puan, 16 kişi 7 puan, 30 kişi 13 puan, 50 kişi 15 puan, 13 kişi 16 puan almıştır. Buna göre araştırmaya alınan hemşirelerin tamamı depresyon ve anksiyete bozuklukları için riskli gruptadır.

**Tablo 17. Hemşirelerin Genel Sağlık Anketi Toplam Puan Ortalamaları İle Öfke ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki (n:614)**

	<b>Sürekli-Öfke</b>	<b>Öfke-İçer</b>	<b>Öfke-Dışa</b>	<b>Öfke Kontrol</b>
	<b>r/p</b>	<b>r/p</b>	<b>r/p</b>	<b>r/p</b>
<b>Genel Sağlık Anketi Toplam</b>	0.042/0.296	0.783/0.000	-0.731/0.000	-0.511/0.000

Tablo 17’de görüldüğü gibi hemşirelerin genel sağlık anketinden aldıkları toplam puan ile sürekli-öfke puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin genel sağlık anketinden aldıkları toplam puan ile öfke-içer puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak olumlu yönde anlamlı düzeyde ilişkinin olduğu belirlenmiştir ( $p<0.001$ ).

Hemşirelerin genel sağlık anketinden aldıkları toplam puan ile öfke-dışa puan ortalamaları arasında ise olumsuz yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkinin olduğu saptanmıştır.

Hemşirelerin genel sağlık anketinden aldıkları toplam puan ile öfke-kontrol puan ortalamaları arasında ise olumsuz yönde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişkinin olduğu belirlenmiştir.

## V. TARTIŞMA

Bu bölümde, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, Ankara Devlet Hastanesi ve Özel Bayındır Hastanesi'nde genel kliniklerde çalışmakta olan 614 hemşirenin, sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile genel sağlık durumlarına yönelik bulgular tartışılmaktadır.

Öfke, insanın en temel duygularından biridir. Öfke duygusu, doğrudan yıkıcı bir şekilde ifade edilebilmesinden dolayı olumsuz bir duygu olarak değerlendirilirken, aslında öfke sağlıklı bir şekilde ifade edildiğinde, bireye enerji hissettiren, uyaran bir duygudur. Ancak pek çok birey için öfke başedilmesi en zor duygulardan biridir. Öfkeyle başetme, onun bastırılmasını ve saklanmasını değil, tanınmasını gerektirir. Öfke duygusuyla birlikte hissedilen enerjinin sağlıklı yönlendirilebilmesi için birey öfkesin farkında olarak, ilgili kişilere kendisini ifade edebilmelidir. Aksi takdirde öfkesini uygun şekilde ifade edemeyen bireyler, hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklar yönünden risk taşımaktadırlar (Burns 2006, Burger 2006, Gençtan 2004). Hemşirelik mesleği, gerek çalışma koşulları, gerekse ücret yetersizliği, hasta sayısının fazla olması, şiddet durumlarıyla karşılaşma, çeşitli yetersizlikler nedeniyle istenilen bakımın verilememesi gibi bazı nedenlerle sık öfke duygusu hissedilmesine neden olan bir meslektir (Görgülü 1990, Roberts 2000, Sten, Firth ve Bond 1998, Thomas 2004).

Çalışmamızda hemşirelerin sürekli öfke puan ortalamaları  $17.17 \pm 3.05$ , öfke kontrolü puan ortalamaları  $30.46 \pm 2.54$ 'dür. Hemşirelerin öfke içe puan ortalamaları  $12.65 \pm 5.52$ , öfke dışı puan ortalamaları  $15.62 \pm 3.58$ 'dir. Hemşirelerin sürekli öfke puan ortalamaları orta, öfke kontrol puan ortalamaları yükseğe yakın, öfke içe puan ortalamaları orta düzeyin biraz altında, öfke dışı puan ortalamaları ise orta düzeydedir.

Buna göre hemşirelerin sürekli öfke düzeylerinin genelde düşük olduğu, öfkelerini kontrol edebildikleri ve genelde doğrudan dışı vurmadıkları söylenebilir. Hemşirelerin öfke kontrol etme puan ortalamalarının yüksek olmasının olumlu bir özellik olduğu söylenebilir. Bireyin yaşadığı öfke duygusunun sıklığı, şiddeti, süresi, bireyin kendisi kadar çevresindeki bireyler için

de oldukça önemli olduğundan, hemşirelerin davranışlarında, öncelikle kendilerini değerlendirmeleri ve öfke duygusunun farkında olmaları oldukça önemlidir (Terakye 1998, Thomas 2004).

Bu sonuçlar ülkemizde hemşireler üzerinde yapılan diğer çalışma sonuçları ile karşılaştırıldığında sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışı puanları açısından bazı çalışma sonuçları ile (Doğan, Güler ve Koçak 1999, Çam ve Baysal 1998) benzerlik gösterirken, öfke kontrol puanının çalışmamızda daha yüksek bulunduğu belirlenmiştir. Üstün, Akgün ve Partlak'ın (2005) çalışması ile öfke dışı puan ortalamasının çalışmamızla benzer olduğu görülmüştür.

Baba, Galperin ve Lituchy (1999) ile Sperberg ve Stabb (1998), yaptıkları çalışmalarında, hemşirelerin öfkelerini sağlıklı bir şekilde iyi ele alamadıkları ve bastırdıklarını saptarken Brooks, Thomas ve Droppleman (1996) hemşirelerin öfkelerini uygun olmayan yıkıcı ya da edilgen-saldırgan davranışlarla ifade ettiklerini ve öfke duygularıyla başedemediklerini belirlemiştir. Çalışmamızda ise öfke kontrol puan ortalamaları yüksek bulunmuştur ve bu bulgular, bizim verilerimizle uyumlu değildir. Bu farklılık kültürel nedenlerden dolayı olabilir.

Rosenstein ve O'Daniel (2005) 1500 hemşireyle yaptıkları bir çalışmada, öfke düzeyi arttıkça hemşirelerin zorlandıklarını, hemşirelerin konsantrasyon ve iletişim güçlükleriyle birlikte ekip içi iş birliği sorunları yaşadıklarını, hasta hakkında bilgi alışverişiyle ilgili aksaklıklar olduğunu, bir diğer deyişle iş yerlerindeki ilişkilerin olumsuz etkilendiğini saptamışlardır. Bu çalışmada, bu sonuçlarla birlikte tıbbi hataların arttığı, güvenli ve kaliteli bakımın olumsuz etkilendiği, hasta memnuniyetinin azaldığı ve hasta ölümlerinin de arttığı saptanmıştır.

Kadınlarla yapılan bir araştırmada da (Hatch ve Forgays 2001), çalışan kadınların öfkelerini daha az oranda ifade etme eğilimi taşıdıkları, ayrıca, çalışan kadınların, öfke yaratan durumun daha önce de ortaya çıkmasıyla birlikte tatmin edici bir çözüme kavuşmadığı görülmüştür. Çalışmamızda da hemşirelerin tamamı kadındır ve öfke dışı puan ortalamaları orta düzeydedir. Bu bulgulara göre, iş yaşamının, kadınlar için, öfkenin yaşanması açısından olmasa da ifade edilmesi açısından fark yaratan önemli bir değişken olduğu söylenebilir.

Bongard ve Absi (2003) hem kadın hem de erkeklerin, öfkelerini, toplumsal/kamusal alanlardan ziyade (örn. iş ortamı), özel alanlarda (örn. ev) daha sıklıkla ve yoğun bir biçimde ifade etme eğiliminde olduklarını belirlemişlerdir. Aynı çalışmada, iş yaşamı açısından bakıldığında, kadın çalışanların iş yaşamlarında, erkeklerden daha fazla oranda öfke kontrolünde buldukları ve öfkelerini onlardan daha az oranda ifade ettiklerini saptamışlardır. Çalışmamızda da hemşirelerin tamamının kadın olduğu ve öfke kontrol puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu bulgu bizim çalışmamızla uyumludur ancak, kadınların, iş yaşamında yaşadıkları öfkeyi evlerine "taşındıkları" gibi bir bakış açısı geliştirilebilir; nitekim bunun yerine, kadınların öfkelerini ifade etme tarzlarının, erkeklerden farklılaşmış olmasının, onların cinsiyet rollerinden kaynaklandığını söylemek daha gerçekçi olacaktır.

Hemşirelerin, öfke ifade tepkileri ve öfke yönetimleri, genel toplumdaki kadın davranışlarıyla uyumlu olmakla birlikte, sundukları bakım hizmetlerinin bu durumdan oldukça olumsuz etkilendiği ve sonrasında sıklıkla suçluluk hissettikleri bildirilmektedir (Smith, Droppleman ve Thomas 1996, Fitzgerald, Jennifer, Haythornthwaite ve ark. 2003). Hemşirelerin öfkesinin bakıma olumsuz yansımaları profesyonellikten uzaktır, uygunsuzdur, etik değildir.

Best ve Thurston (2006) yaptıkları bir çalışmada; iş doyumunda: yapılan ödemenin ve otonominin çok önemli olmasıyla birlikte, profesyonel konum ve iş yaşamındaki karşılıklı etkileşimlerinde önemli olduğuna ve hemşirelerin yaşadıkları olumsuz olaylar karşısında sağlıklı atılman tepkileri gösterebilmeleriyle birlikte öfke duygularını ifade etmelerinin önemine dikkat çekmektedir. Öfke ve iş doyumları arasındaki ilişkinin incelendiği psikiyatri hemşireleriyle yapılan bir çalışmada; hemşirelerin öfkelerini kontrol edebildikleri, ancak öfke duygularını uygun şekilde sözel ifadede zorlandıkları ve bu durumun iş doyumlarını yüksek seviyede etkilediği saptanmıştır (Engin ve Çam 2006). Çalışmamızda da hemşirelerin öfke dışı puan ortalamaları orta düzeyde, öfke kontrol puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu veriler bizim çalışmamızla da uyumludur. Hemşirelerin öfke duygularıyla birlikte hissettikleri enerjiyi sağlıklı yönlendirebiliyor olmalarıyla birlikte atılman davranışlar sergilediklerinde, kendi

sağlıklarını koruyabilecekler, iş doyumları artacak ve bunun paralelinde bakımın kalitesi de artacaktır (Engin ve Çam 2006, Thomas ve Williams 1995, Bongoard ve Absi 2003).

