



T.C.

YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN DÜRTÜSELLİK, ANKSİYETE VE
ÖFKE DÜZEYLERİ İLE SAVUNMA BİÇİMLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS

Burcu ÇAKAR

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2015

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERİN DÜRTÜSELLİK, ANKSİYETE VE
ÖFKE DÜZEYLERİ İLE SAVUNMA BİÇİMLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burcu ÇAKAR

HEMŞİRELİK PROGRAMI

Ankara, 2015

T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Hemşirelerin Dürtüsellik, Anksiyete ve Öfke Düzeyleri İle Savunma Biçimleri
Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Burcu ÇAKAR

Yüksek Lisans Tezi

22.07.2015

Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Jüri Üyeleri

Doç. Dr. Gül PINAR

Yrd. Doç. Dr. Dilek AVCI

Okuduğumuz ve Savunmasını dinlediğimiz bu tezin bir Yüksek Lisans derecesi için
gerekten tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Özen ÖZENSOY GÜLER

Enstitü Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans derecesi için gereken tüm şartları sağladığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

22.07.2015

Burcu ÇAKAR

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile bana yol gösteren çok kıymetli hocam, danışmanım Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN'a en içten saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tezin uygulama aşamasında bana yardımcı olan sevgili mesai arkadaşlarıma ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşire meslektaşlarıma,

Öğrencilik ve meslek hayatımın her aşamasında yanımda olan, sevgi ve desteklerini hep yanımda hissettiğim AİLEM'e, özellikle de tez yazım aşamasında bana yardımcı olan kardeşim Buse ÇAKAR'a sonsuz teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Çalışma Yaşamı, Hemşireler ve Çalışma Koşulları	7
2.1.1. Çalışma Yaşamı	7
2.1.2. Hemşireler ve Çalışma Koşulları.....	7
2.2. Dürtüsellik Kavramı	8
2.2.1. Dürtüsellik Tanımı.....	8
2.2.2. Dürtüsellik Nörobiyolojisi.....	11
2.2.3. Dürtüsellik Nedenleri ve Belirtileri	12
2.2.4. Dürtüsellik Süreçleri.....	12
2.2.5. Dürtüsellik Değerlendirilmesi	14
2.2.6. Dürtüsellik Tedavisi	15
2.2.6.1. Psikoterapötik Tedaviler.....	15
2.2.6.2. Farmakolojik Tedavi.....	16
2.2.7. Hemşirelerde Dürtüsellik.....	16
2.3. Anksiyete Kavramı	17
2.3.1. Anksiyete Tanımı.....	17
2.3.2. Anksiyetenin Etiyolojisi ve Nörobiyolojisi	19
2.3.3. Kuram ve Kuramcılara Göre Anksiyete	20
2.3.3.1. Davranışçı Kuram.....	20
2.3.3.2. Bilişsel (Kognitif) Kuram.....	20
2.3.3.3. Psikoanalitik Kuram - Freud Ekolü	22
2.3.3.4. Varoluşçu Yaklaşımlar	24
2.3.4. Anksiyete Belirtileri.....	27
2.3.5. Anksiyete Tipleri	28
2.3.6. Anksiyete Düzeyleri	28
2.3.6.1. Hafif Anksiyete.....	28

2.3.6.2.	Orta Düzeyde Anksiyete.....	29
2.3.6.3.	Yüksek Düzeyde Anksiyete.....	29
2.3.6.4.	Panik Düzeyde Anksiyete.....	29
2.3.7.	Anksiyete İle Baş Etme Yöntemleri	30
2.3.8.	Hemşirelerde Anksiyete Yaşantısı.....	31
2.4.	Öfke Kavramı	32
2.4.1.	Öfke Tanımı.....	32
2.4.2.	Öfke ile İlgili Kuramsal Açıklamalar	34
2.4.2.1.	James-Lang Kuramı.....	34
2.4.2.2.	Psikanalitik Kuram	34
2.4.2.3.	Sosyal Öğrenme Kuramı	35
2.4.2.4.	Bilişsel Kuram	36
2.4.2.5.	Durumluk - Sürekli Kişilik Kuramı.....	36
2.4.2.6.	Cannon-Bard Kuramı	37
2.4.3.	Öfkenin Özellikleri ve İşlevleri	37
2.4.4.	Öfkenin Nedenleri	39
2.4.5.	Öfke Türleri	40
2.4.5.1.	Sürekli ya da Yıkıcı Öfke	40
2.4.5.2.	Anlık, Durumluluk ya da Yapıcı Öfke	40
2.4.6.	Öfke İfade Tarzları	40
2.4.6.1.	Öfkenin İçe Yönelmesi	41
2.4.6.2.	Öfkenin Dışa Yönelmesi	41
2.4.6.3.	Öfkenin Kontrol Edilmesi	41
2.4.7.	Öfke Kontrol Yöntemleri.....	42
2.4.7.1.	Gevşeme	43
2.4.7.2.	Bilişsel Yeniden Yapılandırma.....	44
2.4.7.3.	Problemi Çözme	44
2.4.7.4.	Daha İyi İletişim	44
2.4.7.5.	Mizah Kullanılması	44
2.4.7.6.	Çevreyi Değiştirmek.....	45
2.4.8.	Hemşirelerin Çalışma Ortamında Öfke Yaşantısı	45
2.5.	Savunma Mekanizmaları Kavramı	46
2.5.1.	Savunma Biçimleri Tanımı.....	46
2.5.2.	Savunma Mekanizmaları Kümeleri	50

2.5.2.1. Olgun Olmayan (İmmatür) Savunma Mekanizmaları	50
2.5.2.2. Nevrotik Savunma Mekanizmaları	56
2.5.2.3. Olgun (Matür) Savunma Mekanizmaları.....	58
2.5.3. Hemşirelerde Savunma Mekanizmaları.....	61
2.6. Dürtüsellik, Anksiyete, Öfke İle Savunma Biçimleri Arasındaki İlişki	61
3. MATERYAL ve YÖNTEM	63
3.1. Araştırmanın Tipi	63
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer	63
3.3. Araştırmanın Evreni/Örnekleme	63
3.4. Araştırmanın Uygulanması.....	64
3.5. Araştırmanın İzni	64
3.6. Veri Toplama Araçları.....	64
3.6.1. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu	65
3.6.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği.....	65
3.6.3. Beck Anksiyete Ölçeği	66
3.6.4. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği	67
3.6.5. Savunma Biçimleri Ölçeği.....	68
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	69
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	70
4. BULGULAR.....	71
5. TARTIŞMA	96
5.1. Hemşirelerin Dürtüsellik İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	96
5.2. Hemşirelerin Anksiyeteye İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	99
5.3. Hemşirelerin Öfkeye İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	101
5.4. Hemşirelerin Kullandıkları Savunma Mekanizmalarına İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	104
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	107
7. KAYNAKLAR	112
8. EKLER.....	128
EK-1. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu	129
EK-2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği.....	131
EK-3. Beck Anksiyete Ölçeği	132

EK-4.	Çok Boyutlu Öfke Ölçeği	133
EK-5.	Savunma Biçimleri Ölçeği.....	138
EK-6.	Etik Kurul Kararı	140
EK-7.	Anket Kurul Kararı	142
EK-8.	Başhemşirelik İzni	143
EK-9.	Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	144
EK-10.	ÖZ GEÇMİŞ	145

ÖZET

Hemşirelerin Dürtüsellik, Anksiyete ve Öfke Düzeyleri ile Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Hemşirelik çalışma koşulları açısından stresli bir meslek olarak bilinmektedir. Hemşirelerin streslerini kontrol altına alabilmeleri için dürtüsellik, anksiyete ve öfke ile baş etme mekanizmalarını ve bunlara yönelik savunma biçimlerini bilmesi, kullanma becerilerine sahip olması gerekmektedir. Bu çalışma hemşirelerinin dürtüsellik, anksiyete ve öfke düzeyleri ile savunma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma tanımlayıcı araştırma şeklinde tasarlanmıştır. Araştırma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili birim, cerrahi birim, yoğun bakım ve acil servisinde çalışan toplam 460 hemşireden örneklem olarak seçilen 370 hemşire ile 15.09.2014 - 30.04.2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu, Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Çok Boyutlu Öfke Ölçeği ve Savunma Biçimleri Ölçeği kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Hemşirelerin “dürtüsellik genel” puan ortalamasının 65.40 ± 6.96 , “anksiyete” puan ortalamasının 13.71 ± 11.16 , “öfke belirtileri” puan ortalamasının 31.50 ± 10.81 ve “öfkeye yol açan durumlar” puan ortalamasının 145.36 ± 30.70 olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin “immatür savunmalar” puan ortalamasının 104.77 ± 28.78 , “nevrotik savunmalar” puan ortalamasının 41.79 ± 8.55 ve “matür savunmalar” puan ortalamasının 44.36 ± 9.49 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin dürtüsellik genel düzeyinin, anksiyete düzeyinin, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar ve kişilerarası öfke düzeyinin immatür savunmalar boyutunu arttırdığı saptanmıştır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda hemşirelere öfke ile baş etme becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitim programlarının oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete, dürtüsellik, hemşire, öfke, savunma mekanizmaları

ABSTRACT

Nurses Impulsivity Investigation of the Relationship Between Anxiety and Anger Levels with the Defense Style

Nursing is known as a stressful occupation in terms of working conditions. To control impulsivity nurses stress, anxiety and anger coping mechanisms and with the defence needs to know use the formats must have skills. This work is the nurse of impulsiveness, anxiety and anger levels with an investigation of the relationship between forms of defense style and was held in order to determine the factors affecting. Designed in the form of research, descriptive research. Research training and research Hospital Gülhane Military Medical Academy of internal units, surgical units, intensive care and emergency service workers a total of 460 nurse 15.09.2014-30.04.2015 nurse selected as the sample with 370 was held. Research, socio-demographic data collection form, Barratt Impulsivity Scale, Beck Anxiety Scale, Multidimensional Anger Scale and the scale of Defense Formats were used. Please fill the data obtained were analyzed using SPSS for Windows, 22.0. As the number of data evaluation descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation is used. Nurses "general impulsivity" score average of 65.40 ± 6.96 , "anxiety" score average 13.71 ± 11.16 , "symptoms of anger" points average of 31.50 ± 10.81 , "the anger that leads to situations in which" average of 145.36 ± 30.70 . In addition, nurses "immature defense" points average 104.77 ± 28.78 , "neurotic defenses" score is the average of the defences of mean 41.79 ± 8.55 and "mature defenses" score was found to be the average of 44.36 ± 9.49 . Nurses the overall level of impulsiveness, level of anxiety, anger-related thoughts, it was found that anger-related behaviors and increase the size of immature defense interpersonal anger level.

Obtained outcomen show that nurse training programmes about improving the ability of coping with anger could be recommended.

Key words: Anger, anxiety, defense mechanisms, impulsivity, nurse

SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ

BAÖ	: Beck Anksiyete Ölçeği
BDÖ	: Barrat Dürtüsellik Ölçeği
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇBÖÖ	: Çok Boyutlu Öfke Ölçeği
EEG	: Elektroensefalografi
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
ILO	: Uluslararası Çalışma Örgütü
SBT	: Savunma Biçimleri Testi
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
p	: Olasılık
r	: Korelasyon katsayısı
n	: Sayı
%	: Yüzde
α	: İç güvenirlilik katsayısı
SS	: Standart sapma
X	: Ortalama

TABLolar DİZİNİ

Tablo 4.1.	Hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklere göre dağılımı.	71
Tablo 4.2.	Hemşirelerin Barrat Dürtüsellik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.	73
Tablo 4.4.	Hemşirelerin çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklerin Barrat Dürtüsellik Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.	75
Tablo 4.5.	Hemşirelerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.	79
Tablo 4.6.	Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.....	80
Tablo 4.7.	Hemşirelerin çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.	81
Tablo 4.8.	Hemşirelerin Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.	82
Tablo 4.9.	Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Çok Boyutlu Öfke Ölçeği Puan ortalamaları ile karşılaştırılması.....	83
Tablo 4.10.	Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.	84
Tablo 4.11.	Hemşirelerin Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.	86
Tablo 4.12.	Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.....	87
Tablo 4.13.	Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.	88
Tablo 4.14.	Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Çok Boyutlu Öfke Ölçeği ve Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizi.....	91
Tablo 4.15.	Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puanları ile İmmatür Savunmalar arasındaki çoklu regresyon analizi.....	93
Tablo 4.16.	Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği Ve Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puanları ile Nevrotik Savunmalar arasındaki çoklu regresyon analizi.....	94
Tablo 4.17.	Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puanları ile Matür Savunmalar arasındaki çoklu regresyon analizi.	95

1. GİRİŞ

İş ortamı, çalışan bireylerin yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. İş ortamında çalışmak, günün büyük bir çoğunluğunu kapsaması nedeniyle bireylerin bir takım fiziksel, ruhsal ve sosyal gereksinimlerinin karşılanmasını iş ortamından beklemesine neden olmaktadır. Bu gereksinimlerin karşılanamaması, çalışanların genel yaşam doyumunu, fiziksel ve ruhsal sağlığını etkilemektedir (1). Hastanelerde hemşireler, sağlık ekibi içerisinde hasta bireyin ve ailesinin karşılaştıkları her türlü problemlerinde yirmi dört saat boyunca ilk başvurdukları ve bu görevi nedeniyle sağlık ekibi içerisinde iletişimi sağlayan önemli bir role sahip sağlık personelleridir (2, 3). Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak da kabul edilmektedir. Hemşirelerin çalışma koşullarındaki farklılıklar ve yaşadıkları çeşitli baskılar stres yaşamalarına neden olmaktadır (4). Hemşirelerin stres yaşamalarını etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin başında anksiyete ve öfke ile baş etmede yetersizlikler gelmektedir (5, 6). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) hemşirelerin anksiyete ve öfke yaşamasına yol açan çalışma ortamına ait başlıca stresörlerin yöneticilerle yaşanan sorunlar, rol çatışmaları, rol belirsizliklerinin yanı sıra iş yükünün fazla olması, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hasta ve hasta yakınları ile yaşanan çatışmalar ile vardiya şeklinde çalışma olduğunu ifade etmektedir (4). Bu duruma hemşirelerin yorgunluk, gerginlik ve toleranslarının düşük olması da eklendiğinde anksiyetenin ve öfkenin şiddeti artabilmektedir. Ayrıca çalışan hemşire sayısının hasta sayısına oranla yetersiz olması, nöbet sayısının fazla olması, hemşirelerin dürtülerini kontrol etmekte zorlanması, anksiyete ve öfkeyle baş etme becerilerinin yetersiz olması gibi durumlar hemşireleri olumsuz etkilemekte ve hastaların bakım kalitelerini düşürebilmektedir (4, 7, 8). Bu nedenle hemşirelerinin, kısa süre içerisinde en etkili yaklaşımla her yaştaki bireye etkin bir şekilde müdahale ederek bakımın kalitesini arttırabilmesi için dürtüsellik, anksiyete ve öfke ile baş etme mekanizmalarını ve bunlara yönelik savuma biçimlerini bilmesi ve kullanma becerilerine sahip olması gerekmektedir (9).

İnsanların, yaşadıkları anksiyete ve öfkelerini kontrol altına almaları için kullandıkları savunma mekanizmalarını etkileyen bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlardan birisi de dürtüselliktir (5, 6). Dürtüsellik, önceden düşünmeksizin veya bilinçli olarak karar almaksızın hızlı eyleme geçilmesi durumu olarak tanımlanmaktadır. Ani ve kısa süreli olabildiği gibi, gerilimi sabit olarak artarak, bireyin kendisini ve diğerlerini dikkate almadan patlayıcı bir şekilde de ortaya çıkabilmektedir (5, 6). Dürtüsellik, ortama uygun olmayan veya aşırı riskli, yeterince planlanmamış ve genelde istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları kapsamaktadır. Bu davranışlar dikkatsizlik, sabırsızlık, yenilik arama, risk alma, heyecan ve zevk arama, zarar görme ihtimalini düşük hesaplama ve dışa dönüklük gibi özellikler ile kendini göstermektedir (6, 10). Dürtüsellik tek bir hareket değil davranış örüntüsünün bir parçası, bir yatkınlıktır (6, 11). Acil servise intihar girişimi ile gelen ergenlerde öfke ile dürtüsellik arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmada, intihar girişiminde bulunan ergen grubunda dürtüsellik ve öfke ölçeği toplam puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (12). Ramirez ve Andreu ise yaptıkları çalışmada, öfke ifadesinin engellenmemiş yanıtın bir yansıması olabileceğini ve bunun bir sonucu olarak da öfke ile dürtüsellik arasında olumlu bir ilişki olabileceğini ortaya koymuşlardır (13). Toplum ruhbilimcileri ve bilim adamları ile yapılan bir diğer çalışmada ise, sürekli öfkenin dürtüsellik ile pozitif yönde ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (14). Öfkenin dürtüsellik ile birlikte ortaya çıkmasına sebep olan temel nedenin anksiyete olduğu bilinmektedir (5, 6). Yapılan çalışmalar incelendiğinde anksiyetenin beraberinde getirdiği öfkenin ortaya konuş biçiminde dürtüsellik, davranışın ana belirleyicisi olduğu tespit edilmiştir (12, 13, 14). Tüm insanlarda olduğu gibi hemşirelerde de dürtüsellik etkileyen faktörün anksiyete olduğu söylenebilir. Bu nedenle hemşirelerin anksiyete, öfke ve dürtüsellik durumlarına neden olan faktörlerin belirlenmesi oldukça önemlidir (5). Hemşirelerin yaşadıkları anksiyete çalıştıkları birime ve bakım verdikleri hasta popülasyonuna göre değişebilmektedir. Yoğun bakımın çalışma koşulları, acil hastalara müdahale ve kriz gibi durumlar hemşirelerde anksiyete düzeyini arttırmaktadır (8). Anksiyete düzeyinin artması da kişilerin daha çok dürtüsel davranış göstermesine neden olmaktadır (5).