Yaş öfke ifadesini etkileyen bir değişkendir. Çalışmamızda 31 yaş ve üstündeki grubun sürekli öfke ve öfke içe puan ortalamaları, 30 yaş ve altındaki gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu, öfke dışı puanlarının her iki grupta benzer olduğu, 30 yaş ve altındaki grubun öfke kontrol puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Balkaya (2001) yaş ilerledikçe içe dönük tepkilerde artma olduğunu belirlemiştir. Bu bulgu bizim çalışmamızla benzerdir. Türkçapar, Güriz ve Özel'in (2001) çalışmasında ise yaşın öfke ifadesini etkilemediği saptanmıştır. Bu bulgu çalışmamızla paralel değildir.

Yapılan bazı çalışmalarda öfkeyle başetmede sosyal desteğin önemli bir değişken olduğu görülmektedir (Corley 2002, Doherty, Orimoto, Theodore ve ark 1995, Fitzgerald, Jennifer, Haythornthwaite ve ark. 2003, Oğus 1990, Ratnasingam ve Bishop 2007). Yapılan bir çalışmada, öfke duygusuyla birlikte tansiyonu yükselen bireylerin, sosyal destekleri iyi olduğunda tansiyonlarının kendiliğinden daha çabuk normale dönebildiği saptanmış ve sosyal desteğin önemi vurgulanmıştır (Ratnasingam ve Bishop 2007). Çalışmamızda medeni durum açısından öfke ve öfke ifade tarzları puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Evli olmak bireyler için güçlü bir sosyal destek olarak düşünülebilir. Bu veriler bizim çalışmamızla benzer değildir. Günümüzde medyada sıklıkla gündemde olan obezite, kalp hastalıkları, mental hastalıklar ve diğer sağlık sorunlarının, bireylerin çevresindeki diğer bireylerle olan ilişkilerinden doğrudan etkilendiği belirtilmektedir. Yetişkinlerin psikolojik sağlığı ve kendini iyi hissetmesi, ailesi, dostları ve iş arkadaşlarıyla birlikte, iş ortamındaki diğer bireylerle olan etkileşim kalıplarına dayanmaktadır. Bu da bireyin yaşam boyunca yakın ilişkileri, kişisel gelişimi, yerine getirme gereksinimleri ve desteğe dayanmaktadır (Dickstein 2006, Lukes 2007).

Story ve Repetti (2006), olumsuz sosyal etkileşimlerin, zamanla içe kapanmaya ve öfke duygusuna neden olduğu, hemşirelerin desteğe ihtiyacı olduklarında, arkadaşlarından, ailelerinden ya da terapistlerinden yardım

aldıklarında kendilerini en iyi meslektaşlarının anlayabildikleri saptanmıştır. Duquette, Kerouac, Sandhu ve ark (1990), hemşirelerde sosyal desteğin, tükenmişlik yaşanmasında koruyucu etkisi olduğu, hemşireler arasında destek güçlü olduğunda, kendilerini daha iyi hissettikleri (Ogus 1990) bildirilmektedir. İş arkadaşlarına yönelik yoğun düzeyde öfke yaşayan çalışanların ise, bu arkadaşlarından sosyal destek alamayan ve iş kontrollerinin de düşük olduğu çalışanlar oldukları; bu çalışanların iş arkadaşlarından destek aldıkları oranda öfke düzeylerinin de düştüğü görülmüştür (Fitzgerald, Jennifer, Haythornthwaite ve ark 2003, Fitness 2000). Hemşirelerle yapılan çalışmalarda yönetimlerinin desteklerinin yetersiz olduğu (Aiken, Clarke, Sloane ve ark. 2002), desteklediklerinde ise öfke patlamalarının azaldığı (Hollinworth, Clark, Harland ve ark 2005), hemşirelerin olumlu profesyonel kimliklerinin gelişiminde, kararlara katılımı birlikte, yetkilerinin güçlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (Roberts, 2000). Çalışmamızda hemşirelerin öfke içe puan ortalamaları orta düzeyin biraz altında bulunmuştur. Bu veriler çalışmamızla uyumludur. Hemşirelerin desteklenmesi, hemşirelerin öfkelerini daha iyi ifade edebilmelerini sağlayabilecek ve öfkenin baskılanması sonucunda fiziksel ve ruhsal sağlıkları da olumsuz etkilenmeyecektir. Nitekim çalışmamızda, hemşirelerin sürekli öfke düzeyleri ile öfke ifade biçimleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, hemşirelerin tamamının depresyon ve anksiyete bozuklukları için riskli grupta olduğu belirlenmiştir.

Eğitim, öfke ifade biçimlerini etkileyen önemli bir değişkendir. Bizim çalışmamızda da eğitim açısından sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin hemşirelik yüksek okulu mezunu hemşirelere göre anlamlı düzeyde öfkelerini daha çok içlerine attıkları belirlenmiştir.

Çam ve Baysal (1996), yaptıkları çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça, öfke kontrolünün arttığını, sürekli öfke ve öfkenin içe yöneltilmesinin azaldığını saptamışlardır. Yapılan birçok çalışmada hem kadınlarda hem erkeklerde, eğitim seviyesi arttıkça öfke kontrolünün de arttığı, eğitim seviyesi düştükçe, öfkenin semptomlarla ifade edilmesinin arttığı saptanmıştır (Balkaya ve Şahin 2003, Berkowitz 1990, Deffenbacher ve Stark 1992, Haug, Mykletun ve Dahl, 2004,



Sala 1997, Sperberg ve Stabb 1998). Bu bulgular bizim çalışmamızla da uyumludur.

Çalışmamızda 11 yıl ve daha fazla mesleki deneyimi olan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması diğerlerinden daha yüksek olduğu ve öfkelerini daha çok içlerine attıkları, 6–10 yıl arasında mesleki deneyimi olan hemşirelerin öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin, çalışma yılı arttıkça sürekli öfke düzeylerinin ve öfke içe puan ortalamalarının arttığı, öfke kontrollerinin ise azaldığı saptanmıştır. Thomas (2004) ise, daha deneyimli hemşirelerin öfke yönetimi konusunda daha başarılı olduğunu belirtmektedir. Bu bilgi çalışmamızla uyumlu değildir. Ülkemizde, alanda çalışan hemşirelerin temel eğitim düzeylerinin ve hizmet içi eğitimlerinin yetersizliği, mesleki bilincin istenilen düzeyde olmaması, akademik ortamda yapılan çalışmaların bakıma yansıtılmaması, hemşirelik mesleği üyeleri arasındaki akademisyenler ile klinisyenler arasındaki bağın kopukluğu, hemşirelerin mesleki gelişim için çaba göstermemeleri, bilgi güçsüzlüğü nedeniyle olumlu profesyonel kimliklerinin istenilen düzeyde olmaması gibi nedenlerin bu farklılığa neden olabileceği düşünülmektedir. Sheldon, Barrett ve Ellington (2006) ise hemşirelerin mesleki deneyim yılı fark etmeksizin, öfkeli olduklarında hepsinin bakımda zorlandıklarını saptamışlardır. Skjorshammer'de (2003) mesleki deneyimin hastane ortamında çalışanlar arasında öfke ifade davranışları ve öfkeyle başetmelerini etkilemediğini saptamıştır.

Çalışmamızda Ankara Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması diğer gruplardan daha yüksek olduğu, öfkelerini diğer gruplardan daha çok içlerine attıkları, öfkelerini diğer gruplardan daha az dışa yansıttıkları ve öfkelerini diğer gruplardan daha az kontrol edebildikleri saptanmıştır. Bu farklılık kurumdaki yönetim biçimlerinin farklı olmasından ve çalışma koşullarındaki değişikliklerden kaynaklanabilir.

Çalışmamızda gece ve gündüz bakım verilen hasta sayısı ile öfke puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, gündüz bakım verilen hasta sayısı arttıkça, hemşirelerin sürekli öfke düzeyinin ve öfke içe puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır. Bu durumun sonucunda, hemşirelerin öfke

duygusunun hissettirdiği enerjiyi sağlıklı olarak bakıma kanalize edemeyecekleri, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının bu durumdan olumsuz olarak etkilenebileceği sđylenbilir. Nitekim Aiken, Clarke, Douglas ve ark. (2002), tarafından yapılan bir çalışmada yetersiz hemşire sayısının, hastaların dűřmesi, dekubitus, ilaç hataları, nozokomial enfeksiyonlar gibi olumsuz olaylar ve daha uzun sűre hastanede kalmaya ve hastaların mortalite oranlarının artmasına, çalışanların ise gűdűlenmelerinin azalmasına ve hasta gűvenliđini önemli lűde olumsuz etkilenmesine neden olduğunu saptamışlardır. Ayrıca bu durumda, sağlık bakım harcamalarının maliyetinin de arttığı bildirilmektedir.

Çalıřmamızda fiziksel bir hastalıđı olan hemřirelerin sűrekli öfke puan ortalamaları daha yűksek olduđu, öfkelerini daha çok içlerine attıkları, öfkelerini daha az dıřa yansıtıbildikleri ve fiziksel hastalıđı olmayan hemřirelerin öfkelerini daha iyi kontrol edebildikleri saptanmıřtır. İfade edilmeyen öfke, depresyon, mide űlseri, yűksek tansiyon, koroner kalp hastalıkları, bař ađrısı gibi psikosomatik semptomların ortaya çıkmasına neden olabilmekte ve uygun olmayan edilgen saldırgan davranıřlarla ifade edilebilmektedir (Anderson, Metter, Hougaku ve ark. 2006, Boltwood, Taylor, Bouttė Burke ve ark. 1993, Bongard ve Absi 2003, Davidson, MacGregor, Stuhr ve ark. 2000, Nicholson, Gramling, Ong ve ark. 2003, zmen 2004, Ratnasingam ve Bishop 2007). Öfke, sözel davranıřlarla yıkıcı bir řekilde ifade edilince kan basıncının yűkseldiđi, hipertansiyon riskinin arttıđı, sigara ve alkol kullanımının arttıđı (Burns, Bruehl ve Quartana 2000, Davidson, MacGregor, Stuhrij ve ark 2000, Erkek, zgűr ve Gűműř 2006, Everson, Goldberg, Kaplan ve ark. 1998, Kaplan ve Sadock 2005, Gabbay, Krantz, Kop ve ark 1996, Karabulut, Kılıç ve Köse 2004, Krantz, Olson, Francis ve ark 2006, zmen 2004, Vural ve Bařar 2006), bununla birlikte öfkenin baskılanmasının da kardiyovaskűler hastalık riskini artırdıđı saptanmıřtır (Anderson, Metter, Hougaku ve ark. 2006, Bongoard ve Absi 2003, Erkek, zgűr ve Gűműř 2006, Soykan 2003, stűn ve Yavuzarslan 1995, Vural ve Bařar 2006). Aynı zamanda öfkenin uzun sűreli ve yođun olarak yařanması ve uygun bir biçimde ifade edilmemesi sonucunda, bireylerde yorgunluk ve anksiyetenin eřlik

ettiği psikosomatik hastalıklara yatkınlığın arttığı belirlenmiştir. Bu veriler bizim çalışmamızla da uyumludur.

Hemşirelerin sağlığının bozulması; iş gücü kaybı, verimin düşmesi, kurum ve ülke için ekonomik kayıp, kazaların artması ve hizmet sundukları birey ya da hastaların risk altına girmesine neden olacaktır. Çalışmamızda da Genel Sağlık Anketi'nden 614 hemşirenin tamamı 4 puan ve üstünde puan almışlardır. Bunlardan 1 kişi 5 puan, 504 kişi 6 ve üzerinde puan almıştır. Buna göre araştırmaya alınan hemşirelerin tamamı depresyon ve anksiyete bozuklukları için riskli gruptadır. Çalışmamızda hemşirelerin genel sağlık durumlarıyla, sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları karşılaştırıldığında; hemşirelerin sürekli öfke düzeylerinin genel sağlık durumları ile ilişkinin olmadığı, öfke içe puan ortalamaları arttıkça, öfke dışı puan ortalamaları ve öfke kontrol puan ortalamaları azaldıkça genel sağlık durumlarının bozulduğu görülmüştür.

Öfke iş yaşamındaki yoğun engelleyiciler ve stresörlere bir tepki olarak da değerlendirilmektedir (Thomas 2004). İş ortamından kaynaklanan sorunların ve iş stresörlerinin sürekli olması hemşirelerde fiziksel, psikolojik ve davranışsal bozukluklara neden olacağı belirtilirken (Tatar 2004); çalışan bir birey olarak, psikolojik sağlığını, mutluluk ve verimliliği bir bütün olarak etkilediğini kesin olarak savunan hemşirelik mesleği, bütünüyle insan ilişkilerinin etkileşimine dayanır ve mutsuz insanın başkalarına yeterince yardımcı olamayacağını savunur. Bakım vermek profesyonellik gerektirir ve profesyonel olunamadığında bakım veren kişilerde yüksek düzeyde stres, anksiyete, depresyon ve öfke saptanmış ve mutsuz olduklarını bildirmişlerdir (Dickstein 2006).

Hemşirelik, sorumlulukları fazla olmasına rağmen, kendileriyle ilgili kararların verildiği masalarda henüz yeterince söz sahibi olamayan ve yetersiz profesyonel bakımda iş kontrolü düşük olan bir meslektir. Yüksek sorumluluk ve düşük kontrolün oluşturduğu bu durumda, ruhsal sağlıkla birlikte fiziksel sağlıkta olumsuz etkilenmektedir. Williams, Barefoot, Bulumenthal (1997), iş yaşamında tehlikeli etkenleri tanımlamışlar; yüksek sorumluluk ve düşük kontrollü mesleklerde çalışanların çoğunluğunda olumsuz duyguların (öfke, anksiyete, depresyon) arttığı, sosyal desteklerinin azalmasıyla birlikte, çoğunluğun

yöneticileri ve iş arkadaşlarıyla birlikte yaşadıkları sorunlarla başetmede zorlandığı, olumlu duyguların yerine olumsuz duyguların ağırlık kazandığını göstermiştir. Bu etkenler pek çok hastalığın (örneğin kardiyovasküler hastalıklar gibi ölüm oranı yüksek hastalıkların) riskini de artırmaktadır. Cheng, Kawacı ve Coakhey (2000), Amerika Birleşik Devletleri'nde 21290 kadın hemşireyle yaptıkları bir çalışmada 130 meslek çalışanı arasından hemşirelerin, stres ve öfkeyle ilişkili bozuklukların beklenilenden daha yüksek olduğunu saptamış, bu durumda yüksek sorumluluk ve düşük kontrollü bir meslek grubu olmasıyla ilişkilendirmişlerdir.

Öfke iş yaşamında yoğun stresörlere duygusal bir tepki olarak ta değerlendirilirken, Smith (2006) ifade edilmeyen ve sürekli hale gelen öfkenin en büyük riskinin bireyin sağlığını kötü etkilemesi olduğunu belirtmekte ve Adler (1956) depresyonu sessiz öfke nöbeti olarak tanımlamaktadır.

Thomas (2004), genel toplumda %20'lerde olan depresyonun, Amerika Birleşik Devletleri'nde kayıtlı kadın hemşireler arasında %27 oranında olduğunu, kadın hemşirelerle erkek hemşirelerin depresif belirti düzeyleri karşılaştırıldığında; erkeklerin daha yüksek depresif belirtileri olduğu bildirmektedir. Erkeklerin % 37 sinin hafif ve orta derecede deprese olduğu saptanmıştır. Erkeklerde genel popülasyon % 10 iken bu oran genel popülasyondan yüksektir.

Hemşirelerin anksiyeteyle başetme şekillerinin, tükenmişliğin çok önemli bir nedeni olduğu belirtilmektedir. Varcoe, Rodney ve McCormick (2003), hemşirelerin anksiyeteye yol açan nedenlerle başetmekte zorlandıklarını, bu nedenlerin, organizasyonel uygulamaları içerdiğini ve yüksek anksiyeteyle başedememelerinin mesleklerinden soğumalarına neden olduğunu saptamıştır.

Orth ve Wieland (2006), 39 çalışmayı derlemiştir ve anksiyete bozukluklarıyla öfke duygusu arasında doğrudan bir ilişki olduğunu, öfke ataklarının tekrar tekrar yaşanmasının, mevcut şartlarda öfke duygusunun kaynağına sağlıklı sözel olarak ifade edilebildiğinde bireylerin rahatlayabileceklerini belirlemiştir.

İş ortamındaki zorlanmalar sonucunda olumsuz psikososyal etkenlerin artmasıyla, bireylerde öfke duygusunun hissedilmesi, anksiyete bozuklukları ve depresyon riskini de artırdığından sosyal desteğin varlığı ve gücü, bireylerin olumlu duygular hissetmesine ve olumsuz duygularla başetmesini kolaylaştırmaktadır (Willliams, Barefoot, Blumunthal ve ark 1997, Boltwood, Taylor ve Burke ve ark 1993). Ayrıca, depresif duyguların düşmanlık ve öfke doğurduğu ve depresif bireylerin de öfke ve düşmanlık duygularını daha fazla sergiledikleri de belirtilmektedir (Berkowitz1990, Özer 1994).

Yapılan çalışmalarda, öfkenin depresyon ve anksiyete bozukluklarıyla sıklıkla bir arada olduğu ve bunların da sıklıkla bedensel şikâyetlerle dile getirildiği belirtilmektedir (Aiane ve Susman 2006, Douglas ve Dolnak 2006, Haug, Mykletun ve Dahl 2004, Martin ve Dahlen 2005, Nicholson, Gramling, Ong ve ark 2003, Ohayon, Shapiro ve Kennedy 2000).

Öfke depresyon ilişkisini tanımlayan pek çok yayın vardır (Aiane ve Susman 2006, Bromberger ve Matthews 1996, Güleç, Sayar ve Özkorumak 2005, Haug, Mykletun ve Dahl 2004, Özer 1994, Türkçapar, Güriz, Özel ve ark. 2001, Venable, Carlson ve Wilson 2001). Öfke ve kızgınlığın, depresif belirtiler arasında olabileceği de ileri sürülmektedir (Türkçapar, Güriz, Özel ve ark 2004, Thomas 2004).

Hemşireler zor şartlarda çalışmakta ve bazen çalışma ortamlarındaki olumsuz etkenler nedeniyle fiziksel ve ruhsal sağlıklarının bozulma riskiyle karşı karşıya bulunmaktadır. Nitekim çalışmamızda da hemşirelerin tamamının genel sağlık durumlarında sorun olduğu görülmüştür.