Anksiyete, tehdit veya tehlike karşısında duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda dürtüsel olarak kendini gösteren birtakım değişiklikler ve bunların öznel

yaşantılarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Anksiyete, bireyin uyanık iken yaşadığı, uzun süren, kaynağı kişi tarafından açıklanamayan bir durumdur (5). Anksiyete, evrensel bir duygu olup, bireyin kendini tehlikede hissettiği durumlara karşı geliştirdiği doğal bir tepkidir. Benlik bütünlüğüne karşı beklenen bir tehtite tepki olarak hissedilen bir gerilimdir (15). Anksiyete çoğu zaman fikir, düşünce ve duyguların bireyin benlik bütünlüğünü tehtit ettiği zaman ortaya çıkan ruhsal ve duygusal çelişiklere bağlı olarak oluşmaktadır (15). Hemşireler, çalıştıkları ortamda stres yaratan faktörlere uzun süre maruz kalmaları ve çalışma koşullarındaki uygunsuzluklar nedeniyle anksiyete yaşamaktadırlar. Anksiyete kaynağının daha çok çalışma ortamından ve çalışma koşullarından kaynaklandığı yapılan çalışmalarda da görülmektedir (16, 17, 18, 19, 20). Ameliyathane ortamının sağlık personelinde yarattığı anksiyete düzeyinin incelendiği bir çalışmada ameliyathane grubunda kontrol grubuna göre hem durumluk hem de sürekli anksiyete ortalama puanları yüksek bulunmuştur (16). Vardiyalı çalışan hemşirelerde kan basıncı ve anksiyete düzeyi ilişkisinin incelendiği çalışmada, ikinci ‘durumluk anksiyete’ düzeyi sürekli gündüz vardiyasında çalışanlarda, gündüz ve gece vardiyasında çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur (17). Çalışma yaşamı ve anksiyete isimli çalışmada, anksiyetenin çalışma yaşamında önemli olduğu ve çalışanlar açısından birçok risk faktörü içerdiği görülmüştür (18). Hemşirelerin anksiyete düzeylerinin saptandığı ve hemşireleri iş ortamında etkileyen stresörlerin tanımlandığı bir diğer çalışmada, 24.00-08.00 vardiyasında çalışan hemşirelerin sürekli ve durumluk anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (19). Yunanistan'da acil hemşirelerinin anksiyete düzeyleri ve ilgili semptomların incelendiği araştırmada hemşirelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (20). Birey bir tehdit veya engellenme ile karşılaştığında kendini yetersiz, güçsüz hissetmekte ve anksiyete yaşamaktadır. Anksiyete ile etkisiz baş etme davranışı sonucunda en çok görülen duygulardan birinin öfke olduğu bilinmektedir (5, 6).

Öfke, insanın doğuştan getirdiği ve yaşamın ilk yıllarında gelişen, doyurulmamış isteklere ve karşılanmayan beklentilere karşı verilen son derece doğal, saldırganlık ve şiddet içermeyen, hayata uyumu kolaylaştıran, yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan evrensel ve duygusal bir tepkidir (5, 21, 22). Öfke, bireyin bir çatışma, bir tehlike ya da bir engellenme ile karşılaştığında yaşadığı çaresizliğin, güçsüzlüğün ve yetersizliğin yarattığı kaygıdan kurtulmak amacıyla kendini

savunduğu, hoşnutsuzluktan kızgınlık ve şiddete kadar değişebilen bir duygudur (5, 22, 23). Kişinin kendi benliğine yönelik bir tehdit algılandığında ortaya çıkan bir savunma düzeneğidir (5). Öfke, anksiyete ile başlayan olaylar dizisidir ve bir güçsüzlük duygusu olarak tanımlanmaktadır. Birçok kişi anksiyete yaşadığında ve çaresizlik hissettiğinde öfkelenmektedir (15). Hemşirelik mesleği, öfke duygusunun en çok yaşandığı mesleklerden biri olarak görölmektedir. Hemşireler zaman zaman kendilerini yeterince ifade edememeleri nedeniyle öfke yaşamaktadırlar. Bununla birlikte çalışma koşulları, yönetimdeki aksaklıklar, alınan ücretin düşük olması, meslektaşlardan yeterli destek alamama, hasta sayısının fazla olması, şiddete maruz kalma, istenilen bakımın verilememesi ve ekip içi çatışmalar hemşirelerin öfkelenmelerine neden olan etkenler olarak görölmektedir (24, 25, 26). Ayrıca çalışma ortamında yaşanan gerginlikler, ortak hedeflerin yokluğu, kurumlar arasındaki rekabet hemşireleri çatışmaya daha eğilimli hale getirerek yoğun öfke duygusu yaşamalarına neden olmaktadır (25). Hastaların öfkeli davranışları karşısında hemşirelerin yaklaşımlarının ele alındığı bir çalışmada, hemşirelerin hastaların sözel öfke tepkilerine daha olumlu bir yaklaşım sergiledikleri belirlenmiş ve hemşirelerin kendi öfke düzeyleri ile yaş, çalışma yılı gibi faktörlerin hastalara yaklaşımlarında etkili olmadığı görölmüştür (27). Hemşirelerin öfkelerini ifade etme ve iletişim biçimlerinin incelendiği bir çalışmada kendini ifade edebilen hemşirelerin öfke düzeylerinin azaldığı ve öfkelerini kontrol edebildikleri belirtilmiştir (28). Hemşirelerin öfke düzeyinin iş doyumuna etkisinin araştırıldığı bir diğer çalışmada ise hemşirelerin öfke kontrol düzeyinin yüksek olduğu bulunmuş, öfkeyi doğru bir şekilde ifade edebilmenin iş doyumunu arttırdığı sonucuna varılmıştır (29). İnsanlar genellikle kendi benlik kavramını tehdit eden korkularından ya da bilişsel şemalarından doğan çelişki nedeniyle anksiyete yaşamaktadırlar (15). Yaşanan bu anksiyete sonucu ortaya çıkan öfke davranışına karşı bilinçaltı savunma mekanizmaları devreye girmektedir (5). Savunma mekanizmaları anksiyete ve öfke düzeyini etkileyen en temel mekanizmalardan birisidir (5).

Savunma mekanizmaları, bireyin çatışma ve engellenmelerle karşılaştığında yaşadığı gerginliği hafifletmek için bilinçli ya da bilinçsiz olarak kullandığı davranış, duygu ve düşünce biçimini içeren mekanizmaları ifade etmektedir (5, 30, 31). Savunma biçimleri kişiliğin gelişiminde ve kişinin çevreye uyumunda önemli rol oynamakta ve kişiyi içsel çatışma ve duygusal sıkıntıdan korumakta, benlik

bütünlüklerinin gelişmesine katkıda bulunmaktadır (5, 31, 32). Hemşirelerin savunma biçimlerinin saptanması, anksiyete ve öfkeyi kontrol altına alabilmeleri ve bakım verdikleri hastalara daha iyi hizmet sunmalarını sağladığı için önem taşımaktadır. Savunma biçimleri ile ilgili çalışmalara bakıldığında sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır (32, 33, 34). Hemşirelerin savunma biçimlerinin araştırıldığı çalışmaya ise rastlanılmamıştır. Yapılan literatür taramalarında savunma biçimlerinin uyum bozukluğundaki rolü'nu inceleyen tek çalışma bulunmuştur (33). Ayrıca savunma biçimleri testinin psikometrik özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışma ile depresyon hastalarının kullandıkları savunma mekanizmalarının incelendiği bir başka çalışmaya ulaşılarak konuyla ilgili araştırmaların kısıtlılığı ortaya konulmuştur (32, 34). Yaptığımız çalışmanın bu eksikliklerin giderilmesi açısından literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anksiyete ve buna bağlı olarak gelişen öfke duygusunun dürtüsellik sonucu ortaya çıktığı ve bunları kontrol altına almaya yönelik olarak bilinçdışı savunma mekanizmalarının devreye girdiği bilinmektedir (5, 6, 15). Hemşireler, çalışma koşullarındaki farklılıklardan dolayı çeşitli engellerle karşılaşarak iş ortamında büyük ölçüde stres ve öfke yaşamaktadır (4, 25). Yoğun iş yüküne sahip stresli ve gergin bir ortamda çalışan hemşirelerin verimli ve etkili çalışabilmeleri, hastalarına kaliteli bakım verebilmeleri için dürtülerini, anksiyetelerini ve öfkelerini kontrol edebilmeleri ve bunlara yönelik savunma biçimlerinin farkında olmaları gerekmektedir (4, 25). Bu nedenle hemşirelerde dürtüsellik, anksiyete, öfke, savunma biçimleri ve bunları etkileyen faktörlerin belirlenmesi önem taşımaktadır. Literatür incelendiğinde, sağlık çalışanlarının tepkilerini ortaya koyan çalışmaların ağırlıklı olarak psikiyatri, acil servisler gibi öfke ve şiddet potansiyeli yüksek olan birimlerde yapıldığı, özellikle ülkemizde hemşirelerin tepkilerini inceleyen çalışmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (27). Dünyada ve Türkiye'de yapılan çalışmalara bakıldığında, sağlık personelinin özellikle de hemşirelerin dürtüsellik, anksiyete, öfke ve bunlara yönelik savunma biçimlerini araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır (12, 19, 25, 33). Bu nedenlerden dolayı böyle bir çalışmanın yapılması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Ayrıca bu çalışma konuyla ilgili diğer çalışmalar için yol gösterici olacaktır.

Bu çalışma, hemşirelerinin dürtüsellik, anksiyete ve öfke düzeyleri ile savunma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma soruları;

1. Hemşirelerin çalışma ortamındaki dürtüsellik, anksiyete ve öfke düzeyi nedir?
2. Hemşirelerin yaşadıkları dürtüsellik, anksiyete ve öfkeye karşı kullandıkları savunma biçimleri nelerdir?
3. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile kullanılan ölçekler arasında anlamlı bir ilişki var mı?
4. Bu ölçeklerden alınan puanların ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki var mı?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çalışma Yaşamı, Hemşireler ve Çalışma Koşulları

2.1.1. Çalışma Yaşamı

Bireyin yaşamını sağlıklı bir biçimde sürdürebilmesi için çalışması gerekmektedir. Çalışma yaşamı insanların gününün büyük bir bölümünü ayırdıkları zaman dilimidir. İnsan hayatında önemli bir yere sahip olan çalışma yaşamı bireye, toplum içinde belli bir rol yüklemekte olup, statü ve ekonomik bir güç sağlamaktadır (2, 3, 35). Bununla birlikte çalışma yaşamı çalışanların sağlığını bozacak doyumсуuzluklar, kazalar ve riskler taşıması nedeniyle de fizyolojik ve psikososyal yönden bazı olumsuzlukları beraberinde getirmektedir. Bu olumsuzluklar, fazla mesai, vardiya sistemi ile çalışma, iş baskısı, sağlığı tehdit edebilecek riskli ortamlarda çalışmak, kişilerarası çatışmalar ve gerginlikler, sınırları iyi çizilmemiş belirsiz sorumluluklar, rol karmaşası, sosyal izolasyon vb. şeklinde sıralanabilmektedir (2, 3, 35). Bu da bireyin stres ve anksiyete yaşamasına neden olabilmekte ve bireyin hem fiziksel hem de psikososyal sağlığını tehdit edebilmektedir. Yani çalışma yaşamı bireyin ruhsal, sosyal ve fiziksel sağlığını etkilediği gibi, bireyin sağlığı da çalışma yaşamını ve ürettiği işin kalitesini etkilemektedir (36).

Çalışma yaşamı, sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan hemşirelerin hayatında önemli bir yer teşkil etmektedir. Hemşireler normal çalışma saatleri dışında çalışma zorunluluğu olan kişiler olması nedeniyle diğer meslek üyelerine oranla çalışma koşullarındaki farklılıklardan daha fazla etkilenmektedir. Bu durum da hemşirelerin çeşitli engellerle karşılaşmasına ve iş ortamında büyük ölçüde zorluklar yaşamasına sebep olmaktadır (4, 25).

2.1.2. Hemşireler ve Çalışma Koşulları

Hemşireler, hayati tehlikesi olan hastaların tanılmasını yapmak, hastaları sürekli gözlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu sağlık personelleridir. Hemşireler, hizmet sunulanlar

için birincil danışman ve iletişim alanında oldukça etkin rolü bulunan kişilerdir. Hemşirelik ise çalışma koşulları ağır olan bir meslektir (37, 38). Özellikle hastane gibi çok riskli bir çalışma ortamında uzun süre hasta ile birlikte çalışan hemşireler, çalışma ortamındaki kötü şartlardan etkilenen en önemli sağlık personelleri olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca hemşirelik mesleğinin diğer mesleklere göre daha stresli olması, çalışma koşullarının zorluğu ve çalışma saatlerinin uzun olmasının yanında iş kazalarının ve ekip içi çatışmaların hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir (4, 39, 40).

Hemşirelerin çalışma alanı olan hastaneler, hemşirelerin sık sık anksiyete yaşamalarına sebep olan çeşitli durumlarla karşılaşmaları ve yoğun stres yaşayan hasta bireye bakım vermeleri nedeniyle de diğer iş ortamlarından farklılık göstermektedir (8, 41). Hemşireler, düzensiz çalışma saatleri, fazla saat çalışma, düşük ücretle çalışma, uzun süre ayakta durma, fazla sayıda hastaya bakım verme, rol belirsizlikleri, karmaşık araç ve gereçler kullanma ve personel yetersizlikleri nedeniyle yoğun stres yaşamaktadır (19). Buna yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalığa bağlı gerginlik yaşayan hasta ve aileleriyle iletişim güçlüğü gibi çalışma koşullarından kaynaklanan sorunlar da eklenince stresin boyutu daha da artmaktadır. Yaşadıkları yoğun stres hemşirelerin moral ve motivasyonunu düşürerek bakımın kalitesini olumsuz etkilemektedir (4). Sağlık hizmetinin kaliteli ve daha iyi bir şekilde verilebilmesi için hemşirelerin çalışma yaşamına ve çalışma koşullarına ilişkin sorunlarının tanımlanması ve giderilmesi sağlık hizmetlerindeki yetersizliklerin azaltılması açısından da önemlidir (4, 42, 43).

2.2. Dürtüsellik Kavramı

2.2.1. Dürtüsellik Tanımı

Dürtüsellik karmaşık bir kavram olmakla birlikte kişilik boyutunu, davranışsal ve bilişsel bileşenleri içeren çok yönlü bir kavram olarak da ifade edilmektedir (5, 6). Tek bir dürtüsellik tanımı ya da tek bir tip dürtüsel davranış örneği yoktur. Literatüre bakıldığında dürtüsellik ile ilgili çeşitli tanımlara rastlanmaktadır (44, 45, 46, 47).

Daruna ve Barnes'a (1993) göre dürtüsellik, genelde uyumlu olmayan (maladaptif) davranışlar için kullanılan bir terimdir. Dürtüselligi yansıtan davranışlar, çoğunlukla istenmeyen sonuçlar doğuran anlatım zayıflığı, erken-vakitsiz kendini ifade etme, yersiz risk alma ya da duruma uygun olmayan hareketleri içermektedir. Böyle hareketler olumlu çıktılara sahip olduklarında, dürtüsellğin bir belirtisi olarak değil cesaretin, yürekli olmanın, hızlı ve spontan hareket etmenin veya alışılmadık davranışların göstergeleri olarak değerlendirilmektedir (44).

Ho ve arkadaşlarına göre (1999) dürtüsellik, istemli olarak verilen cevabı erteleme ya da engelleme güçlüğü, kısa cevap eşiği, derinlemesine düşünme eksikliği (lack of reflection) ve dikkat sorunları gibi çeşitli bilişsel ve davranışsal eğilimler olarak tanımlanmaktadır (45).

Barratt ve Patton (1995) tarafından dürtüsellik; nörofizyolojik temele dayanan, davranışın bağlam ve sonuçlarına uymada yetersizlik olarak ifade edilmektedir. Dürtüselligi, hazırlıksız aniden hareket (motor aktivasyon), elindeki işe odaklanmadan (dikkat) hareket, plan yapmadan ve yeterince düşünmeden (plan eksikliği) hareket şeklinde üç bölümde ele alarak incelemiştir (46) .

- Dikkatle ilişkili dürtüsellik; konsantrasyon ve dikkat ile ilgili problemler, yarışan düşünceler, dikkatin hızlı yön değiştirmesi, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlüğü içermektedir.
- Motor dürtüsellik; aceleci hareket, hızlı tepkiler ve huzursuzluğu içermektedir.
- Tasarlamamış dürtüsellik ise; gelecek yöneliminin eksikliğini ifade etmektedir.