Öfke ifadesi, hemşirelerin genel sağlık durumları üzerine etki eden değişkenlerden biri olabilir. Ancak hemşirelerin bakım kalitesini artırması için öncelikle kendilerinin sağlıklı olması gerekmektedir. Bu nedenle hemşirelerin, genel sağlık durumları üzerine etkili olabilecek diğer etkenlerin araştırılmasının gerektiği düşünülmektedir. Ancak hemşirelerin öfke kontrolleri yüksektir. Bu sonuçlar hemşirelerin genel sağlık durumlarını etkileyen diğer etkenlerin olabileceğini göstermektedir.

## VI. SONUÇLAR

Araştırmada elde edilen sonuçlar şunlardır:

1. Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin, bireysel ve bazı çalışma özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde; yaş ortalamasının  $30.95 \pm 5.96$  olup, yarısından fazlası (%55.9'u) 30 yaş ve altı grupta, evli (%58), %26.4'ü Sağlık Meslek Lisesi, % 41'i Önlisans, %32.6'sı Lisans mezunudur.
2. Hemşirelerin yarısından biraz fazlasının (%53.7) çalışma yılları 10 yıl ve daha altında olup, %64'ü kadrolu ve çoğunluğu (%92) klinik hemşiresi olarak çalışmaktadır.
3. Hemşirelerin haftalık çalışma saati ortalaması  $45.5 \pm 3.84$  olup, gündüz ortalama olarak  $13.15 \pm 6.98$ , gece ortalama  $15.04 \pm 9.16$  hastaya bakım vermektedirler.
4. Hemşirelerin yarısından fazlası (57.2) dahili kliniklerde, %42.8'i cerrahi kliniklerde çalışmaktadır.
5. Hemşirelerin %31.6'sının tanısı konulmuş fiziksel hastalığı bulunmaktadır. En sık rastlanan tıbbi tanılar ise lumbal disk hernisi (%26.8), alt ekstremitelerde venöz yetmezlik (%16.49) ve hipertansiyon (%8.25), şeklinde sıralanmaktadır.
6. Hemşirelerin sürekli öfke puan ortalamaları  $17.17 \pm 3.05$ 'dir. Hemşirelerin öfke kontrolü puan ortalamaları ise  $30.46 \pm 2.54$ , öfke içe puan ortalamaları  $12.65 \pm 5.52$ , öfke dışı puan ortalamaları  $15.62 \pm 3.58$ 'dir. Hemşirelerin sürekli öfke puan ortalamaları orta, öfke kontrol puan ortalamaları yükseğe

yakın, öfke içe puan ortalamaları orta düzeyin biraz altında, öfke dışı puan ortalamaları ise orta düzeydedir.

7. 31 yaş ve üstündeki grubun sürekli öfke ve öfke içe puan ortalamaları, 30 yaş ve altındaki gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ( $p<0.05$ ), öfke dışı puanları ise her iki grupta benzerdir.
8. Medeni durum açısından, öfke ve öfke ifade tarzları puan ortalamaları incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).
9. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması  $13.41\pm 5.98$ , önlisans mezunu hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması  $12.86\pm 5.59$ , lisans mezunu hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması  $12.11\pm 5.15$  olup, puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sağlık meslek lisesi mezunu hemşirelerin hemşirelik yüksek okulu mezunu hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde öfkelerini daha çok içlerine attıkları belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).
10. 11 yıl ve daha fazla mesleki deneyimi olan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması diğerlerinden daha yüksek olduğu ve öfkelerini daha çok içlerine attıkları, 6–10 yıl arasında mesleki deneyimi olan hemşirelerin öfkelerini daha iyi kontrol ettikleri saptanmıştır. Ayrıca hemşirelerin, çalışma yılı arttıkça sürekli öfke düzeylerinin ve öfke içe puan ortalamalarının arttığı, öfke kontrollerinin ise azaldığı görülmüştür ( $p<0.001$ ).
11. Ankara Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalaması diğer gruplardan daha yüksek olduğu, öfkelerini diğer gruplardan daha çok içlerine attıkları, daha az dışı yansıttıkları ve öfkelerini daha az kontrol edebildikleri saptanmıştır.

12. Gece ve gündüz bakım verilen hasta sayısı ile öfke puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, gündüz bakım verilen hasta sayısı arttıkça, hemşirelerin sürekli öfke düzeyinin ve öfke içe puan ortalamalarının arttığı saptanmıştır ( $p<0.001$ ).
13. Kadrolu hemşirelerin sürekli öfke düzeylerinin sözleşmeli olarak çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu ve öfkelerini daha az kontrol edebildikleri saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Sorumlu hemşireler öfkelerini daha çok içlerinde tuttular ve klinik hemşirelerinin ise öfkelerini daha çok dışa yansıttıkları belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).
14. Fiziksel bir hastalığı olan hemşirelerin, sürekli öfke puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, öfkelerini daha çok içlerine attıkları, daha az dışa yansıtabildikleri ve fiziksel hastalığı olmayan hemşirelerin öfkelerini daha iyi kontrol edebildikleri saptanmıştır ( $p<0.05$ ).
15. Genel Sağlık Anketinden 614 hemşirenin tamamı 4 puan ve üstünde puan almışlardır. Bunlardan 1 kişi 5 puan, 504 kişi 6 puan almıştır. Buna göre araştırmaya alınan hemşirelerin tamamı depresyon ve anksiyete bozuklukları açısından riskli gruptadır.
16. Çalışmamızda hemşirelerin Genel Sağlık Anketi puan ortalamalarıyla, Sürekli Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzları puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşirelerin sürekli öfke düzeyleri ile genel sağlık durumları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı ancak, öfke içe puan ortalamaları arttıkça, öfke dışa puan ortalamaları ve öfke kontrol puan ortalamaları azaldıkça genel sağlık durumlarının bozulduğu saptanmıştır.



## VII. ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarından elde edilen bilgiler sonucunda aşağıda belirtilen öneriler getirilmiştir.

1. Öfke ve öfke ifadesi açısından, 31 yaş ve üstünde, sağlık meslek lisesi mezunu, 11 yıl ve daha fazla süredir çalışan, sözleşmeli ve klinik sorumlu hemşiresi olan ve fiziksel hastalığa sahip hemşireler risk grubu olarak belirlenmiştir. Bu nedenle öncelikle bu grupta yer alan hemşireler öfkelerini sağlıklı bir şekilde ifade edebilmelerinin sağlanması için hemşirelik hizmetleri yönetimlerinin hizmet içi eğitim programları düzenlemesi,
2. Hemşirelerin öfkelerini tanıyabilme, varlığını kabul etme ve kendilerini sağlıklı bir şekilde ifade etmelerinin sağlanması için dönem dönem grup toplantıları düzenlenerek, öfke ile ilgili deneyimlerinin meslektaşlar arasında paylaşılmasının sağlanması,
3. Hemşirelerin genel sağlıklarını etkileyen değişkenleri belirlenmek amacıyla ileri çalışmaların yapılması,
4. Hemşirelerin öfke ifade biçimlerinin hasta bakımına yansımaları boyutlarını araştıran çalışmaların yapılması,
5. Öfkesini kontrol etmekte güçlük çeken, içe ya da dışa atarak öfkesini uygunsuz olarak ifade eden ve öfkeli olduğunda fiziksel ya da ruhsal rahatsızlık yaşayan hemşirelere uzmanlar tarafından öfkenin uygun ifadesi konusunda eğitim verilmesi,
6. Hemşirelerin ruh sağlığını korumak ve sürdürebilmek amacıyla, zorlandıkları noktalarda yardım alabilecekleri ve kolayca ulaşabilecekleri

psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerinin verilebileceği konsültasyon-  
liyezon hizmetlerinin geliştirilmesi ve hemşirelik hizmetleri  
yönetimlerinin daha duyarlı olması önerilmektedir.

## VIII. ÖZET

Bu araştırma; hemşirelerin sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade tarzları ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi, Ankara Devlet Hastanesi ve Özel Bayındır Hastanesi'nde genel kliniklerde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 614 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri “kişisel bilgi formu”, “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği” ve “Genel Sağlık Anketi” ile elde edilmiştir. İstatistiksel analizlerde frekans dağılımı, varyans analizi, t testi, tukey testi ve korelasyon analizi kullanılmıştır.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması  $30.95 \pm 5.96$ , %58'i evli, %32.6'sı Hemşirelik Yüksek Okulu mezunudur. Hemşirelerin çalışma yılı ortalaması  $10.7 \pm 6.94$  yıl olup, %39'u Ankara Üniversitesi İbni Sina Hastanesi'nde çalışmakta, %64'ü kadrolu ve % 92'si klinik hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Hemşirelerin haftalık çalışma saati ortalaması  $45.5 \pm 3.84$  olup, %35'i sürekli gündüz çalışmaktadır. Hemşirelerin, %57.2'sinin dahili kliniklerde çalışmakta ve %31.6'sının fiziksel bir hastalığı bulunmaktadır.

Hemşirelerin sürekli öfke puan ortalamaları orta, öfke kontrol puan ortalamaları yükseğe yakın, öfke içe puan ortalamaları orta düzeyin biraz altında, öfke dışı puan ortalamaları ise orta düzeydedir. 31 yaş ve üstündeki grubun sürekli öfke ve öfke içe puan ortalamaları, 30 yaş ve altındaki gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir. Sağlık meslek lisesi mezunu hemşireler hemşirelik yüksek okulu mezunu hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde öfkelerini daha çok içlerinde tutmaktadırlar.

Kadrolu hemşirelerin sürekli öfke düzeyleri sözleşmeli olarak çalışan hemşirelerden daha yüksektir. Sorumlu hemşireler öfkelerini daha çok içlerinde tutmakta, klinik hemşireleri ise öfkelerini daha çok dışı yansıtmaktadırlar. Hemşirelerin çalışma yılı arttıkça sürekli öfke düzeyleri ve öfke içe puan ortalamaları artmakta, öfke kontrolleri ise azalmaktadır.

Fiziksel bir hastalığı olan hemşirelerin sürekli öfke puan ortalamaları fiziksel hastalığı olmayan hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde

daha yüksektir. Ayrıca fiziksel hastalığı olan hemşireler öfkelerini daha çok içlerinde tutmakta ve öfkelerini daha az dışa yansıtılmaktadırlar. Araştırmaya alınan hemşirelerin tamamı Genel Sağlık Anketi'ne göre depresyon ve anksiyete bozuklukları için risk grubundadır. Hemşirelerin fke ie puan ortalamaları arttıa ve öfke dışa puan ortalamaları ile öfke kontrol puan ortalamaları azaldıkça genel sağlık durumları bozulmaktadır.

Sonuç olarak hemşirelerin öfkelerini kontrol edebildikleri ancak, ruh sağlığı açısından tamamının riskli grupta olduğu belirlenmiş ve elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygun öneriler getirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** fke, fke İfadesi, Hemşire, Ruh Sağlığı

## SUMMARY

The aim of this study is to examine the relationship between general health state and trait anger level and anger expression style of nurses. The sample of the study is formed by 614 nurses from Ankara University Medical Faculty İbni Sina Hospital, Ankara Public Hospital and Bayındır Hospital who admitted to participate in the study.

The scales used in the study are “Personal Information Form”, “Trait Anger and Anger Expression Scales” and “General Health Questionnaire”. The statistical analyses were made with frequency dispersion, variance analysis, t test, tukey test, and correlation analyses.

The mean age of the nurses participated in the study is  $30.95 \pm 5.96$ , %58 of whom were married, %32.6 were graduated from nursing faculty. The mean working years is  $10.7 \pm 6.94$  years, %39 of whom are working Ankara University İbni Sina Hospital, %64 regular staff, %92 were clinic nurses.

The working hours of the nurses is  $45.5 \pm 3.84$  hours, %35 of whom were continuously working at day time, %57.2 of nurses were working at internal medicine clinics and %31.6 don't have psychical disease.

The mean score of the trait anger scale middle level, the mean score of the anger-control scale is near high score, the mean score of the anger-in scale is a little lower than the middle level, the mean score of the anger-out scale is middle level. The mean score of the trait anger and anger-in scale of the group whose ages are 31 and older is higher than the same mean score of the group whose ages are 30 and younger and this result is statistically meaningful. The nurses were graduated from nursing high school got higher scores from anger-in scale compared with the nurses who were graduated from nursing faculty and this result is statistically meaningful.

Trait anger score of the regular staff are higher than the contractual nurses. The anger-in scores of head nurses are higher and the anger-out scores of clinic nurses are higher. As the working year of nurses increases trait anger score and anger-in scores proportionally increases and anger-control decreases.

The mean scores of state anger scale of the nurses who have psychological disease are than the nurses who don't have and this result is statistically meaningful. Moreover, the nurses who have physical disease have higher anger-in scores and lower anger-out scores. All of the nurses who participated in the study are under risk of depression and anxiety according to the "General Health Questionnaire". As the anger-in score of the nurses increases and as the anger-out score and the anger-control scores decrease, general health of the worsen.

In conclusion, it is indicated that the nurses can control their anger but, all of them are under risk about psychiatric diseases and proper suggestion are made according to the result of the study.

**Key Words:** Anger, Anger Expression, Nurse, Psychiatric Health

## **KAYNAKLAR**

1. Adler A (2004) Yaşamın Anlam ve Amacı, Çeviren K Şipal, İstanbul, Say Yayınları, 7. Baskı.
2. Aiane Y, Susman JL, (2006) Understanding Comorbidity With Depression and Anxiety Disorders, JAOA, 106(5) Suppl 2; 9-14.
3. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J, (2002) An International Perspective On Hospital Nurses's Work Environments: The Case For Reform: Policy, Politics, and Nursing Practice, s255-263.
4. Aiken L, Clarke S, Douglas M, Sloane D, Sochalski J, Jeffrey H (2002) Silber Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, JAMA, 288(16).
5. Akiskal HS (2006) Duygudurum Bozuklukları: Klinik Psikiyatri, Kaplan H, Sadock B J (Ed), Çeviri (Ed) Aydın H, Bozkurt A, Ankara, Güneş Kitabevi, s1559-1718.
6. Anderson DE, Metter EJ, Hougaku H, Najjar SS (2006) Suppressed Anger Is Associated With Increased Carotid Arterial Stiffness in Older Adults, Am J Hypertens, 19(11):1129-34.
7. Arcak R, Kasımoğlu E (2006) Diyarbakır Merkezindeki Hastane ve Sağlık Ocaklarında Çalışan Hemşirelerin Sağlık Hizmetlerindeki Rolü ve İş Memnuniyeti, Dicle Tıp Dergisi, 33(1):23-30.
8. Aydın R (2000) Hemşirelerde İş Doyumu ve Kişiler Arası Çatışmalara Olan Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
9. Baba VV, Galperin BL, Lituchy TR (1999) Occupational Mental Health: A

Study of Work-Related Depression Among Nurses In The Caribbean, *Int J Nurs Stud*, Apr;36(2):163-9.

10. Balkaya F (2001) Çok Boyutlu Öfke Envanterinin Geliştirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara.
11. Balkaya F, Şahin H (2003) Çok Boyutlu Öfke Ölçeği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3): 192-202.
12. Baltaş A, Baltaş Z (2004) Stres ve Başa Çıkma Yolları: Öfke, İstanbul, Remzi Kitabevi, s275-282.
13. Best MF, Thurston NE (2006) Canadian Public Health Nurses' Job Satisfaction, *Public Health Nursing*, 23(3):250–255.
14. Berkowitz L (1990) Affective Behavior; Aggression; Anger; Association (Psychology); Behavior Change; Behavior Theories; Cognitive Psychology; Emotional Response; Models; Psychological Studies, *American Psychologist*, 45(4):494-503.
15. Bilge A, Ünal G (2005) Öfke, Öfke Kontrolü ve Hemşirelik Yaklaşımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 21(1):189-196.
16. Boltwood MD, Taylor CB, Boutté Burke M, Grogin H, Giacomini J (1993) Anger Report Predicts Coronary Artery Vasomotor Response to Mental Stress in Atherosclerotic Segments, *American Journal of Cardiology*, 72:1361-1365.
17. Bongard S, Absi M (2003) Domain-Specific Anger Expression Assessment and Blood Pressure During Rest and Acute Stres, *Personality and Individual Differences*, 34(8):1383-1402.



18. Bromberger JT, Matthews KA (1996) A "Feminine" Model Of Vulnerability To Depressive Symptoms: A Longitudinal Investigation Of Middle-Aged Women, *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(3):591-598.
19. Bronner G, Peretz C, Ehrenfeld M (2003) Sexual Harassment of Nurses and Nursing Students, *Journal of Advanced Nursing*, 42:637-644.
20. Brooks A, Thomas S, Droppleman P (1996) From Frustration To Red Fury: A Description Of Work-Related Anger In Male Registered Nurses, *Nurs Forum*, Jul-Sep;31(3):4-15.
21. Burger MJ (2006) Kişilik, Çeviren İ Deniz Erguvan Sarioğlu, İstanbul Kaknüs Yayınları.
22. Burns D, (2006) İyi Hissetmek, Yeni Duygudurum Tedavisi, Çeviren (Ed) HA Karaosmanoğlu, Bilişsel Davranışçı Terapiler Serisi-3, İstanbul, Psikonet yayınları.
23. Burns JW, Bruehl S, Quartana PJ (2006) Anger Management Style And Hostility Among Patients With Chronic Pain: Effects On Symptom-Specific Physiological Reactivity During Anger- And Sadness-Recall Interviews, *Psychosom Med*, Sep-Oct;68(5):786-93.
24. Caroline HA, Bernhard LA (1994) Health Care Dilemmas For Women With Serious Mental İllness, *ANS Adv Nurs Sci*, Mar;16(3):78-88.
25. Carrol V (2003) Verbal Abuse In The Workplace, *The American Journal of Nursing*, Volüme 103, Issue 3.
26. Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz I, Colditz G (2000) Association Between Psychosocial Work Characteristics And Health Functioning In

- American Women: Prospective study, British Medical Journal, 320:1432-1436.
27. Corley MC (2002) Nurse Moral Distress, A proposed theory and research agenda: Nursing Ethics, 9(6):636-650.
28. Cüceloğlu D (1991) İnsan ve Davranışı: Psikolojinin Temel Kavramları, İstanbul: Remzi Kitabevi.
29. Çam O, Baysal A (1998) Ruh Sağlığı Alanında Çalışan Kişilerin Öfke İfadeleri, IX. Ulusal Psikoloji Kongresi Kitabı, Pastel Matbaası, Ankara Türk psikologlar Derneği Yayınları no:15.
30. Çam O, Pektaş İ (2005) Şiddetin Hemşireliğe Yansıması, Adli Psikiyatri Dergisi, 2(3):3-8.
31. Çelik İ (2003) Öfke Tetikleyicileri Ölçeği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana, Çukurova Üniversitesi.
32. Davidson K, MacGregor M, Stuhr J, Dixon K, MacLean D (2000) Constructive Anger Verbal Behavior Predicts Blood Pressure In a Population-Based Sample, Health Psychology, 19:55-64.
33. Deans C, (2004) Who Cares For Nurses? The Lived Experience Of Workplace Aggression, Collegian, 11 No:1.
34. Deffenbacher J, Oetting E, Lynch R, Morris C (1996) The Expression Of Anger And Its Consequences, Behaviour Research and Therapy, 34:575-590.
35. Deffenbacher JL, Stark RS (1992) Relaxation And Cognitive-Relaxation Treatments of General Anger, Journal of Counseling Psychology, 39:158-167.