Eysenck (1977) ise dürtüselligi risk alma, yetersiz plan yapma ve dikkatini çabuk toplayamama ile ilişkilendirmiştir (47). Dürtüsellik, plan yapmada yetersizliğin yanı sıra engellenmeye karşı toleransın düşük olması sonucu ortaya çıkan öfke ve saldırganlık davranışlarını da yansıtmaktadır (47).

Moeller'e göre ise dürtüsellik;

- a. Davranışın olumsuz sonuçlarına duyarlılıkta azalma,
- b. Bilginin işlenmesi bitmeden uyarana hızlı ve plansız tepki verme

c. Uzun dönem sonuçlara önem vermede eksiklik olarak tanımlanmaktadır (11).

Dürtüsellik; kişinin davranışlarının sonuçlarını öngörmesine fırsat vermeyecek kadar hızlı eyleme geçme ile karakterize, nörobiyolojik temele dayanan bir kişilik özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır (6, 10, 11, 48).

Dürtüsel davranışlar, bir işe başlamadan ya da bir tepki vermeden önce yeterince düşünmeme şeklinde kendini gösteren, bilişsel bir fonksiyon olarak da tanımlanmakta ve özellikle dışadönük olarak adlandırılan kişilerin sahip olduğu bir davranış biçimi olarak görülmektedir (6, 10, 11, 49). Bunun yanı sıra dürtüsellik ortama uygun olmayan, aşırı riskli, iyi planlanmamış ve çoğunlukla istenmeyen sonuçlara yol açan çeşitli davranışları kapsamaktadır. Dürtüsellik sabırsızlık, dikkatsizlik, heyecan arama, zevk duyma, zarar görme ihtimalini yeterince hesaplayamama gibi özelliklerle kendini gösteren, öğrenilebilen bir davranış olarak da ifade edilmektedir (6, 10, 50, 51). Örneğin, çocuğun hoşuna giden bir şeyi elde etmek için verdiği tepkinin “aile çevresinden kaynaklanan öğrenilmiş bir davranış” olarak ele alınması dürtüsellüğün sosyal rolünü ortaya koymaktadır. Bu rol tanımı dürtüsel kişilerin kendileri dışında başkalarına da zarar verdiğini ifade etmektedir (52).

Dürtüsellik farklı boyutlarda kendini göstermektedir. Dürtüsel davranışlar, günlük yaşam içerisinde normal boyutta görülebildiği gibi ruhsal bir hastalığın belirtisi olarak patolojik boyutta da görülebilmektedir. Patolojik boyuttaki dürtüsel davranışlar gündelik yaşamdaki dürtüsel davranışlardan farklılık göstermektedir. Patolojik dürtüsellüğün en belirgin özelliği kişilerin yaşam kalitesini bozması, işlevselliklerini azaltması ve performanslarını düşürmesidir. Günlük yaşamda karşılaşılan fazla alkol kullanımı, aşırı alışveriş yapma ya da bir toplantı sırasında düşünmeden bir şeyler söylemek, küçük tartışmalarda gereğinden fazla öfkelenerek bağırma gibi eylemler dürtüsel davranışlara örnek verilebilir ve normal dürtüsel davranışlar olarak kabul edilir (6, 53).

Ayrıca literatür taramalarında dürtüsel davranışların üç şekilde ele alındığı görülmektedir:

a. Davranışların yol açacağı sonuçları ön görmede eldeki bilgileri yeterince kullanamamak

b. Elde edilecek büyük bir ödül için var olan küçük bir ödülün vazgeçememek

c. Yerleşmiş güçlü motor tepkileri baskılamakta yetersizlik yaşamak (54).

Bu üç madde birlikte değerlendirildiğinde, dürtüselliğin değişen çevresel koşullar altında belirli bir amaç için durumu değerlendirme ve bu duruma esnek bir şekilde yanıt verme yeteneğindeki aksaklığı yansıttığı bildirilmektedir (54).

Yapılan bütün bu tanımlamalar iki sonucu ortaya çıkarmaktadır. Birincisi, dürtüsellik bir yatkınlıktır (predisposition). Yani dürtüsellik tek bir hareket değil bir davranış örüntüsüdür. İkincisi ise dürtüsellik, bilinçli olarak hareketin sonuçlarını değerlendirmeye fırsat vermeden yapılan hızlı ve planlanmamış harekettir. Bu özellik dürtüselliği planlı davranışlar olan kompulsif davranışlar ve yanlış yargılamadan ayırmaktadır (6, 11). Tüm bu saptamalara rağmen dürtüselliğin normal ile hastalık boyutu arasındaki sınır kesin olmamakla birlikte dürtüselliğin çok sayıda psikiyatrik bozukluğun çekirdek belirtilerinden biri olduğu söylenmektedir. Sonuçta dürtüsellik bir kişilik özelliği, davranış ya da durum olarak karşımıza çıkmaktadır (5, 6, 55).

2.2.2. Dürtüselliğin Nörobiyolojisi

Dürtüsellik tek bir nörobiyolojik temele dayandırılmamaktadır. Dürtüsel davranışla ilgili beynin birçok bölgesi ve bazı nörotransmitterler sorumlu tutulmaktadır. Dürtüsellik ile ilgili yapılan beyin görüntüleme çalışmaları genellikle bozulmuş frontal lob aktivitesine dikkat çekerken, bunun yanında orbitofrontal korteks, dorsolateral prefrontal korteks, anterior singulat girus disfonksiyonunun ve serotonerjik fonksiyon eksikliğinin dürtüsel davranışların ortaya çıkmasında etkili olduğunu bildirmiştir. Bu davranışlar öfke, saldırganlık ve şiddet şeklinde kendini göstermektedir (5, 6, 10, 44, 56).

Prefrontal korteks ve orbitofrontal korteks fonksiyonlarının baskılanması, karar verme ve yanıt seçme süreçlerinde görev almaktadır. Orbitofrontal korteks mevcut bilgiler ışığında kişinin eylemlerinin sonucundaki davranışlarını yönlendirmede önemli bir role sahiptir. Dolayısıyla frontal lob hasarı olan kişilerde dürtüsel davranışlar daha sık görülmektedir (5, 6, 10).

Dürtüselliikte rol alan ana nörotransmitterler ise serotonin, dopamin, noradrenalin, glutamat ve GABA'dır. Yapılan çalışmalarda özellikle beyin serotonin düzeylerindeki azalmanın davranışın baskılanmasını azaltarak dürtüsel davranışların artmasına sebep olduğu belirtilmektedir (5, 6, 10).

2.2.3. Dürtüselliğin Nedenleri ve Belirtileri

Dürtüselliğin nedenleri arasında kişilerin frontal bölgede bulunan beyin yapılarında kanlanmanın azalması, glikoz kullanımının normalden az olması, ailede dürtüsellik öyküsü bulunması, depresyon, davranış bozukluğu, aşırı alkol kullanımı, antisosyal özellikler gibi psikiyatrik sorunlar sayılabilmektedir. Dürtüsellik nedenleri temel bir etken olmaktan ziyade, ruhsal sorunların ortaya çıkmasını tetikleyen ve hızlandıran sebepler arasında yer almaktadır (5, 6, 57).

Dürtüselliğin belirtileri şunlardır:

- Sabırsız olmak
- Düşünmeden ani hareket etmek
- Tepkileri sınırlayamamak
- İsteklerini erteleyememe ve bunları yaptırmak için diretme
- Başkalarının sözünü kesmek ve sürekli araya girmek
- Bildiği soruların cevaplarını soru bitmeden yanıtlamak (5, 6, 57).

2.2.4. Dürtüselliğin Süreçleri

Dürtüsellik, çoğunlukla istenmeyen sonuçlara ve uygun olmayan durumlara neden olan zamansız ifade edilmiş ve risk taşıyan yaygın bir eylem olarak da ifade edilmektedir. Dürtüsellik, bazı süreçlerin gerçekleşmesiyle meydana gelmektedir (5, 6, 31).

Tepki Kettleme/Yanıt Engelleme (Response Inhibition) Süreci:

Dürtüselliikte tepki kettleme; zamanından önce yani erken tepkiler verme ya da cevabı ertelemeye yetersizlik olarak açıklanmaktadır. Davranış bilimleri açısından

dürtü kontrolü, yemek, cinsellik ya da aşırı derecede arzulanan diğer kazançlar için içsel veya dışsal olarak harekete geçirilen güçlü bir isteği modüle eden aktif bir inhibitör mekanizma şeklinde ifade edilmektedir. Bu inhibitör kontrol mekanizması sayesinde hızlı koşullanmış yanıtlar ve refleksler geçici olarak baskılanarak durdurulmakta ve böylece daha yavaş bilişsel mekanizmalar davranışa yön verebilmektedir. Bu süreç de yanıt engellenmesi olarak adlandırılmaktadır (6, 58).

İnhibisyon Denetimi Süreci (Inhibitory Control):

İnhibisyon denetiminin, açık ve kapalı yanıtı bastırabilme ve girişimi denetleyebilme ile ilgili olduğu söylenmektedir. Girişim kontrolü, bilişsel inhibisyon ve davranışsal inhibisyonu içeren “yürütücü inhibisyon” kavramı ile açıklanmaktadır (6, 59).

Risk Alma Süreci:

Belirli sınırlar içinde risk alma davranışı insanların hayatını devam ettirebilmesi ve kendisini sağlıklı biçimde geliştirebilmesi için gerekli olan bir davranış örüntüsüdür. Gereğinden fazla risk alma kişinin hayatında olumsuz sonuçlara yol açmaktadır. Risk alma davranışının akademik olarak değerlendirilmesi genelde heyecan arama, atılganlık ve dürtüsellik gibi özellikleri ölçen öz-bildirim ölçekleri ile yapılmaktadır (6, 59).

Karar Verme Süreci:

Karar verme süreci ise sıralama ve tercihte bulunma, eylemleri seçme, düzenleme ve uygulamaya geçme, sonuçları değerlendirme süreci anlamına gelmektedir. Yapılan çalışmalar duygu işlemenin karar verme içinde önemli bir role sahip olduğunu ileri sürmektedir (6, 60).

Dürtüsellik kavramının içerdiği çeşitli davranışlar dikkate alındığında, dürtüsellik tek birimli bir yapı olmayıp, birbirinden bağımsız biyolojik mekanizmalara sahip çeşitli bölümleri sınıflamak için kullanılan bir terim olduğu kabul edilmektedir (5, 6, 44).

2.2.5. Dürtüselliğin Değerlendirilmesi

Dürtüsellik, hasta ve sağlıklı gruplarda kişisel bildirim ölçekleri ve davranış gözlemleri ile ölçülmektedir. Kendini bildirim ölçekleri, kişinin kendi dürtü, düşünce ve davranışlarıyla ilgili bilgiyi aktarmasına olanak tanımaktadır. Dürtüselliğin ölçümü için en sık kullanılan ölçekler; Dickman Dürtüsellik Envanteri ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 dir (12, 46, 61). Yapılan araştırmalar incelendiğinde son yıllarda daha çok kendini-bildirim ölçekleri kullanılmakla birlikte dürtüselliği davranışsal olarak değerlendiren testler de kullanılmaktadır (12, 13, 14, 46, 61).

Bu testlerden birisi olan davranışsal laboratuvar testleri; süreğen yatkınlığı meydana getiren temel davranışların niteliksel ölçümünü sağlayan testlerdir. Yanıt inhibisyonu, git/gitme ve stop-sinyal paradigmaları ile değerlendirilmektedir. Git/gitme uygulamalarında gönüllülerin git denemelerinde hızlı motor yanıtlar oluşturulması, ancak gitme denemelerinde bu yanıtları durdurması istenmektedir. Stop-sinyal paradigmalarının git/gitme testlerinden farkı önceden aktive olmuş motor yanıtları inhibe etmesidir (12, 46, 55, 61). Kendini bildirim ölçeklerinin kesinliği; risk davranışını doğrudan değerlendiren davranışsal ölçümlere göre sınırlı olabilmektedir. Laboratuvar temelli testler, bireylerin hatalı ve yanlış cevaplarından etkilenmemeleri nedeniyle daha objektif görülmektedir. Bu ölçümlerin dezavantajı ise dürtüselliğin sosyal yönünü ve davranışın uzun zamanlı etkilerini değerlendirememesidir (12, 46, 55, 61).

Dürtüselliğin ölçümü için EEG yaygın olarak kullanılan son yöntem olarak görülmektedir. Bu tür bir ölçüm, katılımcılar davranışsal testleri uygularken veya dinlenme halindeyken beyin aktivitelerinin kaydedilmesi şeklinde gerçekleştirilmektedir. Bu yöntemin en avantajlı yanı tekrarlı ölçümlerde güvenilir olmasıdır. Bunun yanı sıra dürtüselliğe eşlik eden diğer nörolojik ve psikiyatrik bozuklukların söz konusu olduğu durumlarda, neden- sonuç ilişkisini bozacak diğer elektrofizyolojik bulguların ortaya çıkabilmesi ve yine dürtüselliğin sosyal boyutundan soyutlanarak ölçülmeye çalışılması da dezavantajları olarak görülmektedir (12, 46, 55, 61).

2.2.6. Dürtüselliğin Tedavisi

2.2.6.1. Psikoterapötik Tedaviler

İçgörü Yönelimli Psikoterapi

İçgörü-yönelimli terapi 1930'larda psikoanalizin bir değişimi olarak ortaya çıkmıştır. İçgörü-yönelimli psikoterapi, hem belirtilerin giderilmesini hem de tekrarlayan uyum bozucu kişilerarası modellerin devamlı olarak yeniden yapılandırılmasını sağlamayı amaçlamaktadır (5, 6, 31). Tedavide hastanın yaşam öyküsünü ve geçmiş ilişkilerini ayrıntılı olarak incelemesi ve değerlendirmesi istenmektedir. Hastadan o anki ilişkilerindeki gerçekleri dikkatli bir şekilde gözden geçirmesi istenmekte ve uyum bozucu davranışlarının işleyişi ile tarihsel köklerinin paylaşıldığı bir anlayışı geliştirmesi beklenmektedir. Bu psikoterapi, hastanın günlük yaşadığı önemli geçmiş yaşantılarının unutturularak iyileştirilebileceği varsayımına dayanmaktadır (5, 6, 31, 62).

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi (BDT) sorun yaratan davranışların altında yatan düşünceyi değiştirme yoluyla davranışları değiştirmeyi amaçlayan bir tedavi yöntemidir. Düşünce, duygu ve davranışlar arasındaki ilişkiye odaklanmaktadır. Davranışçı terapiler mevcut sorunun bireyin iş, sosyal ve özel yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerini (davranış defisitleri, sapmaları ve fazlalıkları gibi) ortadan kaldırarak yaşam kalitelerini iyileştirmeyi amaçlamaktadır (5, 31). Bu terapi semptomatik bir tedavi yapmak yerine, yaşamı olumsuz yönde etkileyen hedef uyumsuz davranışları ortadan kaldırmayı hedeflemektedir. Bu yaklaşım genellikle "şimdi ve burada" üzerine, yani o anda güncel olarak kişide sıkıntı yaratan sorunlar üzerine odaklanmaktadır. Çeşitli hastalıkların yaşamı kısıtlayan etkileri hastayla birlikte saptandıktan sonra bireyin hastalığı nedeniyle yapamadığı çeşitli aktiviteler planlanmakta ve tedavide bunları uygulaması sağlanarak hastalığın yaşam alanlarında oluşturduğu sınırlılıklar azaltılmaya çalışılmaktadır. Bu şekilde bireyin yaşam kalitesinin artırılmasına katkı sağlamaktadır (5, 31, 63).

Özetle bilişsel davranışçı terapi sıkıntı yaratan belirtileri hedef alan, sıkıntıyı azaltmayı, düşünce biçimlerini yeniden gözden geçirmeyi ve sorun çözmeye yardımcı olacak yeni stratejiler öğretmeyi amaçlayan etkililiğini araştırmalarla gösterilmiş bir psikoterapi türüdür (5, 31).

Beklenmedik Olayların Yönetimi

Beklenmedik olayların yönetimi, dürtüsellekle ilgili bozuklukları olan kişilerde dürtüselliğin azaltılmasına yönelik kullanılan en önemli yöntemlerden birisidir. Bu terapi, sonucu ödül veya ceza olacak davranışın olumlu ve olumsuz yanlarını öngörmeyi amaçlamaktadır. Bu şekilde dürtüselliği azaltabilir ve daha planlı davranış sergilemeyi sağlayabilir (31, 64).

2.2.6.2. Farmakolojik Tedavi

Dürtüsel davranışın tedavisinde iki önemli yaklaşım bulunmaktadır. Birinci yaklaşım, dürtüsel davranışa sebep olan hastalığı tedavi etmektir. Örneğin, dürtüsel davranış bipolar bozukluk ya da manik atak tanılı bir hastada görülürse yapılması gereken en doğru yöntem var olan hastalığın öncelikle tedavi edilmesidir. Farklı bir şekilde distimli bir hastada dürtüsel davranışlar ortaya çıkarsa serotonerjik ve noradrenarjik antidepresanların tedavi edici rolü olduğu akla getirilmelidir. İkinci yaklaşım ise dürtüselliği psikiyatrik bozukluğun kendisi olarak tedavi etmektir. Aynı nörobiyolojik temelleri olan bazı hastalıklarda da dürtüsellik farklı şekillerde kendini gösterebilmekte ve benzer farmakolojik yaklaşımlarla tedavi edilebilmektedir (5, 6).