36. Deffenbacher JL, White GS, Lynch RS (2004) Evaluation of Two New Scales Assessing Driving Anger: The Driving Anger Expression Inventory and the Driver's Angry Thoughts Questionnaire, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26:87-99.
37. Degner LF, Gow CM, Thompson LA (1991) Critical Nursing Behaviors In Care For The Dying, *Cancer Nurs*, 14(5):246-53.
38. Dickstein J (2006) İlişki sorunları: Klinik Psikiyatri, Kaplan H, Sadock B J (Ed), Çeviren (Ed):Aydın H, Bozkurt A, Ankara, Güneş Kitabevi, s2241-2247
39. Doğan S, Güler H, Kelleci (2001) Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 5(1):26-32.
40. Doğan S, Güler H, Koçak E (1999) Hemşirelerin Hastaların Öfke Davranışlarına Tepkileri ve Kendi Öfke Düzeylerinin Belirlenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 3(1):20-26.
41. Doherty RW, Orimoto L, Theodore MS, Hatfield E, Hebb J (1995) Emotional Contagin; Gender and Occupational Differences, *Psychologyof Woman Quarterly*, 19:355.
42. Douglas R, Dolnak DO (2006) Treating Patients for Comorbid Depression, Anxiety Disorders, and Somatic Illnesses, *JAOA*, 106(5)1-8.
43. Duquette A, Kerouac S, Sandhu BK, Beaudet L (1994) Factors Related To Nursing Burnout: A Review Of Empirical Knowledge, *Issues Ment Health Nurs*, 15(4):337-58.
44. Eatough V, Smith J (2006) 'I was like a wild wild person': Understanding

Feelings Of Anger Using İnterpretative Phenomenological Analysis, Br J Psychol, 97:483-98.

45. Ebrinç S, Açıkkel C, Başoğlu C, Çetin M, Çeliköz B (2002) “Yanık Merkezi Hemşirelerinde Anksiyete, Depresyon, İş Doyumu, Tükenme ve Stresle Başa Çıkma: Karşılaştırmalı bir çalışma”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3(3)162-168.
46. Efron Rp (1997) Her an öfkeli misiniz?, Çeviren S Eren, Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
47. Ellis A, Harper AR (2005) Akılcı Yaşam Kılavuzu, Çeviren S Kunt Akbaş, Ankara Hekimler Yayın Birliği.
48. Engin E, Çam O (2006) Correlation between psychiatric nurses' anger and job motivation, Arch Psychiatr Nurs, Dec;20(6):268-75.
49. Erdem Y, Üstün B (1997) Hemşirelerin Çalışma Ortamında Karşılaştıkları Şiddet Durumları: Gözden Geçirme, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4(2):103-109.
50. Erkek N, Özgür G, Gümüş AB (2005) Yüksek Tansiyon Tanısı Alan Bireylerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları, 3. Uluslar arası Hemşirelik Kongresi Kitabı, İzmir (Poster Bildirisi).
51. Erözkan A (2006) Öfke İle Başa Çıkma: Bilişsel Davranışçı Terapilere Dayalı Bir Program: Milli Eğitim, Sayı 171.
52. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Julkunen J, Salonen JT (1998) Anger Expression And Incident Hypertension, Psychosomatic Medicine, 60(6):730-735.

53. Farrell G (1992) Aggression: Therapeutic Response To Verbal Abuse, Nurs Stand, 12-18;6(47):29-31.
54. Fitness J (2000) Anger In The Workplace: An Emotion Script Approach To Anger Episodes Between Workers And Their Superiors, Co-Workers And Subordinates, Journal of Organizational Behavior s147–162.
55. Fitzgerald ST, Jennifer A, Haythornthwaite SS, Craig K (2003) Ewart Anger in Young Black and White Workers: Effects of Job Control, Dissatisfaction, and Support, Journal of Behavioral Medicine, 26(4).
56. Fletcher C (2001) Hospital RNs' Job Satisfactions and Dissatisfactions, Journal of Nursing Administration, 31(6):324-331.
57. Fox S, Spector PE (1999) A Model Of Work Frustration-Aggression, Journal of Organizational Behavior, 20:915-931.
58. Gabbay FH, Krantz DS, Kop WJ , Hedges SM, Klein J, Gottdiener JS , and Rozanski A (1996) Triggers Of Myocardial İschemia During Daily Life In Patients With Coronary Artery Disease: Physical and Mental Activities, Anger And Smoking, J Am Coll Cardiol, 27:585-592.
59. Gençtan E (2004) İnsan Olmak, İstanbul, Varlık Yayınları.
60. Gillespie M, Melbr V (2003) Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: A comparative study, Journal of Clinical Nursing, 12(6):842–851.
61. Görgülü RS (1990) Hemşirelerin Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Hemşirelerin İş Ortamında Etkileyen Stresörlerin Tanımlanması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.

62. Güleç H, Sayar K, Özkorumak E (2005) Depresyonda Bedensel Belirtiler, Türk Psikiyatri Dergisi, 16(2):90-96.
63. Gündüz B (2000) Hemşirelerde Stresle Başa Çıkma Biçimleri İle Tükenmişlik Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trabzon, Karadeniz Teknik ,Üniversitesi.
64. Hatch H, Forgays DK (2001) A Comparison Of Older Adolescent And Adult Females' Responses To Anger-Provoking Situations, Adolescence, 36(143):557-570.
65. Haug TT, Mykletun A, Dahl AA (2004) The Association Between Anxiety, Depression, and Somatic Symptoms in a Large Population, The HUNT-II Study, Psychosom Med, 66(6):845-851.
66. Hillhouse JJ, Adler CM (1997) Investigating Stress Effect Patterns In Hospital Staff Nurses: Results Of A Cluster Analysis, Soc Sci Med, 45(12):1781-8.
67. Hollinworth H, Clark C, Harland R, Johnson L, Partington G (2005) Understanding The Arousal Of Anger: A Patient-Centred Approach, Nurs Stand, 25-31;19(37):41-7.
68. Horney K (1998) Psikanalizde Yeni Yollar, Ankara, Öteki yayınevi 2. Basım, ss105.
69. Horowitz MD, Hansjoerg Z (1999) Emotional Control Theory And The Concept of Defense: A Teaching Document, J Psychother Pract Res, 8:213-224.

70. İmamoğlu S (2003) Öğretmen Adaylarının Öfke ve Öfke İfade Tarzları İle Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi.
71. ICN (2006) “Uluslararası Hemşireler Günü Sağlıklı İstihdam Hayat Kurtarır”, Bilgi ve Eylem Kılavuzu, www.thd.org.tr. Erişim Tarihi: 04.06.2007
72. Iosifescu DV, Renshaw PF, Dougherty DD, Lyoo IK, Lee K, Fraguas R, Cassano P, Nierenberg AA, Fava M (2007) Major Depressive Disorder With Anger Attacks and Subcortical MRI White Matter Hyperintensities, J Nerv Ment Dis, 195(2):175-178.
73. Kaplan H, Sadock BJ (2005) Klinik Psikiyatri, Çeviren (Ed); Aydın H, Bozkurt A, Ankara, Güneş Kitabevi.
74. Karabulut N, Kılıç D, Köse S, (2004) Hipertansiyonlu Bireylerde Öfke ve Anksiyete Düzeyleri, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, www.insanbilimleri.com.1(1) (2004) Erişim tarihi:15.12.2006.
75. Kılıç C (1996) Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, Türk Psikiyatri Dergisi, 7(1):3-10.
76. Kısaç İ (1997) Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfadeleri, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
77. Krantz DS, Olson MB, Francis JL, Phankao C, Bairey Merz CN, Sopko G, Vido DA, Shaw LJ, Sheps DS, Pepine CJ, Matthews KA (2006) Anger, Hostility, And Cardiac Symptoms In Women With Suspected Coronary Artery Disease: The Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) Study, J Womens Health, 15(10):1214-23.

78. Kökdemir H (2004) Öfke ve öfke kontrolü, PiVOLKO, 3(12), 7-10.
79. Köknel Ö (1986) Kaygıdan Mutluluğa Kişilik, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi.
80. Köknel Ö (2000) Bireysel Ve Toplumsal Şiddet, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi 2. Basım.
81. Köroğlu E (2004) Depresyon Nedir? Nasıl Baş Edilir?, Ankara, Hekimler Yayınları Birliği.
82. Lerner H (2004) Öfke Dansı, İstanbul, Varlık Yayınları.
83. Libbus MK, Bowman KG (1994) Sexual Harassment Of Female Registered Nurses In Hospitals, J Nurs Adm, 24(6):26-31.
84. Lillibridge J, Cox M, Cross W (2002) Uncovering The Secret: Giving Voice To The Experiences Of Nurses Who Misuse Substances, Journal of Advanced Nursing August, 39(3):215-310.
85. Lukes E (2007) Feature Article Epidemiology Basics For Occupational Health Nurses, AAOHN Journal, 55(1).
86. Manderino MA, Berkey N (1997) Verbal Abuse Of Staff Nurses By Physicians, J Prof Nurs, 13(1):48-55.
87. Martin RC, Dahlen E R (2005) Cognitive Emotion Regulation In The Prediction Of Depression, Anxiety, Stress, and, Anger, Personality and Individual Differences 39:1249-1206.
88. Mckenna BG, Naumai A, Smith BA, Suzette J (2003) Horizontal Violence:



Experiences Of Registered Nurses In Their First Year of Practice, *Journal of Advanced Nursing*, 42(1):90.