Dürtüsellikte etkinliği kanıtlanmış tedaviler lityum, karbamazepin, okskarbamazepin, valproat, topiramet ile antipsikotiklerden klozapin, olanzapin, ketiyapin, β -adrenerjik agonistler, 5HT1A parsiyel agonisti buspiron ve omega-3 serbest yağ asitleridir (5, 65).

2.2.7. Hemşirelerde Dürtüsellik

Dürtüsellik “düşünmeden, ani ve hızlı hareket etme” olarak tanımlanmaktadır. Dürtüsel kişiler aşırı risk almakta, ortama uygunluk göstermeyen ve olumsuz sonuçlar doğuran davranışlarda bulunmaktadır (5, 6, 50, 51). Bu

davranışlarda bulunan kişilerin en göze çarpan özellikleri içsel ve çevresel uyarılara bilgi işleme ve yargılama sürecini tamamlamadan plansız ve hızlı bir şekilde yanıt vermeleri, davranışlarının olumsuz sonuçlarına aldırılmaları ve uzun vadeli sonuçlar için sabredememeleridir (5, 6, 11).

Yukarıdaki açıklamalara bakıldığında yoğun ve stresli bir ortamda çalışan hemşirelerin gerek çalışma ortamından kaynaklanan olumsuzlukların varlığı gerekse hastalıklarından dolayı gergin olan insanlarla iletişim kurmak durumunda kalmaları nedeniyle diğer meslek gruplarında çalışan kişilere göre daha fazla anksiyete ve öfke yaşadıkları ve daha az dürtüsel davranışlar sergiledikleri düşünülmekte fakat konuyu destekleyecek yeterli kanıt ulaşılamamaktadır (4, 7, 8).

2.3. Anksiyete Kavramı

2.3.1. Anksiyete Tanımı

19. yüzyılın sonunda tıbbi anlamını kazanmış olan anksiyete sözcüğü, Hint-Germen kökenli “angh” sözcüğünden türemiştir. “Sıkıca bastırmak, boğazını sıkıkmak, sıkıntı veya tasa” anlamları taşımaktadır. 1894’te Lopez Ibor’un “angusta vital” olarak isimlendirdiği manevi sıkıntı hali, Almanca’da “angst” sözcüğü, İngilizce’de de “anxiety” sözcüğüne karşılık kullanılmıştır (66).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde “üzüntü, endişe duyulan düşünce, tasa” anlamını taşımakla birlikte canlının içinde bulunduğu sıkıntılı duruma bağlı olarak gelişen psikonevrotik durum olarak belirtilmektedir (67).

Anksiyetenin çeşitli tanımlamaları yapılmakta olup, aşağıda bazı tanımlar mevcuttur:

- Gerilim duygusundan dehşet duygusuna kadar değişik şekillerde algılanabilen, rahatsızlık verici bir duygudur.
- Nedeni tam olarak belirlenemeyen tehlike veya zarar görmeyle ilişkili bir durumdur.
- Özellikle otonom sinir sisteminin aktivasyonu sonucu ortaya çıkan bedensel değişikliklerin fark edilmesi durumudur.

- İnce motor becerilerin denetiminde yaşanan kontrol eksikliğidir.
- Kontrol edilemeyen, endişeyle dolu düşüncelerdir.
- İkilemli veya tehdit edici durumlarda, hareket koordinasyonu ve sağlıklı düşünme yetisinde yaşanan aksaklıktır (68).

Freud 1894'te anksiyeteyi motive edici bir durum ve defansif bir davranış olarak tanımlamaktadır (5, 69). Anksiyete, stresli durumlarda verilen normal bir cevap, fizyolojik ve psikolojik olarak deneyimlenen gerçek veya gerçek olmayan tehlikeye karşı emosyonel bir reaksiyondur. Anksiyete insanın varoluşu için gerekli yaşamsal bir güç olmanın yanında bireyin gelişme ve olgunlaşma sürecine katkıda bulunan kuvvetli bir faktör olarak da değerlendirilmektedir (5, 6).

Anksiyete, tehdit veya tehlike karşısında duygusal, davranışsal ve fiziksel alanlarda dürtüsel olarak kendini gösteren birtakım değişiklikler ve bunların öznel yaşantılarını tanımlamak için kullanılan bir terimdir (15). Ayrıca anksiyete her bireyin yaşamının belirli dönemlerinde zaman zaman deneyimlediği ve fizyolojik belirtilerin sık olarak eşlik ettiği, benliğin kendini tehdit altında hissettiği, hoş olmayan endişe ve korku duygusu olarak da tanımlanmaktadır. Yani kişi sanki kötü bir haber alacakmış, bir felaket olacakmış gibi nedeni belli olmayan bir sıkıntı ve endişe duygusu yaşamaktadır (5, 6, 70, 71).

Bir başka deyişle anksiyete, bireyin uyanık iken yaşadığı, uzun süren, kaynağı kişi tarafından açıklanamayan ve çoğunlukla otonom sinir sistemine ait belirtilerin bir arada görüldüğü evrensel bir duygudur (72). Anksiyete, gerginlik arz eden duygusal bir durumu ifade etmektedir (5). Kişinin yeni koşullara uyum sağlamasında yardımcı olduğu gibi ruhsal gelişiminin daha üst seviyelere çıkmasında itici bir işlev görerek kişiyi tehlikeye karşı uyararak ve tehlikeyle baş etmek için önlem almaya iten bir sinyaldir. Bununla birlikte engelleyici işlevinin olduğu da unutulmamalıdır (72, 73). Ayrıca iç sıkıntısı, bunaltı, kaygı gibi sözcüklerle de ifade edilen anksiyete, normal bir duygu olup yaşamın sağlıklı bir biçimde sürdürülmesine olanak sağlayan içgüdüsel bir tepki olarak da tanımlanmaktadır (5, 6).

Anksiyete;

- Evrenseldir ve her insan yaşayabilir.

- Bireyin algı ve düşüncesini etkiler.
- Yarattığı iç sıkıntısının tanımlanması güçtür.
- Genellikle tehlike habercisi, tehtide karşı uyarıcı ve koruyucudur.
- Belirsizlikleri ve bilinmeyeni bulma çabasıdır.
- Bir tehlikeye karşı hissedilen huzursuzluk ve gerilimdir.
- Benliğin bilinçli yönüyle algılanan ve kavranan bir durumdur.
- Otonom sinir sisteminin belirsiz olan bir tehtide tepki olarak faaliyete geçmesiyle, bireyin kendisini endişeli ve gergin hissetmesidir (15).

Konuyla ilgili tanımları bir araya getirdiğimizde anksiyete;

“Belirgin bir dış uyaran olmaksızın, otonomik bulgu ve semptomların eşlik ettiği, şimdi veya gelecekte, “sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi” panik duygularının yaşandığı, öngörülerin sıralandığı, sübjektif endişe ve korku duygusudur” biçiminde tanımlanmaktadır (5, 6, 72).

2.3.2. Anksiyetenin Etiyolojisi ve Nörobiyolojisi

Anksiyete ile başetme yetersizlikleri anksiyete bozukluklarına yol açmaktadır. Anksiyete bozukluklarının etiyolojisine bakıldığında birçok nedenden söz edilmektedir: Biyolojik nedenler arasında GABA (gama amino bütirik asit) fonksiyon bozukluğu vb. yer almaktadır. Psikososyal nedenler arasında ise ebeveynlerden ayrılma, stres yaratan olaylarla karşılaşma vb. faktörler yer almaktadır (5, 6, 15, 31).

Anksiyete, otonom sinir sisteminde sempatik aktivitedeki artışa bağlı olarak ortaya çıkmasına rağmen esas olarak santral sinir sisteminden kaynaklanmaktadır. Beyinde anksiyeteyi kontrol eden başlıca alanlar, ponsta locus ceruleus, beyin korteksinde de limbik sistemdir (5, 6). Amigdala ve lokus ceruleus başta olmak üzere hipotalamus, nükleus ambiguus, nükleus retikularis, ve paraventriküler nükleus gibi nöroanatomik yapılar ile GABA-Benzodiazepin Reseptör CI- iyonoforu, santral nöradrenerjik ve serotonerjik sistemler anksiyete belirtilerinin ortaya çıkmasında ve anormal anksiyetenin bir hastalık olarak sürdürülmesinde en büyük role sahiptir.

Santral adenozin, kolesistikin ve glutamat ile birlikte noradrenalinin de anksiyete oluşumunda önemli bir role sahip olduğu düşünülmektedir (5, 6, 72, 74).

Aileler üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde anksiyete bozukluğu öyküsü olan ailelerde anksiyete görülme olasılığının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu nedenle anksiyetenin ortaya çıkmasında genetik faktörlerin de etkili olduğu görülmektedir (5, 74, 75).

2.3.3. Kuram ve Kuramcılara Göre Anksiyete

2.3.3.1. Davranışçı Kuram

Davranışçı kurama göre anksiyete, önce aile sonrada toplumdaki bireylerin rol model alınarak öğrenildiği, koşullu uyarıların koşulsuz tepkilere neden olduğu bir süreç olarak tanımlanmaktadır (15). Yani anksiyete öğrenilmiş bir süreçtir ve açıklık, cinsellik gibi biyolojik kökenli birincil dürtüler yanında insanı güdüleyici ve motive edici ikincil bir dürtüdür. Yine davranışçı kuramına göre bireyler, gelişim dönemleri boyunca ebeveynini taklit ederek bazı davranış ve tepkileri öğrenmekte ve bunlar sonraki yaşam dönemlerinde o kişiye özgü davranış kalıpları olarak kendini göstermektedir. Anksiyete tepkisinin de benzer şekilde ebeveynin ortaya koyduğu anksiyete tepkilerini taklit yoluyla öğrenebileceği ileri sürülmektedir (5, 76, 77).

Koşullu (şartlı) refleks kuramına göre de anksiyete, tehlikeli dış uyarılara karşı organizmanın koşulsuz (şartsız) yanıtı olarak açıklanmaktadır. Anksiyete ilk önce şiddetli engellenme veya stres tarafından oluşturulurken daha sonra daha düşük şiddetteki engellenme veya stres gibi durumlar için koşullu bir yanıt haline gelmektedir (5, 77). Anksiyete doğal olarak korkutucu bir uyarı ile ilişkilidir ve korku uyandıran bir obje sonuçta ağız kuruması, kalp çarpıntısı gibi otonom aktivite değişiklikleri oluşturmaktadır (5, 77).

2.3.3.2. Bilişsel (Kognitif) Kuram

Bilişsel (kognitif) kurama göre anksiyete, olayın kendisi değil, bu olayın o kişi tarafından nasıl algılandığı ve nasıl yorumlandığıdır. Anksiyetenin olayların bireylerin çarpıtılmış düşünce örüntüleriyle algılanması sonucunda ortaya çıktığı

vurgulanmaktadır (15). Kişiler bazı riskli durumlarla karşılaştıkları zaman oluşabilecek tehlikelere karşı alarma geçmektedir ve bu tehlikenin algılanma boyutuna göre anksiyete ortaya çıkmaktadır (5, 6, 72).

Anksiyete durumunda gözlenen bilişsel çarpıtmalar dört ana başlık altında toplanmaktadır:

Onaylanma Duygusu

Kişi burada diğer insanlar tarafından onaylanması gerektiği konusunda çarpık düşünce ve yorumlarda bulunmaktadır. ‘Başkalarının beni beğenmemesi benim bir işe yaramadığının göstergesidir, beğenilmemem toplumdaki dışlanmam demektir’ gibi (6, 69, 72).

Yetersizlik Duygusu

Kişide yetersizlik duygusuyla ilgili olumsuz bilişsel şemalar mevcuttur. ‘Sorumlu olduğum konularda hiçbir hata yapmamalıyım, çünkü yapacağım en ufak bir hata benim yetersiz bir kişi olduğumu gösterir’ gibi (6, 69, 72).

Denetim Duygusu

Kişi kendisi ve çevresiyle ilgili konularda denetim kaygısı yaşamaktadır. ‘Duygu ve davranışlarımı sürekli denetlemek zorundayım, aksi takdirde zarar görebilirim’ gibi (6, 69, 72).

Anksiyete Duygusu

Anksiyete duygusunun yaşanması ve bu duygunun ortaya çıkması ile ilgili düşünce ve yorumları içermektedir. ‘İnsanın sıkıntısını dışarıya vurma ve bunu diğer insanların fark etmesi hoş olmayan bir durumdur. Bu nedenle ‘ hep sakin olmalıyım’ gibi. Tüm bu olumsuz düşünce ve yorumların beraberinde getirdiği negatif şemalara sahip olan kişiler olaylara yaklaşırken çoğunlukla olayın gerçek tehlikesiyle orantılı olmayan bir biçimde anksiyete duygusu yaşamaktadır. Bu anksiyeteli kişilerin tehdit

edici uyaranları olumlu uyaranlara göre daha çabuk algıladıkları düşünülmektedir (6, 69, 72).

Anksiyete hem aile hem de toplum rol model alınarak öğrenilmiş bir süreçtir (5).

2.3.3.3. Psikoanalitik Kuram - Freud Ekolü

Freud'a göre anksiyete, her şeyden önce bir duygulanımdır. Freud anksiyetenin tehlike durumundan korunmak için bir işaret olduğunu ve egonun bastırılması ile ortaya çıkan bir iç tehlike olarak kabul edildiğini bildirmektedir (5, 6, 69).

En çok bilinen anksiyete teorileri kaynağını Freud'un Psikoanalitik Kuramından temel almaktadır. Freud anksiyeteyi, seksüel enerjinin bastırılması sonucunda oluşan memnuniyetsizlik durumu olarak kavramsallaştırmaktadır. Anksiyetenin id ile ego arasındaki çatışma sonucunda oluştuğunu savunmaktadır. Bu teoriye göre anksiyete deneyimi bireyin kendi içinde başlamaktadır (5, 6, 31, 76). Anksiyete temelde bir iç çatışmanın (intrapşik) ürünü olup, çatışma benlik (ego) ile alt benlik (id) ya da benlik ile üst benlik (süperego) arasında oluşmaktadır. Alt benliğin haz ilkesine dayanan dürtüler üst benliğin gerçekleri tarafından engellendiğinde çatışma ortaya çıkmaktadır. Benlik aradaki bu çatışmayı çözüp dürtüyü bastırırsa sorun yaşanmaz ancak çatışma çözülemeyip dürtü bastırılamazsa benlik bunu bir tehdit olarak algılayarak anksiyetenin oluşmasına neden olmaktadır (5, 6, 31, 76). Daha sonraki yıllarda ise anksiyete, egoya karşı içsel ve dışsal tehditlerin sonucunda oluşan bir gerilim olarak görülmektedir. Anksiyetenin bilinçli ya da bilinç öncesi düzeyde bireyin geçmiş deneyimlerini baz alan travmatik olaylara ve beklenen tehlikeye bir tepki olarak oluştuğu kabul edilmektedir (5, 6, 69, 76).

Freud'un ilk anksiyete teorisinde seksüel doyumdaki bozukluk üzerinde durulmakta ve anksiyete represyona (bastırılmaya) bağlanmaktadır. Baskılanan ve açığa çıkamayan dürtülerin anksiyetenin ortaya çıkmasında rolü olduğu ifade edilmektedir. Freud, dış ortamdaki ani tehlikelere karşı oluşan anksiyetenin yanı sıra normal biçimlerdeki anksiyeteden de bahsederek her ikisinde libidonun tehlike altında olduğunu savunmaktadır (5, 6, 69, 76).

1900'lü yılların başında Freud ikinci anksiyete teorisini ileri sürmüştür. Burada anksiyete bir tehlikeyi önlemek üzere ortaya çıkan bir uyarıcı, haberci (sinyal) olarak tarif edilmektedir. Yani anksiyete represyonun bir sonucu değil aksine represyonu oluşturan bir faktör olarak işlev görmektedir. Anksiyete, yasaklanmış bir dürtünün bilince çıktığı takdirde kişiyi huzursuz edebileceği konusunda benliği uyaran ve harekete geçiren bilişsel bir fenomen olarak tanımlanmaktadır (5, 6, 69, 76). Freud anksiyetenin id ve ego arasındaki çatışma sonucunda oluştuğunu, egonun bununla baş edebilmek için bilinçaltı savunma mekanizmalarını kullandığını ya da rüya ile sembolik doyuma ulaştığını vurgulamaktadır. Ego, tehdit edici bir uyarı algıladığında hemen tehlikeye karşı savunma mekanizmalarını devreye sokmaktadır. Tehlikeye karşı savunma yapamayan egonun başarısızlığı sonucunda da anksiyete ve psikotik bozukluklar görülmektedir (5, 6, 69, 76, 77).

Freud'a Göre Gelişimsel Dönemlerde Anksiyete Yaratan Durumlar

- Doğum anksiyetesi (erken bebeklik dönemi)
- Ayrılık (separasyon) anksiyetesi (erken çocukluk dönemi)
- Sevgi nesnesinin kaybına bağlı anksiyete
- İğdiş edilme (kastrasyon) anksiyetesi (fallik dönem)
- Üst benlik (süperego) anksiyetesi (latent dönem)
- Alt benlik (id) anksiyetesi

Freud'a göre anksiyete; objektif, nevrotik ve moral anksiyete olarak üç şekilde ele alınmaktadır (5, 75, 76).

Objektif veya Gerçek Anksiyete

Herhangi bir tehlike veya tehdit karşısında geçici olarak oluşmakta ve kişiyi uyanık tutarak adaptasyonu kolaylaştırmaktadır. Tehlike kaynağı bireyin dışındadır ve yaşam boyunca her birey bunu zaman zaman deneyimlemektedir. Bu tip anksiyete gerçekçi ve normal olarak algılanmaktadır (5, 15). Gerçek bir tehlike veya tehdit söz konusu olduğu için baş etmede benliğin savunma mekanizmalarına ihtiyaç

duyulmamaktadır. Tehlike ve tehdit bittiğinde anksiyete de ortadan kalkmaktadır. Anksiyete bireye yük olan ve zarar veren bir durum olduğundan birey anksiyete ile mücadelesinde başarısız olursa ve yaşam şekli anksiyeteyi engeller nitelikte ise davranış bozuklukları ortaya çıkmaktadır (5, 15, 77).

Nevrotik Anksiyete

Bir iç tehlikeden kaynaklanan, baskılanmış cinsel ve saldırganlık duygularından oluşan patolojik bir durum olarak tanımlanmaktadır. Tehlike, bireyin içinde olup özellikle bastırılmış saldırganlık içgüdüsünden kaynaklanmaktadır (5, 15). Benlik, alt benlikten gelen dürtüsel baskılara karşı kendi yapısını ve kimliğini korumaya çalışan bir düzenektir. Eğer benlik ile çatışan alt benlik doyum sağlayamazsa nevroitik anksiyete ortaya çıkmaktadır. Bu durumda benliğin savunma düzenekleri devreye girerek anksiyete kontrol altına alınmaya ve böylelikle bireyin iç dengesi korunmaya çalışılmaktadır (5, 6, 15, 31). Nevrotik anksiyete aynı zamanda bilinçaltındaki dürtülerin bilinç düzeyine çıkmaya çalıştığı sırada yaşanan duygusal bir reaksiyon olarak da ifade edilmektedir (5, 15).

Freud 1895'te temel belirtisi anksiyete olan 'anksiyete nevrozu'nu bağımsız bir sendrom olarak ele alan ilk kişidir. Bu sendromda anksiyetenin hem süreğen bir biçimde hem de ayrı ayrı şiddetli ataklar halinde görülebileceğini belirtmektedir (5, 6, 76).

Moral Anksiyete

Bireyin duyduğu içsel suçluluk, utanma, vicdan azabı gibi duyguların yarattığı manevi bir sıkıntı durumudur. Kişinin düşünce, duygu ve belleğindeki ikilemler ve çatışmalar sonucunda ortaya çıkmaktadır (5, 15).

2.3.3.4. Varoluşçu Yaklaşımlar

Varoluşçulara göre insan doğduğunun, yaşadığının ve öleceğinin farkında olan ve farkında olduğunun da farkında olan tek canlıdır. Varoluşun dinamiği dünyada olmakla başlar. İnsan varoluşa atıldığında bomboştur ve düşünerek kendini bulur, kendi varlığını yaratır. Kendini nasıl algılıyorsa, kişiliğinin nasıl olmasını

istiyorsa o olacaktır. Yaşamın anlamı bizim ona verdiğimiz anlamdır. Bunun için özgür olma, kişiye yaşamın anlamını verme sorumluluğu getirmektedir. Bu sorumluluğun farkına varma ise Jean Paul Sartre'ye göre anksiyete demektir ve insanın varoluşunun temelini oluşturmaktadır (5, 6, 69, 77).

Anksiyete insanın varlığına ve özüne yönelik bir tehdittir. Anksiyete yok oluş tehdidiyle birlikte yeni bir varoluş için fırsattır (15). Kierkegaard, bireyin kendi farkındalığını artırma ve bir benlik olarak sorumluluğunu alabilme kapasitesi olan özgürlüğün insana çoğu zaman anksiyete yaşattığını vurgulamaktadır. İnsan gelişiminin amacı olan özgürlük, insanın elinde olan olanaklara ve fırsatlara atıf yapmaktadır. Kierkegaard, her olanağın gerçekleşmesinde ise anksiyetenin bir ara durak olarak saklı olduğu ve özgürlüğün baş dönmesi olarak nitelendiğini açıklamaktadır. Ayrıca bir insanın özgürlük potansiyeli ne kadar fazla ise anksiyetesinin de o kadar fazla olduğunu vurgulamaktadır (5, 6, 15, 78). Sayar'a göre anksiyete, bir yaşantı olarak umut yaşantısının tam tersi bir kaliteye sahiptir. Yani anksiyete gelecekte olumlu şeylerin beklendiği umut kavramından farklı olarak gelecekte olumsuz şeylerin beklendiği belirsizlikle derinleşen bir ruh hali olarak tanımlanmaktadır (78).

Varoluşsal anksiyete de anksiyete yaratan durum hiçliğin bilgisi değil, yok oluşun kişinin kendi varoluşunun bir sonucu olarak farkına varılmasıdır (15).

Varoluşçu teorilerin ana fikri;

- İnsanın yaşamındaki 'hiçlik' kavramını fark etmesi düşüncesidir.
- Bu düşünce, ölümü kabullenmekten bile daha güç olabilir.
- Anksiyete, kişinin bu varoluş ve anlam boşluğuna yanıtıdır (78).

Yukarıda anlatılanlar dışında bazı kuram ve kuramcıların anksiyete ile ilgili yaptıkları tanımlar aşağıda yer almaktadır;

Koşullama kuramının temsilcileri olan Miller, Spencer ve Taylor, anksiyetenin nasıl oluştuğundan çok nasıl yayıldığı üzerinde durmaktadır. Bu kurama göre anksiyetenin normal veya patolojik olma durumunu, tehdit duygusunun kaynağı

değil yoğunluğu, süresi ve derecesi belirlemektedir. Bu kuramda ayrıca anksiyetenin kişinin davranışları üzerinde olumlu etkileri olduğu bildirilmektedir (70).

Durumluluk ve sürekli anksiyete olarak ayrılan Spielberger'in iki etmenli kuramına göre, gerçek bir tehlike veya tehdidin bulunduğu çevresel koşullar karşısında bireyin yaşadığı anksiyete 'durumluk anksiyetesi' (state anksiyetesi) dir ve çevresel tehdidin ortadan kalkması ile bitmektedir. Buna karşı bireyin huzursuzluk, karamsarlık, endişe, aşırı duyarlılık ve coşkulu tepkilerde bulunma eğilimi gösterdiği anksiyeteye ise 'sürekli anksiyete' (trait anksiyete) denilmektedir ve bu durum zamanla değişim göstermemektedir. Spielberger anksiyeteyi, bireysel farklılıkların bulunduğu bir kişilik özelliği olarak açıklamaya çalışmaktadır (70, 79).

Eric Fromm'a göre anksiyetenin temelinde toplumsal ve kültürel faktörler önemli rol oynamaktadır. Teknolojinin hızla gelişmesi ve kişilerin sürekli bununla meşgul olması kişiler arası rekabeti arttırmakta bireyin kendisini yalnız ve güvensiz hissetmesine yol açmaktadır. Belli bir seviyeye ulaşan bu durum ise anksiyeteye neden olmaktadır (15).

Adler'e göre normal anksiyete objektif bir yetersizliğin sonucudur ve bireyin kendini kanıtlama dürtüsünün engellenmesine bağlı olarak oluşmaktadır (15).

Portnoy, anksiyetenin kişinin kendi yetersizlik ve sınırlılıklarıyla yüzleşmesi sonucunda ortaya çıkan normal bir reaksiyon olduğunu belirtmektedir. Aynı zamanda bilinmeyen veya belirsiz olan bir şeye karşı karar verme zorunluluğundan dolayı anksiyetenin yaşandığına işaret etmektedir. Bu bağlamda anksiyetenin sağlıklı büyüme, gelişim ve değişim için kaçınılmaz bir gereklilik olduğu düşünülmektedir (15, 72, 75).

Travelbee, anksiyetenin bireyin algılamasını ve öğrenmesini etkileyeceğini belirterek öğrenmede hafif ve orta düzeyde yaşanan anksiyetenin güdeleyici olacağından ve bireyin başarılı olması için motivasyonunu artıracığından söz etmektedir (15, 72, 75).

Güçlü bir içgörü yeteneğine sahip olan Otto Rank ise anksiyetenin kaynağı üzerinde durarak bunun doğum travması süreciyle ilişkili olduğunu belirtmektedir.

Çocuğun ilk anksiyete deneyimini, yaşamla karşılaştığında hissettiğini ifade etmektedir (15, 72, 75).

Karen Horney, insanın düşman bir çevre içinde doğduğunu ve yalnızlığını algıladığı andan itibaren sıkıntısının da farkına vardığını söyleyerek temel anksiyete kavramını ortaya atmaktadır. Örneğin, çocuk küçük yaşta duygusal yoksunluk yaşıyorsa bu ona yalnız kalma korkusu, ümitsizlik ve düşmanca duygular vermekte ve anksiyete ortaya çıkmaktadır (15, 72, 75).

Harry Stack Sullivan, anksiyetenin yalnızca kişiler arası ilişkilerden kaynaklandığını vurgulamaktadır. Kişiler arası güven eksikliğinin ve benlik saygısındaki azalmanın anksiyete gerilimine sebep olduğunu savunmaktadır. Anksiyetenin yoğunluğunun artması bireyin kişisel ihtiyaçlarını karşılamasını engellemekte ilişkilerin bozulmasına ve düşünce süreçlerinde aksaklıklar yaşamasına neden olmaktadır. Bunun aksine anksiyete yoğunluğunun azalması insanın kendisini ve çevresini gerçekçi bir şekilde değerlendirmesine ve yapılması gereken değişiklikleri saptayabilmesine olanak sağlamaktadır. Bu anlamda anksiyetenin insan için hem işlevsel hem de eğitici yönü bulunmaktadır (15, 70, 72, 75).

2.3.4. Anksiyete Belirtileri

Anksiyetenin fiziksel, ruhsal, entelektüel ve sosyal belirtileri vardır.

Fiziksel Belirtiler

Artmış kalp hızı, artmış kan basıncı, uykusuzluk, yorgunluk ve zayıflık, artan solunum hızı, terleme, pupiller dilatasyon, ses titremesi, ellerde titreme, çarpıntı, bulantı ve kusma, yüzde kızarma, ağız kuruluğu, vücutta ağrı ve sancı, sık idrara çıkma, huzursuzluk, baygınlık, paresteziler, azalmış göz teması (5, 6, 31, 80, 81).

Ruhsal Belirtiler

Kaygı ve endişe, sinirlilik, çaresizlik, yetersizlik duygusu, korku, dehşet duygusu, gerilim, irritabilite, belirsizlik, aşırı uyarılma, üzüntü ve acı (5, 6, 31, 80, 81).

Entelektüel Belirtiler

Konsantre olamama, dikkat dağınıklığı, çevrenin farkında olamama, düşünceli ve dalgın olma, düşünceyi kontrol edememe, geleceğe oryante olma, kendine odaklanma, hatırlama problemleri, başkalarını suçlama, kendini ve başkalarını eleştirme, kontrol kaybı, pişmanlık (5, 6, 31, 80, 81).

Sosyal Belirtiler

Acizlik hissi, kendine güven duygusunun kaybı, kendini ve başkalarını eleştirme, çekingenlik, geri çekilme (5, 6, 31, 80, 81).

2.3.5. Anksiyete Tipleri

Rickels, Rynn ve Khan'a göre anksiyete tipleri dörde ayrılmaktadır:

- a. Akut anksiyete: Geçici anksiyete, kısa dönemli anksiyete
- b. Subakut anksiyete: Minör anksiyete, kısa anksiyete, kısa-aralıklı anksiyete
- c. Kronik anksiyete: Devamlı anksiyete, süreğen anksiyete
- d. Çift Anksiyete (69, 72, 77).

2.3.6. Anksiyete Düzeyleri

Anksiyete düzeyi bireysel özelliklere ve kişinin günlük yaşam deneyimlerine göre değişebilmektedir. Anksiyete belirtilerinin hafif tedirginlik ve gerginlik duygusuyla başlayıp yoğunluğunun artarak panik derecesine varabileceğini belirten Hay, anksiyeteyi dört düzeyde tanımlamaktadır (5, 6, 15, 70, 72, 75).

2.3.6.1. Hafif Anksiyete

Bireyin gördüğü, duyduğu ve etrafındaki olayların farkında olduğu, öğrenme düzeyinin ve yaratıcılığının arttığı durumu ifade etmektedir. Bu düzeyde çok az bir gerilim vardır ve bu gerilim enerjide artışa neden olmaktadır. Duyular alarmdadır ve kavrama alanı genişlemiştir. Bu durumda birey, kendi ilgilerine ve kendi çevresine

daha duyarlı ve katılımcı olmaktadır. Konsantre olma ve mantık yürütme yeteneği tamdır. Bu nedenle bu düzeyde anksiyetesi olan birey etkin problem çözme becerisine sahiptir. Konuşma hızı ve şiddeti, konuşma içeriği ile uyum göstermektedir (5, 6, 15, 70, 72, 75).

2.3.6.2. Orta Düzeyde Anksiyete

Bu düzeyde birey daha dikkatli ve gergindir. Bireyin algılama, kavrama ve iletişim becerileri azalmakta sadece anksiyete yaşamasına neden olan olayı algılama düzeyi artmaktadır. Kişi çevresinde kendisi için önemli olan olaylara yoğunlaşma becerisi göstermekte ancak çevresel ayrıntıların daha az farkına varmaktadır ve kişinin çevreye olan ilgisi azalmaktadır. Bu nedenle önemli ayrıntıları daha az unuttur veya önemsemez. Hafif düzeyde anksiyete yaşayan bireylere oranla problem çözme yeteneği azalmaktadır. Kan basıncı, nabız ve solunumda artma, mide ağrısı, kas gerginliği, kalp çarpıntısı, terleme gibi hafif somatik belirtiler görülmektedir (5, 6, 15, 70, 72, 75).

2.3.6.3. Yüksek Düzeyde Anksiyete

Birey çevresinde olup bitenleri algılamada zorluk çekmektedir. Bireyin algılama ve kavrama yeteneği iyice azalmakta yaşadığı küçük ayrıntılar üzerinde aşırı yoğunlaşmaktadır. Bu ayrıntılara yoğunlaştığından çevredeki olayları tam olarak algılayamamakta ve farkında olduğu ayrıntılar arasında neden sonuç ilişkisi kuramamaktadır. Yani kişi olaylar ve detaylar arasında bağlantı kurmakta zorlanmaktadır. Birey anksiyetesinin arttığını anlayamaz ancak gerilimden dolayı oluşan rahatsızlığı fark edebilmektedir. Birey bu düzeyde anksiyetede problem çözmek için dikkatini veremediği gibi mantık yürütmekte de zorlanmaktadır. Fiziksel olarak, çarpıntı, dispne, dispeptik yakınmalar, baş ağrısı, göğüs ağrısı ve gerginlik görülmektedir (5, 6, 15, 70, 72, 75).

2.3.6.4. Panik Düzeyde Anksiyete

Anksiyetenin en yoğun yaşandığı düzeydir. Bu düzeyde bireyin kavrama alanı tam olarak parçalanmıştır. Bireyin dikkati tamamen dağılmıştır çevresinde neler

olup bittiğini kavrayamamakla birlikte çevresel tehlikelere karşı tepkisiz kalmaktadır. Birey ayrıntılara eğilir fakat olaylar arası bağlantı kurmakta zorlanmaktadır Bireyin düşünce alanı düzensizleşmiş ve davranışları anormalleşmiştir. Bu durumda birey kendini ezilmiş, korkmuş hisseder, kriz aşamasındadır ve mutlaka profesyonel yardım alması gerekmektedir. Bedensel olarak, dispne, boğulma, baş dönmesi, tıkanma hissi, baygınlık hissi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi belirtilerin yanı sıra ölüm korkusu ya da kontrol kaybı görülmektedir. Anksiyete düzeyi arttıkça uykusuzluk, reflekslerde artma, ani irkilme, halsizlik, sık idrara çıkma, bulantı- kusma, dikkat eksikliği, unutkanlık, yerinde duramama, terleme, vücut sıcaklığında artma, taşikardi, sinirlilik ve gerginlik gibi belirtiler kendini göstermektedir (5, 6, 15, 70, 72, 75).

Özetleyecek olursak, hafif ve orta düzeydeki anksiyete bireyi duruma yoğunlaşma, öğrenme ve problem çözme konusunda motive ederken yüksek düzeyde anksiyetede bilişsel işlevler olumsuz olarak etkilendiğinden duruma yoğunlaşma ve konular arasında ilişki kurmada sorun yaşanmaktadır. Panik düzeydeki anksiyetede ise anlama ve kavrama yeteneği tamamen azaldığından olaylar ve konular arasında bağlantı kurulamamaktadır. Yani anksiyetesi yüksek olan bireyin öğrenme, anlama, kavrama, düşünme, yargılama, karar verme ve problem çözme yeteneği olumsuz olarak etkilenmektedir (5, 6, 15, 70, 72, 75).