89. Mynatt S (1996) A Model Of Contributing Risk Factors To Chemical Dependency In Nurses, *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34(7):13-22.

90. Nicholson RA, Gramling SE, Ong JC, Buenevar L (2003) Differences in Anger Expression Between Individuals With and Without Headache After Controlling for Depression and anxiety, *Headache*, 43:651-663.

91. Oguş ED (1990) Burnout And Social Support Systems Among Ward Nurses, *Issues Ment Health Nurs*, 11(3):267-81.

92. Ohayon MM, Shapiro CM, Kennedy SH (2000) Differentiating DSM-IV Anxiety And Depressive Disorders In The General Population: Comorbidity And Treatment Consequences, *Can J Psychiatry*, 45(2):166-72.

93. Okman C (1999) Ergenlik Dönemindeki Öfke İfade Tarzlarının Kendilik İmgesi Bağlamında İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, Marmara Üniversitesi.

94. Olmuş G Ö, (2001) Ergenlerin Aile İçi Psikolojik Örüntülere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans, Marmara Üniversitesi, İstanbul.

95. Orth U, Wieland E (2006) Anger, Hostility, And Posttraumatic Stress Disorder In Trauma-Exposed Adults: A Meta-Analysis, *J Consult Clin Psychol*, 74(4):698-706.

96. Oweis A, Mousa Diabat K (2005) Jordanian Nurses Perception of Physicians' Verbal Abuse: Findings From A Questionnaire Survey, *Int J Nurs Stud*,

42(8):881-8.

97. Önder ME, Dilbaz N (1994) Agresyonda Psikofarmakolojik Tedavi, 3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, Ek Sayı: Psikofarmakoloji, s81-88.
98. Özcan A (1996) Hasta Hemşire İlişkisi ve İletişim, İzmir, Saray Medikal Yayıncılık.
99. Özer AK (1994) Öfke Kaygı ve Depresyon Eğilimlerinin Bilişsel Alt Yapısıyla İlgili Bir Çalışma, Türk Psikoloji Dergisi, 9(31);12-35.
100. Özer AK (1994) Sürekli Öfke (SL-öfke) ve Öfke İfade Tarzı (öfke tarz) Ölçekleri Ön Çalışması, Türk Psikoloji Dergisi, 9(31);26-35.
101. Özmen SK (2004) Aile İçinde Öfke ve Saldırganlığın Yansımaları, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi, Cilt:37 Sayı:2.
102. Öztunç G (2001) Adana İlindeki Çeşitli Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Çalışma Saatlerinde Karşılaştıkları Sözel ve Fiziksel Taciz Olaylarının İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2001, 5(1):1-9.
103. Öztürk MO (2004) Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 10. basım, Ankara, Feryal Matbaası.
104. Öztürk H (2002) Hemşirelerin Motivasyon Düzeyleri ve Performans Düzeyleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul, İstanbul Üniversitesi.
105. Palabıyıkoglu R, Oral A, Binici S, Haran S (1997) İntihar girişimi olan ve Olmayan Kriz Olgularının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi, Kriz

Dergisi, 5(1):25-31.

106. Piko B (1999) Work-Related Stress Among Nurses: A Challenge For Health Care Institutions, *The Journal Of The Royal Society For The Promotion of Health*, 119:156-162.
107. Ratnasingam P, Bishop GD (2007) Social Support Schemas, Trait Anger, And Cardiovascular Responses, *Int J Psychophysiol.* Jan 12.
108. Rosenstein AH, O'Daniel M (2005) Disruptive Behavior & Clinical Outcomes: Perceptions of Nurses and Physicians, *American Journal of Nursing*, 105(1):54-63.
109. Roberts SJ (2000) Developing A Pozitive Professional Identity: Liberating Oneself From The Oppressor Within, *Advances in Nursing Science*, 22(4):71-82.
110. Sala G (1997) Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinin Öfke İfade Biçimlerinin İncelenmesi, *Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*, Ankara, Hacettepe Üniversitesi.
111. Sheldon LK, Barrett R, Ellington L (2006) Clinical Scholarship Difficult Communication in Nursing, *Journal of Nursing Scholarship* 38(2):141-147.
112. Skjorshammer M (2003) Anger Behaviour Among Professionals In A Norwegian Hospital: Antecedents And Consequences For Interprofessional Cooperation, *Journal of Interprofessional Care*, 17(4):377-388.
113. Smith M, Droppleman P, Thomas SP (1996) Under Assault: The Experience Of Work-Related Anger In Female Registered Nurses, *Nurs Forum*, 31(1):22-33.

114. Smith ME, Hart G (1994) Nurses' Responses To Patient Anger: From Disconnecting To Connecting, *Journal of Advanced Nursing*, 20(4):643 – 651.
115. Smith TW (2006) Personality as Risk and Resilience in Physical Health, *Current Directions in Psychological Science*, 15(5).
116. Solmuş T (2004) İş Yaşamında Duygular ve Kişilerarası İlişkiler, İstanbul, Beta Yayıncılık.
117. Soykan Ç (2003) Öfke ve öfke yönetimi, *Kriz Dergisi*, 11(2):19-27.
118. Sperberg ED, Stabb SD (1998) Depression In Women As Related To Anger And Mutuality In Relationships, *Psychology of Women Quarterly*, 22(2):223.
119. Steen N, Firth H ve Bond S (1998), Relation Between Work Stres And Job Performance In Nursing:A Comparison Of Models, *Structural Equation Modeling*, 5(2):125-142.
120. Story LB, Repetti R (2006) Daily Occupational Stressors And Marital Behavior, *J Fam Psychol*, 20(4):690-700.
121. Şahin HN (1997) Öfke, o sizi kontrol edeceğine, siz onu kontrol edin... *Türk Psikoloji Bülteni*, 7. Sayı ss:79-85
122. Tatar Ç (2004) Hemşirelerin Stresle Baş Etme Tarzları İle Depresyon Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir, Ege Üniversitesi.
123. Terakye G (1998) Hasta Hemşire İlişkileri: Öfke, 5.Basım, Ankara, Zirve

Ofset.

124. Thomas SP (2003) Anger: The Management Emotion, *Medsurg Nursing*, 12(2):103-110.
125. Thomas SP (2004) *Transforming Nurses Stress And Anger, Steps Toward Healing*, Second Edition, New York, Springer Publishing Company.
126. Thomas SP, Williams R (1995) Relationships Among Self Efficacy, Optimism, Trait Anger, And Anger Expression, *Health Values*, 19(4),46-53.
127. Trinkoff A, Zhou Q, Storr C L, Soaken K L (2000) WorkplacE Access, Negative Proscriptions, Job Strain, And Substance Use In Registered Nurses, *Nursing Research*, 49:83-90.
128. Türkçapar MH, Güriz O, Özel A ve Işık B, Özel SD (2001) Öfke ve Öfke Dışavurumunun Depresif Bozukluk ve Antisosyal Kişilikle İlişkisi: Kontrollü Bir Çalışma, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(2):119-124.
129. Uğur M (1994) *Medikal Psikoloji*, İstanbul, Sahaflar Kitap Sarayı.
130. Üstün B, Akgün E, Partlak N (2005) Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Öfke İfade Biçimleri ve Genel Sağlık Durumlarının İncelenmesi, *Z.K.Ü., Zonguldak Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Eğitimi Araştırma Dergisi*, 1(2).
131. Üstün B, Yavuzaslan F (1995) Öfkenin Gücü, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2(2):42-46.
132. Varcoe C Rodney P, McCormick J (2003) Health Care Relationships In Context: An Analysis Of Three Ethnographies, *Qualitative Health Research*,

13:957-973.

133. Venable VL, Carlson CR, Wilson J (2001) The Role Of Anger And Depression In Recurrent Headache, Headache, The Journal of Head And Face Pain, 41(1):21.
134. Vural M, Başar E (2006) Psikolojik Faktörlerin Koroner Kalp Hastalığına Etkisi: Olumsuz Psikolojik Faktörlere Müdahale Edilmeli mi? Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 6(1):55-9.
135. Williams RB, Barefoot JC, Blumenthal JA, Helms MJ, Luecken L, Pieper CF, Siegler IC, Suarez EC (1997) Psychosocial Correlates Of Job Strain In A Sample Of Working Women Arch Gen Psychiatry, 54:543-548.
136. William CL, (1995) Hidden Advantages For Men In Nursing, Nursing Administration Quarterly, 19(2), 63-70.
137. Yılmaz M (2001) Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 5 (2) 69-74.

# **EKLER**

## **EK. 1. KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

**1- Yaşınız;**

**2- Medeni durumunuz:**

Evli

Bekâr

**3- Mezun olduğunuz hemşirelik okulu hangisidir?**

Sağlık Meslek Lisesi

Açık öğretim Önlisans Programı

2 Yıllık Ön Lisans Programı

Hemşirelik Yüksek Okulu

Yüksek Lisans ve Doktora

**4-Kaç yıllık hemşiresiniz? (...)**

**5-Çalışmakta olduğunuz kurumun adı nedir?**

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bayındır Hastanesi

**6- Kadro durumunuz:**

Kadrolu

Sözleşmeli



**7- Çalışmakta olduğunuz kurumda halen aşağıdaki görevlerden hangisini üstlenmektesiniz?**

Servis sorumlu hemşiresi

Servis hemşiresi

**8 -Halen çalışmakta olduğunuz klinik hangisidir? (.....)**

**9 –Haftada ortalama kaç saat çalışıyorsunuz? (.....)**

**10- En uzun süre ile çalışma şekliniz nasıldır?**

Sürekli gündüz

Sürekli gece

Bazen nöbet ve nöbet sonrası mesai

Diğer (yazar mısınız?)