2.3.7. Anksiyete İle Baş Etme Yöntemleri

Anksiyete ile baş etmede gösterilen bazı davranışlar vardır. Bunlar:

İçe-Dönem: Anksiyete yaratan olayların psikolojik olarak tehdit algılanması sonucunda içe kapanma (15).

Dışa Vurma: Anksiyetenin dışa vurularak yani agresif davranışlarla boşalımı (15).

Bedene Yansıtma: Anksiyetenin bedendeki bir bölgeye yansıtılarak fizyolojik ifadesi (15).

Kaçınma: Anksiyete yüklü yaşantılardan kaçınma yoluyla kontrolün sağlanması (15).

Problem Çözme: Anksiyetenin yarattığı durumlarla ya da olaylarla ilgili sorunların çözümünde uygun davranışları öğrenmek için kullanımı. Problem çözme bireyin gelişimini ve gerçekçi kararlarını alması için anksiyeteden yararlanmasını sağlamaktadır. Geçirilen yaşantıdan anlam çıkarma ya da uygun davranış ve becerileri öğrenme yoluyla bireyin kendini aynı sorunları yaşamaktan kurtarmaktadır (15).

2.3.8. Hemşirelerde Anksiyete Yaşantısı

Anksiyete (kaygı, sıkıntı, endişe), “stres reaksiyonu sonucu oluşan aşırı enerjiye karşı psikolojik bir tepki” olarak tanımlanmaktadır (5, 6, 15). Hemşireler çalıştıkları ortamda stres yaratan pek çok faktöre uzun süre maruz kaldıkları için anksiyete yaşamaktadırlar. Hemşirelerde anksiyete kaynağının daha çok hasta ve hasta bireye bakım verme ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Hemşireler diğer insanların yaşamlarında daha az karşılaştığı acı çeken insanlarla bir arada bulunma ve ölüm gibi olaylara daha çok tanık olmaları nedeniyle duygusal çökkünlük yaşamaktadırlar (8, 16, 19, 82). Bununla birlikte bazı kişisel ve çevresel yetersizlikler, hastanın canını acıtan bazı girişimleri yapmak zorunda olma hemşirelerin suçluluk, gerginlik, güçsüzlük ve anksiyete gibi duyguları deneyimlemesine neden olmaktadır (4, 8, 19, 82). Ayrıca düzensiz çalışma saatleri, fazla saat çalışma, düşük ücretle çalışma, uzun süre ayakta durma, fazla sayıda hastaya bakım verme, iş yükünün fazla olması, rol belirsizlikleri, karmaşık araç-gereçler kullanma ve personel yetersizlikleri gibi çalışma koşullarından kaynaklanan olumsuzluklar da hemşirelere yoğun anksiyete yaşatmaktadır (4, 8, 19, 82). Yaşanan bu anksiyetenin süresi uzun ve şiddeti yoğun olduğu zaman kişilerde fizyolojik, psikolojik ve zihinsel düzeyde değişiklikler meydana getirerek ruhsal bozuklukların dahi ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (5, 6, 68).

Literatüre bakıldığında vardiyalı çalışan hemşirelerde kan basıncı ve anksiyete düzeyi ilişkisinin incelendiği çalışmada, ‘durumluk anksiyete’ düzeyi sürekli gündüz vardiyasında çalışanlarda, gündüz ve gece vardiyasında çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur (17). Hemşirelerin anksiyete düzeylerinin saptandığı ve hemşireleri iş ortamında etkileyen stresörlerin tanımlandığı bir diğer çalışmada, 24.00-08.00 vardiyasında çalışan hemşirelerin sürekli ve durumluk anksiyete puan

ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (19). Yunanistan'da acil hemşirelerinin anksiyete düzeyleri ve ilgili semptomların incelendiği çalışmada ise hemşirelerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur (20).

2.4. Öfke Kavramı

2.4.1. Öfke Tanımı

Sözlükteki anlamına bakıldığında öfke engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık davranışı, kızgınlık, hiddet, gazap olarak tanımlanmaktadır (67). Psikoloji Sözlüğünde öfke “engellenme, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakılma, kısıtlanma, vb. gibi durumlarda hissedilen ve genellikle neden olan şeye veya kişiye yönelik saldırgan davranışlarla sonuçlanabilen oldukça yoğun, negatif bir duygu” olarak ifade edilmektedir (83).

Öfke, insanın doğuştan getirdiği ve yaşamın ilk yıllarında gelişen, doyurulmamış isteklere ve karşılanmayan beklentilere karşı verilen son derece doğal, saldırganlık ve şiddet içermeyen, hayata uyumu kolaylaştıran, yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan, evrensel ve duygusal bir tepkidir (5, 21, 22). Öfke duygusu, sevgi, özlem, korku, hoşlanma gibi insanın temel duygulardan biridir. Öfke, hafif bir tepkiden şiddete kadar varan farklı yoğunluklarda kendini gösterebilmektedir. Bazen kısa süreli, orta şiddette ve hatta bu düzeyde yarar sağlarken bazen de sürekli, şiddetli ve yıkıcı olabilmektedir (5, 21, 22, 71). Öfke, herkesin yaşadığı ancak ifade edilme tarzı ve yol açtığı sonuçlar bakımından kişiye göre farklılık gösteren, hem yaşayanları hem de maruz kalanları etkileyen önemli bir olgu olarak karşımıza çıkmaktadır (5, 6, 21, 77). Ayrıca öfke, bireyin haksızlığa uğradığında ve kendi benliğine yönelik bir tehdit algılandığında ortaya çıkan ve bireyin kendini savunmak ve karşısındakini uyarmak amacıyla ortaya koyduğu bir duygulanım biçimi olarak da değerlendirilmektedir. Öfke, bir davranışın doğrudan nedeni olabileceği gibi bir davranışın sonucu olarak da ortaya çıkabilmektedir (5, 6, 21, 77).

Spielberger öfke duygusunu “süreklilik” ve “durumsallık” kavramları olarak iki ayrı biçimde ele almaktadır. Ona göre durumsal öfke, amaca yönelik davranışın engellenmesi veya haksızlığa uğrama karşısında gerginlik, kızgınlık, sinirlilik, hiddet

gibi objektif duyguların 'ne şiddette' yaşandığını gösteren bir durumdur. Sürekli öfke ise, durumsal öfkenin 'ne sıklıkta' yaşandığını yansıtan bir kavramdır (79).

Köknel'e göre öfke engellenme ve korku gibi hoş olmayan durumlar karşısında gösterilen bir tepkidir. Karşılaşılan engeli aşmak, hoş olmayan durumlardan kurtulmak için gerekli tutum ve davranışları sergilemeye olanak tanıyan bir duygu olarak tanımlanmaktadır (84).

Dökmen öfkeyi tıpkı üzüntü ve mutluluk gibi normal bir duygu olarak tanımlamakta ve bu duygunun daha çok nasıl yaşandığı ve hangi yoğunlukta yaşandığı üzerinde durmaktadır (85).

Rubin'e göre öfke kişinin algıladığı tehdit ve bu tehditle başa çıkma süreçlerinin birleşimi sonucu ortaya çıkmış bir ya da birden fazla saldırganlık tasarımı olarak tanımlanmaktadır. Bu tasarımlar tehdit algısı ve başa çıkma süreçlerinin değerlendirilmesi sonucunda gizil tasarımlar (imajlar şeklinde kendini gösteren) veya açık saldırgan davranışlar şeklinde kendini gösterebilmektedir (86).

Berkowitz ise öfkeyi tehdit algısı, haksızlığa uğradığını düşünme ve hayal kırıklığı sonucu ortaya çıkabilen bir durum olarak tanımlamaktadır. Öfkenin hafif huzursuzluktan kızgınlık ve hiddete kadar değişebilen çeşitli yoğunluklarda ortaya çıkabileceğini ifade etmektedir. Öfke birçok duyguyu kapsamakta ve kızgınlık, sinirlilik, rahatsızlık, huzursuzluk, güvenme, hınç, iğrenme, hiddet ve nefret gibi duygularla beslenmektedir (87).

Genel olarak konuyla ilgili literatür incelendiğinde şu noktalara değinildiği görülmektedir:

1. Öfke temel duygulardan biridir.
2. Öfke normal ve sağlıklı bir duygudur.
3. Bireyin istek ve ihtiyaçlarının engellenmesi, beklentilerinin gerçekleşmemesi durumu söz konusudur.
4. Haksızlık ve adaletsizlik mevcuttur.
5. Haksızlığa karşı harekete geçirici bir işlevi vardır.

6. Tahrik edilme ve tehdit algısı söz konusudur.
7. Tehdit algısı çoğu zaman benlik bütünlüğüne yöneliktir.
8. Karşıdaki kişiye çoğunlukla bir mesaj şeklinde gönderilen ve bazı fizyolojik belirtilerin eşlik ettiği bir yaşantı ve tepkidir (5, 6, 21, 77, 88).

2.4.2. Öfke ile İlgili Kuramsal Açıklamalar

Duygular ile ilgili ilk kuramsal açıklamalar 1800'lü yıllarda yapılmıştır. Oysa öfke duygusunun ele alınması ve incelenmesi ise 1900'lü yılların ortalarını bulmuştur (89). Bu başlık altında duyguyu açıklayan kuramsal yaklaşımlar başta olmak üzere psikolojide öfke duygusunun önemli bazı kuramcılar tarafından nasıl açıklandığı incelenecektir.

2.4.2.1. James-Lang Kuramı

Bu kuram, duygularla ilgili ilk kapsamlı açıklamayı getirmesi bakımından önem taşımaktadır. Bu kurama göre çevresel uyarıcılar kişinin bedensel tepkilerinin harekete geçmesine neden olmaktadır (6, 77). Diğer bir deyişle duygular, çevrede meydana gelen değişikliklerin birey tarafından algılanmasıyla ortaya çıkmaktadır. Örneğin, bireyin çevresinde gördüğü korku ya da öfke yaratan bir olay onun bedensel olarak tepki göstermesine yol açmaktadır. Bireyin böyle bir anda vereceği fiziksel tepkiler ise kalp atışında hızlanma, hızlı nefes alıp verme, gözbebeklerinde büyüme ve terleme şeklinde olmaktadır. Verilen bu tepkilerin birey tarafından fark edilmesi de korku ya da öfke duygularının ortaya çıkmasını sağlamaktadır (5, 6, 77). Bu açıklamada davranışların duygulardan önce geldiği ve duyguların ortaya çıkmasını tetiklediği belirtilmektedir. Yani, bireyin ortaya koyduğu davranışlar sonucunda duygular kendini göstermektedir (5, 77, 90).

2.4.2.2. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik yaklaşımda öfke duygusu saldırganlığın bir boyutu olarak ele alınmaktadır ve kuramın en önemli kavramlarından biri olan boşalım (katarsis) kavramı kapsamında açıklanmaktadır. Bu yaklaşıma göre insan davranışları iki temel

içgüdü tarafından yönlendirilmektedir. Bunlardan biri yaşam, diğeri ölüm içgüdüleri olarak adlandırılan eros ve tanatosdur (5, 91, 92). Öfke, psikanalitik bakış açısıyla içgüdüsel bir güçtür. Bireyin herhangi bir gereksinimi karşılanmadığına organizmada bir gerilim ortaya çıkmaktadır. Bu gerilimin ortadan kaldırılması amacıyla organizma gerginlik öncesi duruma dönmek için harekete geçmektedir. Organizmanın önceki durumuna dönebilmesi de bu gereksinim nedeniyle biriken enerjinin boşaltılması ile gerçekleşmektedir. Bu açıklamalar doğrultusunda öfke duygusu, bireyde biriken enerjinin yarattığı gerilimin azalması ve enerjinin tamamen boşalmasının bir yolu olarak ifade edilmektedir (5, 93). Yani Freud'un psikanalitik yaklaşımında öfke organizmanın bir boşalım (katarsis) aracı olarak görülmektedir. Bununla birlikte öfkenin ifade edilmeyerek sürekli olarak bastırılması birey için tehlikeli ve sağlıksız bir durum oluşturarak psikolojik ve fizyolojik sağlığın bozulmasına yol açabilmektedir (5, 91, 92, 93).

2.4.2.3. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramına göre bireyin davranış özelliklerinin nedeni onların öğrenme geçmişlerinde yatmaktadır. Çünkü davranışlar bireyin çevresinde gözlemlendiği davranışları taklit yoluyla model alması ile kazanılmaktadır. Birey saldırgan bir davranış sergiliyorsa bu davranışın altında yatan nedeni onun geçmiş deneyimlerinde aramak gerekmektedir (5, 31, 94). Birey yaşadığı her farklı olayda saldırganlığı sayesinde her istediğini elde etmiş ise bu davranışını pekiştirmeyi öğrenmiştir. Öğrenilmiş olan öfke ve saldırganlık içeren bir davranışın ortaya konulmasında bireysel ve çevresel faktörler önemli rol oynamaktadır. Ayrıca bu öğrenilmiş davranışın ortaya konulmasını bireyin kendi benliğini algılayışı, karşı karşıya olduğu durum ve diğer çevresel etmenler de etkilemektedir. Birey bütün bu etmenleri değerlendirerek, öfke içerikli davranışlarını ortaya koyup koymamaya karar vermektedir (71, 90, 93).

Sosyal öğrenme kuramı, kişilerin sergilediği davranışları başkalarını gözlemleyerek öğrendiklerini iddia etmektedir. Ayrıca bu yaklaşımlar, olayların nasıl yorumlandığının da öğrenildiğini belirterek kişilerin olaylara verdiği tepkilerin değerlendirilmesinde bunun önemli olduğunu vurgulamaktadır. Örneğin, çocuklar ebeveynler, oyun arkadaşları, TV'deki kahramanlar vs. örnek olarak sosyal

etkileşimlere maruz kalmakta ve kendilerine yönelik davranış geliştirmektedir. Eğer tanık olunan davranış için ödül veriliyorsa, çocuk tanık olduğu davranışları taklit etmeye başlamaktadır. Eğer ceza veriliyorsa bu davranışları taklit etmekten vazgeçmektedir. Yani çocuklar zamanla davranışları nasıl kazanacaklarını ve yorumlayacaklarını öğrenerek davranış kurallarını oluşturmaya başlamaktadır. Bu davranış kuralları, sosyal etkileşim sonucunda alınan geribildirimlere göre de pekiştirilmektedir (29, 94).

2.4.2.4. Bilişsel Kuram

Bilişsel kuramda, bilişler sadece öfkeyi değil diğer duyguları da etki altına almaktadır. Bilişsel yaklaşıma göre öfke, beklentilerin, iç konuşmaların ve akılcı olmayan inançların bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (95, 96). Bu kurama göre başka kişiler bireyin akılcı olmayan inançlarını harekete geçirdiği için öfkeye neden olmaktadır. Yani öfke mantık dışı düşüncelerin bir ürünü olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle bu mantık dışı inançların yok edilmesi gerekmektedir. Başka bir deyişle öfke bireyin akılcı olmayan inançlarla baş edemediği durumlarda ortaya çıkmaktadır (95, 96). Bilişsel terapi, bireyin öfke duygusuna hangi inançların katkıda bulunduğunu keşfetmelerine ve bu inançların mantık dışı olduklarını görmelerine ve onların yerine neleri koyabileceklerini bulmalarına yardımcı olmaktadır (21, 95, 96). Ayrıca bilişsel terapi, bireylerin öfkesini tanır ve öfke döngüsü içinde öfkeyi erken zamanda fark ederek daha ortaya çıkmadan önünü kesmekte ve engel olmaya çalışmaktadır (97).

2.4.2.5. Durumluk - Sürekli Kişilik Kuramı

Durumluk-sürekli kişilik kuramının kurucuları olan Spielberg ve arkadaşlarına göre öfke, durumluk öfke ve sürekli öfke olarak iki şekilde incelenmektedir. Durumluk öfke, amaca yönelik davranışın engellenmesi ya da haksızlığa uğrama karşısında gerginlik, sinirlilik, kırgınlık hiddet gibi subjektif duyumsamaların yaşandığını yansıtan bir duygu durumu iken sürekli öfke, durumsal öfkenin 'ne sıklıkta' yaşandığını yansıtan bir kavram olarak tanımlanmıştır (79, 98).

2.4.2.6. Cannon-Bard Kuramı

Bu kurama göre uyarıcının algılanmasından sonraki süreçte duygular ve bedensel tepkiler aynı anda ortaya çıkmaktadır. Örneğin korku ya da öfke yaratan bir uyarıcı algılandıktan sonra ortaya çıkan duygu ve davranış arasında herhangi bir öncelik sıralaması yoktur, çünkü her ikisi de aynı anda gerçekleşmektedir (90, 99).