**11- Ortalama olarak bakım verdiğiniz hasta sayısı nedir?**

(Doğrudan olarak sorumlu olduğunuz hasta sayısı)

Gündüz (...)

Gece (...)

**12- Tanısı konulmuş bir fiziksel hastalığınız var mı?**

Evet, Lütfen belirtiniz.....

Hayır

## EK. 2.SÜREKLİ ÖFKE VE ÖFKE, İFADE TARZ ÖLÇEĞİ

### I. BÖLÜM

**YÖNERGE:** Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonrada genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayan seçerek üzerine (x) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman kaybetmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin. Lütfen boş madde bırakmayıp tüm maddeleri işaretleyiniz.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

### ***ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...***

#### **Sizi ne kadar tanımlıyor?**

	Hiç	Tümüyle		
1) <b>Çabuk parlarım.</b>	(1)	(2)	(3)	(4)
2) Kızgın mizaçlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
3) <b>Öfkesi burnunda bir insanımdır.</b>	(1)	(2)	(3)	(4)
4) Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
5) <b>Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.</b>	(1)	(2)	(3)	(4)
6) Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7) <b>Öfkelenince ağızma geleni söylerim.</b>	(1)	(2)	(3)	(4)
8) Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
9) <b>Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.</b>	(1)	(2)	(3)	(4)
10) Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1)	(2)	(3)	(4)

## II. BÖLÜM

**YÖNERGE:** Herkes zaman zaman kızgınlık ya da öfke duyabilir. Ancak, kişilerin öfke duygularıyla ilgili tepkileri vardır. 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 kaybetmeyiniz, işaretlenmemiş madde bırakmayınız.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

## ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

<u>Sizi ne kadar tanımlıyor?</u>	Hiç	Tümüyle		
11) Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>12) Kızgınlığımı gösteririm.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
13) Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>14) Başkalarına karşı sabırlıyım.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
15) Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>16) İnsanlardan uzak dururum.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
17) Başkalarına iğneli sözler söylerim	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>18) Soğukkanlılığımı korurum.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
19) Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>20) İçin için köpürürüm ama göstermem.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
21) Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>22) Başkalarıyla tartışırım.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
23) İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>24) Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
25) Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>26) Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
27) Belli ettiğimden daha fazla öfkeliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>28) Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
29) Kötü şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>30) Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
31) İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>32) Sinirlerime hâkim olamam.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>
33) Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
<b>34) Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.</b>	<b>(1)</b>	<b>(2)</b>	<b>(3)</b>	<b>(4)</b>

### **EK. 3:GENEL SAĞLIK ANKETİ**

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikâyetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın. Geçmişte değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikâyetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

Teşekkür ederim.

**Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.**

*Son zamanlarda...*

	<u>Hic</u> <u>olmuyor</u>	<u>Her</u> <u>zamanki</u> <u>kadar</u>	<u>Her</u> <u>zamank</u> <u>inden</u> <u>sık</u>	<u>Cok</u> <u>sık</u>
1- <b>Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
2- Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
3- <b>Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
4- Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
5- <b>Başınızda ağrı oluyor mu?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
6- Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
7- <b>Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
8- Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
9- <b>Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
10- Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
11- <b>Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
12- Ortada bir neden yokken korkuya yada paniğe kapıldığınız oluyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
13- <b>Her şey üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
14- Kendinizi sürekli sinirli ve tedirgin hissediyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
15- <b>Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
16- İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
17- <b>Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
18- Görevlerinizi yerine getirişinizden memnun musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
19- <b>İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
20- Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
21- <b>Günlük işlerinizden zevk alıyor musunuz?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
22- Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
23- <b>Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
24- Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	(0)	(1)	(2)	(3)
25- <b>Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşünüyor musunuz?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
26- Sinirleriniz bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)
27- <b>Kendi kendinize “ölsem de kurtulsam” dediğiniz oluyor mu?</b>	(0)	(1)	(2)	(3)
28- Kendinizi öldürme düşünceniz sürekli aklınıza geliyor mu?	(0)	(1)	(2)	(3)



T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.CUM.0.A1.00.00-5083  
KONU : İzin verilmesi

01.03.2006

**BAYINDIR TIP MERKEZİ BAŞHEKİMLİĞİNE**

Enstitümüz Hemşirelik programı yüksek lisans öğrencisi Fadime BAYRI, "Hemşirelerin Öfke Biçimleri ve Genel Sağlık Durumlarının İncelenmesi" konulu tez çalışması ile ilgili verileri 15 Mart – 15 Mayıs 2006 tarihleri arasında ekteki anket formlarını kullanarak hastanenizde toplayabilmesi için gerekli iznin verilmesini arz/rica ederim.

*O. Setenler*  
Prof.Dr.Öge ÇETİNKAYA  
MÜDÜR

EK: 1- Anket Formu (1 Adet)

T.C.CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

07.04.2006

Enstitünüz Hemşirelik programı yüksek lisans öğrencisi Fadime Bayrı'nın "Hemşirelerin Öfke Biçimleri ve Genel Sağlık Durumlarının İncelenmesi" konulu tez çalışması ile ilgili verileri 15 Mart – 15 Mayıs 2006 tarihleri arasında, hastanemiz hemşirelerine uygulaması tarafımızca uygun bulunmuştur. Gereğini arz/rica ederim.

Saygılarımla.

  
Gülzar GÖL  
Hemşire Hizmetleri Müdürü





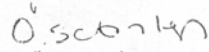
T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

SAYI : B.30.2.CUM.0.A1.00.00-50/82  
KONU : İzin verilmesi

01.03.2006

ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Enstitümüz Hemşirelik programı yüksek lisans öğrencisi Fadime BAYRI, "Hemşirelerin Öfke Biçimleri ve Genel Sağlık Durumlarının İncelenmesi" konulu tez çalışması ile ilgili verileri 15 Mart – 15 Mayıs 2006 tarihleri arasında ekteki anket formlarını kullanarak hastanemizde toplayabilmesi için gerekli iznin verilmesini arz/rica ederim.

  
Prof. Dr. Öge ÇETİNKAYA  
MÜDÜR



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
İBN-İ SİNA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



Sayı : 04/1214  
Konu :

08 Mart 2006

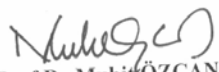
Ankara

Cumhuriyet Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne

İlgi: 01.03.2006 tarih ve 82 sayılı yazınız.

Enstitümüz hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisi Fadime BAYRI'nın "Hemşirelerin Öfke Biçimleri ve Genel Sağlık Durumlarının İncelenmesi" konulu tez çalışmasını, Hastanemizde yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

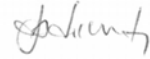
  
Prof. Dr. Muhit ÖZCAN  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi  
İbn-i Sina Hastanesi Başhekimi

A.Ç./07.03.2006

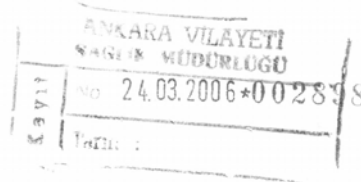
ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

ANKARA

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisiyim. Yüksek lisans tez çalışmam; hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile genel sağlık durumlarını incelemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmada kullanılan ölçekler ekte sunulmuştur. Çalışmamın tamamlanabilmesinde İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı bulunan Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ilgili anketleri uygulayabilmem için gerekli iznin verilmesini arz ederim.



Fadime BAYRI  
24.03.2006



EK-1;Kişisel Bilgi Formu  
EK-2;Sürekli Öfke- Öfke İfade Tarz Ölçeği  
EK-3;Genel Sağlık Anketi

Nuray  
24.03.06

T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

08765 04.04.2006

Şube : B104İSM4060009/Eğitim  
Konu : Tez Çalışması

ANKARA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Fadime BAYRI'NİN "Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Genel Sağlık Durumları" konulu tez çalışmasını hastanenizde yapabileceğine dair Valilik Makamının 03.04.2006 tarih ve 8510 sayılı onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

*Personel  
başlıca  
04/04/06*

*[Signature]*  
Dr. A. Çiğdem ŞİMŞEK  
Vali a.  
Sağlık Müdür Yard.

EK : Valilik Makamının 03.04.2006 tarih ve 8510 sayılı onayı.

<b>EVRAK KAYIT</b>
04 Nisan 2006
Sayı: 3919

T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Şube : B104İSM4060009/Eğitim  
Konu : Tez Çalışması

08766 04.04.2006

SAYIN: Fadime BAYRI

24.03.2006 tarih ve 2898 sayılı dilekçeniz incelenmiş olup “**Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Genel Sağlık Durumları**” konulu tez çalışmanızı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilemeniz ile ilgili Valilik Makamının 03.04.2006 tarih ve 8510 sayılı onayı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Gereğini rica ederim.

  
Dr. A. Cüdem ŞİMŞEK  
Vali a.  
Sağlık Müdür Yard.

EK : Valilik Makamının 03.04.2006 tarih ve 8510 sayılı onayı.

T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

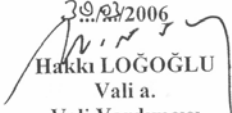
08510 03.04.2006  
...../...../2006

Şube : Eğitim  
Konu : Tez Çalışması

VALİLİK MAKAMINA

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi Fadime BAYRI'nın "**Hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Genel Sağlık Durumları**" konulu tez çalışmasını, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi konusunu olurlarınıza arz ederim.

  
Dr. Selahattin ŞAHİN  
Sağlık Müdürü

OLUR  
30.03.2006  
  
Hakkı LOĞOĞLU  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

EK: Anket Formu