2.4.3. Öfkenin Özellikleri ve İşlevleri

Yapılan tanımlara bakıldığında öfkenin kişinin engellenmesi, haksızlığa uğraması, beklentilerinin gerçekleşmemesi durumlarında gösterdiği doğal ve evrensel bir tepki olduğu görülmektedir. Öfke, herkesin yaşadığı normal bir duygu olup yapıcı bir şekilde ifade edildiğinde sağlıklı ve enerjik hissettiren bir duygudur. Öfke duygusunun şiddeti, kontrolü ve ifade ediliş biçimi kişinin ruh sağlığını ve toplumsal uyumunu belirlemede önemli rol oynamaktadır (5, 6, 21, 100). Öfkenin ifade edilişi öğrenmeye bağlı olduğundan, kişiden kişiye ve toplumdan topluma değişim göstermektedir (101). Öfkenin bastırılması ya da uygun olmayan bir şekilde ifade edilmesi bireyin hem kendisine hem de çevresine zarar vermektedir (5, 6, 21, 25, 69). Öfke sıklıkla istenmeyen olumsuz bir durum olarak görülmesine rağmen; tehlikelere karşı bireyi koruma ve amaca ulaşmak için bireyi motive etme gibi özellikleri taşıdığından bazen uyumu sağlayan sağlıklı bir duygusal durum olarak da ele alınmaktadır. Ancak bu duygu düşmanca, saldırganca veya işlevsel olmayan yollarla ifade edildiğinde ise pek çok probleme yol açabilmektedir (5, 6, 69, 102). Öfkenin üretken olup olmadığının belirlenmesinde öğrenilen bilgilerin sentezlenmesi ve öfke hakkında kişisel bir felsefe oluşturulması gerekmektedir (103).

Deffenbacher öfkeyi, fiziksel, duygusal ve bilişsel bileşenlerden oluşan içsel bir durum olarak ele almaktadır. İnsanların çok sık deneyimlediği duygulardan biri olan öfkenin çoğu zaman yanlış yorumlandığına dikkat çekerek, öfke duygusunun özelliklerini şu şekilde tanımlamaktadır;

- Öfkenin planlanan bir eylem sonucu ortaya çıktığı düşünülse de öfke aslında içsel bir duygudur.
- Öfke çeşitli şekillerde kendini gösterir ve herkes öfke duygusunu yaşamaktadır.

- Öfkeye neden olan duygu kişiyi uyanık tutup daha güçlü yaparken aynı zamanda daha hassas ve kırılğan bir duruma da getirebilmektedir.
- Öfkeliyken gösterilen tepkiler yaşam boyu öğrenilmiş davranışlardır. Bu nedenle olumsuz davranışlar olumlularıyla değiştirilebilmektedir.
- Öfke, engellenme, haksızlık gibi çeşitli durumlarda aniden ortaya çıkabilen bir duygudur. Öfkenin bastırılması ya da o an gösterilmesi doğru değildir. (89).

Novaco ise öfkenin işlevlerini aşağıdaki biçimde ifade etmektedir;

1. Öfke, bireye enerji hissettirmektedir. Birey öfkesinin farkına vardığında enerjisini daha olumlu yönler aktararak daha üretici etkinliklerde bulunabilmektedir. Öfke, enerji hissettirme işlevi ile bireyi harekete geçirmekte ve ortamı denetleme duygusu vermektedir. Ayrıca öfkeyi ortaya çıkaran anksiyeteyi bastırmak için bireyin savunma mekanizmalarını uyarmaktadır. Bireyin kullandığı savunma mekanizmaları öfke duygusu ile baş etmede yetersiz kaldığında yeni baş etme davranışlarının geliştirilmesini sağlamaktadır ve bireyi değişim için güdülemektedir (25, 104).
2. Öfke, karşıdaki bireyi uyarmak için bir işarettir. Bireyin kırıldığını, engellendiğini ve bir şeylerin yolunda gitmediğini göstermektedir. Öfke, karşılanmamış gereksinimleri anlatmakta ve "istediğimi elde edemiyorum" mesajını vermektedir (25, 104).
3. Öfke, başkalarına karşı düşünülen olumsuz duyguların kolay bir şekilde açığa vurulmasına olanak tanıyan bir duygudur. Birey, öfkesini ifade ederken, bağırıp çağırıp söylenerek, diğerlerine karşı hissettiği olumsuz duyguları da ifade etme şansı yakalamaktadır. Öfkenin ifade edilmesi, kişinin karşı tarafla olan ilişkisini bozmaktan çok ilişkiyi güçlendirerek daha sağlıklı ve anlamlı olmasına yardımcı olmaktadır (103, 104).
4. Öfke bir savunmadır. İlişkilerde ortaya çıkan çatışmaların yarattığı anksiyeteyi azaltarak egoyu koruma işlevine sahiptir. Ayrıca bireyin benlik

bütünlüğünün ve benlik saygısının korunmasına, böylece daha sağlıklı ilişkiler kurulmasına olanak tanımaktadır (25, 104).

5. Öfke bir haklılık algısıdır. Bireyin, haklı ve adaletli olduğu duygusunu sürdürmesini sağlamaktadır (104, 105).

Bunların yanında öfkenin yoğun olarak yaşanmasına rağmen ifade edilememesi bireyin hem enerjisini tüketmekte hem de davranışlarını kontrol etmesini güçleştirmektedir. Yaşanan kızgınlık, kırgınlık ve değersizlik duyguları ise iletişimi olumsuz yönde etkileyerek kişiler arası ilişkilerde bozulmaya, etkin olmayan sorun çözümüne ve sosyal geri çekilmeye sebep olmaktadır (5, 6, 106). Ayrıca içselleştirilmiş öfke, psikosomatik hastalıklara ve depresyona neden olarak, uygun olmayan pasif- agresif davranışlar ve bireyin kendisine veya çevresine yönelik saldırgan davranışlar ile kendini göstermektedir (5, 6, 69, 106).

2.4.4. Öfkenin Nedenleri

Öfke, hedefe ulaşmanın engellendiği ya da dışsal bir kaynaktan algılanan saldırganca ve tehdit edici davranışlarla karşılaşıldığında ortaya çıkan bir durumdur (5, 6, 107). Deffenbacher, öfkeyi ortaya çıkaran uyarıcıları üç grupta incelemek gerektiğini söylemekte ve bu uyarıcıları aşağıdaki biçimde açıklamaktadır;

1. Öfke bireyin amacına ulaşmasının engellendiği uzun süre sırada bekletilme, trafikte sıkışıp kalarak ulaşacağı yere gecikme, sert bir şekilde eleştirilme ve sürekli sözünün yarıda kesilmesi gibi bazı dış uyarıcılar nedeniyle ortaya çıkabilmektedir. Bu dış uyarıcılar, sadece bireylerin karşılaştıkları olay ya da olguları değil, bireylerin çevrelerinde bulunan nesnelere de kapsamaktadır. Örneğin; bireyin bilgisayarının bozulması ya da acelesi olan bir bireyin arabasının çalışmaması bireyde öfke yaratabilir (89, 90).
2. Öfke bazı durumlarda dış uyarıcılar ve bu dış uyarıcıların bireyde oluşturduğu şemalar ve geçmişe ait çağrışımların etkisiyle ortaya çıkabilmektedir. Bu duruma en çok travma sonrası stres yaşayan bireylerde rastlanmaktadır. Bu bireylerin, travmatik yaşantıya yol açan benzer

uyarıcılara ya da o uyarıcıyı çağrıştıran farklı uyarıcılara maruz kalması durumunda öfke duygusu ortaya çıkabilmektedir (89, 90).

3. Bireyde içsel uyanların etkisiyle ortaya çıkan öfke, düşünce ve duygularla, harekete geçirilmektedir. Örneğin, bir birey bir süre birlikte olup daha sonra ayrılmış olduğu eski eşini düşündüğünde öfkelenebilir. Bazı durumlarda öfke diğer duygular tarafından da başlatılabilmektedir. Birey başka biri tarafından eleştirilmekten korktuğunda buna öfke ile karşılık verebilmektedir (89, 90).

2.4.5. Öfke Türleri

2.4.5.1. Sürekli ya da Yıkıcı Öfke

Bireylerde ‘öfkelenmeye eğilimli olma durumu’ ifade etmektedir. Öfke çok çabuk ve kolay ortaya çıkmakta ve öfke düzeyi yüksek olduğundan bunu kontrol etmek zor olmaktadır. Öfke yıkıcı olarak kullanıldığından nefret, kin, düşmanlık, pişmanlık, üzüntü saldırganlık ve korku gibi duygular daha yoğun yaşanmaktadır. Bu durumda birey öfke ile başa çıkma tepkilerinin işlevsel olduğunu kabullenmemektedir. Durumun süreklilik arz etmesi ise hastalıklara yatkınlığı artırıp hastalıkların kronikleşmesine neden olarak beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (5, 6, 108).

2.4.5.2. Anlık, Durumluluk ya da Yapıcı Öfke

Ani bir biçimde ortaya çıkan öfkedir. Çoğunlukla öfkeye neden olan haklı bir sebep vardır. Anlık öfkede parasempatik sinir sistemi devreye girerek beyne, ‘rahatla, sakin ol, tehlike geçti’ mesajını vermektedir. Öfke, bu şekilde yapıcı olarak kullanıldığında zihinsel ve bedensel güç sağlayarak kişide huzur ve esenlik duygusu oluşturmaktadır (5, 6, 108).

2.4.6. Öfke İfade Tarzları

Öfke bizim temel duygularımızdan birisi olmasına rağmen ne yazık ki öfkeyle baş etme yöntemleri bilinmemekte ya da uygun olmayan yöntemler kullanılmaktadır.

Spielberger ise öfke ifade ediliş biçimlerini içselleştirilmiş öfke, dışsallaştırılmış öfke ve öfke kontrolü olmak üzere üç boyutta ele almaktadır. İçselleştirilmiş öfke, öfkeli duyguları ve düşünceleri bastırma eğilimini ifade etmektedir. Bunun tersine, dışsallaştırılmış öfke ise çevredeki eşya veya kişilere karşı öfkenin yansıtılması eğilimini simgelemektedir (5, 89, 90).

2.4.6.1. Öfkenin İçe Yönelmesi

Öfke içe yöneltilmesi, kişinin gizleyerek ya da öfkeyi içinde tutarak var olan öfke etkenlerine karşı kullandığı alternatif bir uyum mekanizmasıdır (5, 109). Yoğun öfke yaşadıkları halde hiçbir şey olmamış gibi davranıp öfkesini içine atan bireyler, kişiler arası ilişkilerde zorluk yaşamaktadır. Ayrıca öfke bastırılmasına rağmen halen devam ettiği için iletişimi de olumsuz yönde etkilemektedir. Hatta bireyin açığa vuramadığı duyguları birikerek o kişiye karşı kin besleme boyutuna kadar ilerleyebilmektedir. Bu nedenle öfkeyi içe yöneltme hem kişinin asıl sorundan kaçınıp duygularını bastırmasına hem de bu duyguların birikmesine neden olduğu için olumlu bir ifade şekli olarak kabul edilmemektedir (5, 6, 77, 106).

2.4.6.2. Öfkenin Dışa Yönelmesi

Öfkenin dışa yöneltilmesi, öfkenin kontrolsüz bir biçimde sözel olarak dile getirilmesidir (5). İletişime açık olan bu bireyler başkalarına zarar verici ve onları küçük düşürücü davranışlarda bulunabilmektedir. Öfkenin bu şekilde dışa yönelmesi geçici bir rahatlama sağlasa da enerjiyi tüketerek davranışların kontrol edilmesini zorlaştırmaktadır. Eğer bu bireyler öfke duygularını kontrolsüz olarak dışarı yansıtmaya devam ederlerse belli bir süre sonra kişilerarası ilişkileri bozularak toplumdan dışlanacak, aile ve diğer kişilerle olan ilişkilerinde çatışma yaşamaya başlayacaklardır (5, 6, 77, 110).

2.4.6.3. Öfkenin Kontrol Edilmesi

Öfkeyi doğru bir şekilde ifade etme becerisi kazanmaya öfke kontrolü denir. Öfkenin kontrol edilmesi, öfkenin sıklığının azaltılmasını ve daha az saldırganca davranmayı içermektedir. Öfke kontrolünde amaç, öfkenin dışa vurulmasının

engellenmesi değil öfkenin nasıl uygun bir dille ifade edilebileceğinin bilinmesidir. Öfkeyi sağlıklı bir şekilde ifade etmek için isteklerimizin ne olduğunun farkına varmalı, bunları açık ve karşımızdakini kırmayacak bir tarzda aktarmalıyız. Öfkeden sağlıklı ve yapıcı bir şekilde yararlanmak için öfkenin nasıl kontrol edileceğini öğrenmek büyük önem taşımaktadır (5, 6, 77, 110).

2.4.7. Öfke Kontrol Yöntemleri

Öfke kontrol yöntemleri kişiden kişiye değişmektedir. En uygun ve en doğru yöntemi belirlemek için kişinin kendi kişiliğine ve yaşam tarzına uygun olan yöntemi seçmesi ve seçtiği bu yöntemi uygularken günlük yaşam kalitesini bozmaması göz önünde bulundurulması gereken en önemli faktördür (93, 101, 111). Öfkeye yol açan insanları ve olayları yok edemediğimiz için yağabileceğimiz tek şey içsel ve dışsal tepkilerinizi kontrol edebilmek ve onları yapıcı bir şekilde yönetebilmektir (111). Soykan'a göre öfkeyi kontrol etmeye yönelik öneriler şunlardır;

- Öfke biçiminizi ve tetikleyen durumları tanımlayın.
- Kendi kendinizi sakinleştirmeye yönelik egzersizleri düzenli olarak yapın.
- Derin nefes alın, nabız atışlarınızı ve nefesinizi kontrol altında tutun.
- Kendinize, sizi sakinleştirecek ve telkin edecek cümleler söyleyin.
- Kendinizi kontrol etme konusunda kararlı olun ve şiddet içerikli davranışları çözüm olarak değerlendirmeyin
- Çevrenizdekilere, öfkelenmişliğinize dair bilgi verin.
- Kendinize zaman tanıyın.
- Eğer mümkünse kendinizi öfke yaşadığınız ortamdan hemen uzaklaştırın ve öfkenizi kontrol etmeye başladığınız zaman soruna yeniden dönün.
- Problemi açıklığa kavuşturmaya çalışın ve çözüm odaklı olun.
- Olaya yeni bir bakış açısı ve yeni bir çerçeve kazandırın.
- Olayları kişiselleştirmekten kaçının (111).

Öfkeyi sağlıklı bir biçimde yönetmek için dört basamaklı bir yaklaşım izlenmektedir;

Öfkeyi Kabul Etmek: Öfkeyle başa çıkmanın ilk ve temel koşulu kişinin öfkeli olduğunu kabul etmesi ve bunu kendi kendine itiraf etmesidir. Kişi öfkeli olduğunu kabul etmezse öfkesinin gerçek sebebinin ne olduğunu bulması mümkün olmayacaktır (5, 15, 35).

Öfkenin Kaynağını Bulmak: İkinci adım öfkenin kaynağını bulmaktır. Bazı durumlarda öfkenin kaynağı çok açıkken bazı durumlarda çok belirsiz ve karışık gözükmektedir. Bazen de öfke duygusu çok güçlü ve kişiye zarar verecek kişilere yönelik olabilmektedir. Böyle durumlarda öfkeyi o kişiye yöneltmek zor olacağı için kişi başka bir kaynak aramaya başlamaktadır. Bu duruma da psikolojide “yer değiştirme” denilmektedir (5, 15, 35).

Neden Öfkeli Olduğunu Anlamak: Öfkeyi yönetmek için bilinmesi gereken diğer bir nokta kişinin öfkelenmesine neden olan durumu anlamaya çalışmaktır. Öfke kaynağının çok açık gözüktüğü birçok durumda bile öfkenin gerçek sebebinin bulmak hiç kolay değildir ve daha derinlere inmek zorunda kalınabilmektedir. Örneğin, bazı insanların polise duydukları öfke duygusunun altında çocukluklarından başlayarak otoriteye karşı biriktirdikleri öfke saklı olabilmektedir (5, 15, 35).

Öfkeyle Gerçekçi Bir Biçimde Mücadele Etmek: Öfkenin ifade edilmesi çoğu zaman problemin çözümünü zorlaştırdığı gibi öfkenin saklanması da karşı taraf için aynı ölçüde kışkırtıcı olabilmektedir. Öfke konusunda bilinmesi gereken iki önemli kural bulunmaktadır. Birincisi karşıdaki kişi ne kadar kışkırtıcı olursa olsun sükûneti korumaktır. İkincisi ise bir saldırı veya silahlı tehdit ile karşı karşıya kalındığında istenileni vererek kişiyi öfkelenlendirmekten kaçınmaktır (5, 15, 35).

Türk Psikologlar Derneği (2006), öfkeyi kontrol etmek için aşağıda önerilen stratejilerin kullanılabileceğini bildirmektedir (5).

2.4.7.1. Gevşeme

Derin derin nefes alma, sakinleştirici durum ve manzaraları zihinde hayal ederek canlandırma gibi teknikler, öfkeyi yatıştırmaya ve kişinin sakinleşmesine yardımcı olmaktadır. Burada önemli olan diyaframdan nefes almaktır. Göğsün üst kısmıyla nefes almak kişiyi rahatlatmamaktadır. Nefes alırken kişi kendi kendine “Gevşe! Sakin Ol” diyerek telkinde bulunabilir. Ayrıca kişinin kendisini zorlamadan yapabileceği yoga türü egzersizler de kasların gevşemesine yardımcı olmaktadır (5, 31).

2.4.7.2. Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Bu yöntem basit bir ifadeyle düşünme tarzını değiştirmek anlamına gelmektedir. İnsanlar öfkeli olduklarında düşünceleri genellikle gerçeği yansıtmamakta olayların abartılmış ve çarpıtılmış halini yansıtmaktadır. Öfke haklı bir nedene bağlı olsa da çok çabuk mantık sınırlarını aşabilmektedir. Bu yüzden öfkelenildiğini hisseden kişi bunun yaşanması gereken doğal bir süreç olduğunu, dünyanın sonu olmadığını ve o anda öfkeleniyor olmanın olayı yaşanmamış hale getirmeyeceğini bilmelidir (5, 31).

2.4.7.3. Problemi Çözme

Bazen öfke duygusu yaşamdaki gerçek ve kaçınılmaz sorunlardan kaynaklanabilmektedir. Böyle durumlarda en yararlı tutum, kişinin önce durumu değiştirip değiştiremeyeceğini araştırmasıdır. Değiştirilebilecek bir olaya çözüm yollarını araştırmak gerekmektedir. Değiştirilemeyecek bir durum ise çözüm üzerinde odaklaşmak yerine sorunla yüzleşmek en iyi tutum olarak görülmektedir (5, 31).

2.4.7.4. Daha İyi İletişim

Öfkeli insanlar genellikle düşünmeden yargılama ve bu yargıları doğrultusunda davranma eğilimi göstermektedir. Bu nedenle gergin bir tartışma ortamında ilk yapılacak şey kişinin gösterdiği tepkileri gözlemlemektir. Ayrıca asıl söylenmek istenen şey üzerinde düşünmek ve akla gelen ilk şeyi söylemekten kaçınmak gerekmektedir (5, 31).

2.4.7.5. Mizah Kullanılması

Mizah, her şeyden önce dengeli bir bakış açısı sağlamakta ve çeşitli yollarla öfke yoğunluğunun azalmasına yardımcı olmaktadır. Mizah kullanırken iki noktada çok dikkatli olmak gerekmektedir. Birincisi mizah kullanmanın sorunları gülerек geçiştirmek değil, tersine onlarla yapıcı bir şekilde yüzleşebilmek demek olduğu bilinmelidir. İkincisi de mizah kullanırken alaycı ve aşağılayıcı olmaktan kaçınılmalıdır (5, 31).

2.4.7.6. Çevreyi Değiştirmek

Bazen öfkeye neden olan durumlar kişinin yakın çevresinde yer almaktadır (5). Günlük yaşamın sıkıntıları ve sorumlulukları kendimizi baskı altında hissetmemize neden olarak bizi öfkelenmeye yatkın hale getirebilmektedir. Bu durumların farkına varıp bir süre ara vermek ve öfke yaşamamıza sebep olan ortamdaki uzaklaşmak öfkemizi azaltmaya yardımcı olabilmektedir (5, 31, 112).

2.4.8. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Öfke Yaşantısı

Günümüzde hemşirelik uzun süre ayakta durma, fazla sayıda hastaya bakım verme, fazla saat çalışma ve vardiyalı çalışma gibi çalışma koşullarından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak kabul edilmektedir (4). Bu çalışma koşullarından kaynaklanan en önemli sağlık sorunları uyku düzensizlikleri, gastrointestinal sorunlar, kardiyovasküler sorunlar, psikolojik sorunlar, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi, yorgunluk, dikkatsizlik ve mesleki doyumsuzlukla birlikte kontrolsüz öfke yaşantısı olabilmektedir (113).

Öfke, iş ortamında yaşanan engellenmeler, zorlanmalar ve yoğun stresörlere verilen duygusal bir tepki olarak ifade edilmektedir (5, 6). Hasta bakımını etkileyen olumsuz faktörler, çalışma koşullarının zorluğu, iş yükünün fazla olması, yetersiz sosyal destek ve hasta yoğunluğu hemşireleri iş ortamında zorlayan başlıca faktörlerdir (4, 8). Thomas (2004) çalışma ortamının gergin olmasının, organizasyonel süreçteki fikir yetersizliğinin, ortak hedeflerin yokluğunun ve kuruluşlar arasındaki rekabetin hemşireleri çatışmaya daha eğilimli hale getirdiğini ve yoğun öfke duygusu yaşamalarına neden olduğunu belirtmektedir (114).

Hemşireler öfkelenirken, öfkenin kaynağının farkına varıp bununla etkin bir şekilde baş etmek ve ilgili kişilerle iletişim kurmak yerine genellikle sessiz kalarak bastırma, inkâr ya da yansıtma savunma mekanizmalarını kullanmaktadırlar (114). Aynı zamanda hemşireler bazı durumlarda açıkça öfke patlamaları yaşamakta veya sıklıkla öfkelerini dolaylı bir şekilde pasif-agresif davranışlarla ifade etme davranışı göstermektedirler (114). Ayrıca hemşirelerin öfkelerini yanlış bir şekilde ifade etmeleri verdikleri bakım hizmetlerini de olumsuz etkilemektedir ve

hemşirelerin kaliteli hasta bakımı vermekte zorlanmasına sebep olmaktadır (4, 7, 27, 114). Bu nedenle hemşirelerin, öfkeye yol açan nedenleri tanımlayabilmesi öfkenin olumlu yönlerinin farkında olması, öfkenin ifade edilmesini önlemek yerine kaynağını bulmaya çalışması ve bunu atılgan bir biçimde ortaya koyması gerekmektedir (27, 35, 93).

Bireyin yaşadığı öfke duygusunun sıklığı, şiddeti ve süresi bireyin kendisi kadar çevresindeki bireyler içinde oldukça önemli olduğundan hemşirelerin öncelikle kendi davranışlarını değerlendirmeleri ve kontrol altına almaları büyük önem taşımaktadır (25, 27).

2.5. Savunma Mekanizmaları Kavramı

2.5.1. Savunma Biçimleri Tanımı

Her organizma kendini uygun bir denge içinde tutma (homeostasis ilkesi) eğilimi göstermektedir (5). Bu dengenin sağlanabilmesi için organizmanın içinde doğal olarak bulunan; denge bozucu uyarıları tanıma, değerlendirme ve korumaya yönelme yetileri bulunmaktadır. Uyum dengesini bozacak herhangi bir etken organizmada bir tehlike veya stres kaynağı olarak algılanmaktadır (5, 6, 31). Bu stres oluşturan kaynağın üstesinden gelebilmek için de bireyler üç temel savunma mekanizması kullanmaktadır. Bunlardan birincisi bireyin diğerlerinden bilinçli bir şekilde sosyal destek alma çabalarıdır. İkincisi bireylerin stresle etkili bir şekilde baş edebilmesi için kullandığı bilinçli bilişsel stratejilerdir. Üçüncüsü ise kişi tarafından sübjektif rahatsızlığı, anksiyeteyi ve öfkeyi azaltmak için kullanılan, benliğin bilinçdışı istemsiz savunma mekanizmalarıdır. Birey tehlikenin ve kullandığı savunmanın bilincinde değildir (5, 115).

Freud'a göre insan biyolojik ve kalıtsal olarak bunaltı yaşama olasılığına sahip bir organizmadır. Benlik bir taraftan dış dünya ile olan ilişkilerini gerçekçi bir biçimde sürdürmeye çalışırken diğer taraftan altbenlikten gelen dürtüsel istekleri belli ölçüde doyurmaya çalışmaktadır. Organizmanın içsel ve dışsal uyaranlar altında bu etkileşimi ve çatışmayı dengede tutabilmesi ve bunaltıyı ortadan kaldırabilmesi için savunma mekanizmaları var olmuştur (5, 6, 21, 116). Bu mekanizmalar genellikle, kaçma ya da tehlikeyi ortadan kaldırmaya yönelik saldırma biçimleridir.

Kaçma ya da savunma işlemleri biyolojik tepkiler olmakla birlikte benlik işlemleri olarak da görev yapmaktadır. Bu nedenle savunma biçimleri çatışma ve bunaltıya karşı kullanılan benlik işlemleri olarak tanımlanmaktadır (5, 6, 69, 116).

İlk olarak Sigmund Freud 1894 yılında “Savunmaların Nöropsikozu” adlı çalışmasında savunma mekanizmaları kavramını tanımlamıştır. Buradaki tanıma göre kişi, yaşadığı hoş olmayan bir olayı bilinç düzeyinde tuttuğu takdirde yaşanan stres ego gücünü aşacak nitelikte ise bu olaya ait olumsuz duygu ve düşünceler bilinç dışına itilmektedir bu sürecin gerçekleşmesini sağlayan faktörlere savunma mekanizmaları adı verilmektedir (116). Savunma biçimlerinin zihinsel gelişimin en erken dönemlerinde ortaya çıktığını belirten Freud savunmaların üç işlevine işaret ederek bunları; zihinsel içeriğin kapanması, zihinsel içeriğin çarpıtılması ve zihinsel içeriğin zıt içerikler kullanılarak örtülmesi olarak ifade etmektedir (5, 116).

Daha sonra Anna Freud (1966), Kernberg (1967) ve Klein (1973) tarafından savunma mekanizmaları genişletilmiştir (116, 117, 118). Anna Freud 1936 yılında Freud gibi id’in süreçleri, işleyişi ve yapısını odak noktası olarak almak yerine ego ve süreçlerini çalışmasının odak noktasına koymaktadır (5, 30). Anna Freud, id’den gelen istekler ile süperegonun yargılayıcı ve cezalandırıcı toplumsal kuralları arasında denge–uyum sağlayıp, bireyin kişilerarası ilişkilerini uyumlu bir şekilde sürdürmesine yardımcı olan egonun insan ruh sağlığında daha önemli bir yere sahip olduğunu vurgulamaktadır (5, 30). Anna Freud savunma biçimlerini, egonun istenmeyen ve stres yaratan dışsal durumlardan uzaklaşması işlevinin yanında dürtüsel davranışlar, duygular ve içgüdüsel istekler gibi içsel gerilimler üzerinde kontrol sahibi olmasını sağlayan psikolojik süreçler olarak tanımlamaktadır (5, 30). Savunma mekanizmaları kişilik yapısının önemli bir boyutunu temsil ederek kişiliğin gelişimi ve kişinin çevreye uyumunu sağlamaktadır. Bununla birlikte davranış biçimlerinin belirlenmesi, anksiyetenin ve diğer affektif durumların kontrol edilmesinde aktif rol oynamaktadır (5, 30). Bu bakımdan savunma mekanizmalarının ego gelişimi ve psikopatoloji ile yakın bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Bu ilişki doğrultusunda savunma mekanizmaları, patolojik olmayan, kişileri iç ve dış tehlikelere karşı koruyan ve kişilerin farkında olmadan otomatik olarak devreye giren ruhsal mekanizma olarak ifade edilmektedir (5, 30, 116, 120). Ego savunma mekanizmalarını günlük yaşamdaki stresörlerle baş etmede kullanılan mekanizmalardan ayıran en önemli özellik, verilen

tepkilerin bilinçdışı gerçekleşmesi ve kişinin savunma mekanizmalarından kaynaklanan duygu ve davranışlarının farkında olmamasıdır (5, 6, 92). Ayrıca savunma mekanizmaları, bireyin yaşadığı anksiyete, suçluluk, utanç, üzüntü, aşağılanma, vicdan azabı gibi rahatsızlık uyandıran duyguları daha kabul edilebilir hale getirmeye hizmet etmektedir (5, 6, 92). Savunma mekanizmaları, bireyi sıkıntıya sokan sorunla baş etmede kullanılmak yerine, sürekli olarak ve uygunsuz bir şekilde kullanıldığında anormal olarak kabul edilmektedir. Başka bir deyişle, belli bir dürtüsel isteme karşı egonun belli bir savunma yöntemini saplantılı olarak kullanması, ego bütünlüğünü bozarak “semptom” dediğimiz uzlaşmaların oluşumuna yol açmaktadır. Bu semptomların varlığı ise bize patolojik bir durum olduğunu düşündürmektedir (5, 121).

Ego Psikologlarından Schafer, benliğin savunma mekanizmalarını egonun id’ e olan karşıt tepkileri olarak görmektedir. Bu savunmalar aynı zamanda dürtülerin ifade edilmesine de katkıda bulunmaktadır (5, 6, 122).

Kernberg’e göre savunma mekanizmaları, içselleştirilmiş nesne ilişkilerindeki çatışmalar sonucu oluşmakta ve kendilerini değişik impulsif davranışlarla göstermektedir (5, 6, 119).

Sullivan’a göre ego savunma biçimleri kişiler arası ilişkilerdeki bozukluklar sonucunda ortaya çıkmaktadır. Sullivan savunmaları iki şekilde ifade etmektedir:

1. Birey kendisinde anksiyete yaratan durumlardan kaçınmakta ve anksiyetesini azaltmaya yönelik etkinliklerde bulunmaktadır.
2. Birey anksiyete yaratan durumları çeşitli savunma mekanizmalarını kullanarak algılamamaya çalışmaktadır (5, 6, 120).

Freud (1984), “inhibition symptoms and anxiety” adlı diğer kitabında savunma mekanizmalarını ayrıntılı olarak ele almıştır. Buradaki yazısında ilk olarak “bastırma” (repression) kavramını savunma mekanizmasının kendisi olarak tanımlamakta, daha sonraki çalışmasında ise savunma mekanizmalarından birisi olarak kullanmaya başlamaktadır (5, 6, 76). Bastırma, id ile ego arasındaki mücadele sonucu ortaya çıkmakta ve en çok üzerinde durulan savunma biçimi olarak görülmektedir. Freud savunma mekanizmaları üst başlığı altında, bastırma, gerileme, tepki oluşturma, yapıp bozma, yansıtma, içe yansıtma, yalıtma, kendine yöneltme ve

karşıt tepki kurma olmak üzere toplam dokuz savunma biçimini ele almaktadır (5, 6, 76). Anna Freud bunlara yüceltme, özdeşleşme ve özgecilik savunma biçimlerini de ekleyerek toplamda on iki savunma mekanizmasını tanımlamaktadır (5, 6, 121).

Ego Psikolojisi okulları gelişip ego işlevlerine daha çok önem verilmeye başlandıktan sonra savunma mekanizmaları daha ayrıntılı bir şekilde ele alınmış, çeşitli psikanalistlerin de katkılarıyla savunma mekanizmalarının sayısı toplamda otuz bire ulaşmıştır (119).

Yukarıda savunma mekanizmalarının tanımıyla ilgili değişik görüş ve teorilerin ortaya atıldığı görülmektedir. Tüm bu tanımlamalara dayanılarak teorisyenler tarafından ortak kabul gören özellikler şunlardır;

- Savunma düzeneklerinin özellikleri ve işlevleri bir bütün olarak insanın uyumuna yardım etmektedir.
- Uyum ve denge sağlamaya yönelik olabilecekleri gibi patolojik de olabilmektedir.
- Dinamik ve geriye çevrilebilir özelliktedir.
- Savunma düzenekleri bilinç dışı gelişmekte ve otomatik olarak işlev görmektedir. Birey bu düzeneklerin farkında bile değildir.
- Savunma düzeneklerini kullanmayan hiçkimse yoktur.
- Sağlıklı ve hasta bireylerin savunma mekanizmalarını kullanmaları arasındaki fark kullanılan savunma düzeneklerinin niteliklerinden ve kullanma yoğunluğundan kaynaklanmaktadır.
- Savunma düzenekleri anksiyeteye karşı işlev görmektedir. Kullanılma amacı anksiyeteyi gidermek ve azaltmaktır.
- Savunma düzenekleri benlik bütünlüğünü korumaya ve benlik saygısını sürdürmeye yönelik çalışmaktadır (5, 6, 31, 69, 77, 116, 121).

Savunma mekanizmaları gelişim dönemlerine göre farklılık göstermekte; immatür, nevrotik ve matür olmak üzere üç başlık altında ele alınmaktadır.

2.5.2. Savunma Mekanizmaları Kümeleri

2.5.2.1. Olgun Olmayan (İmmatür) Savunma Mekanizmaları

En ilkel savunma biçimleri olup genellikle yaşamın ilk yıllarında görülmektedir. Bu tür savunmalar içsel dürtülerle çevresel gerçekler arasındaki uyumu sağlamada yetersiz kalmaktadır. Bu başlık altında incelenecek savunmalar şu şekildedir (5, 6, 116, 121, 123).

Yansıtma (Projection)

Freud'un tanımladığı ilk savunma mekanizmalarından biridir. Yansıtma, bireyin kabul edilemez, ego ile uyumsuzluk yaratan duygu ve düşüncelerini başka birine atfetmesi, dış dünyadaki farklı bir özneye yansıtması olarak tanımlanmaktadır (5, 6, 116, 123). Yansıtma kişi kendi içinde kabul edemediği duygu, düşünce ve dürtüleri dışardan geliyormuş gibi algılamakta ve buna uygun davranışlar göstermektedir (5). Örneğin içinde öfke ve kin olan bir kişi "Bana kızıyorlar", "Bana öfke duyuyorlar", "Benden nefret ediyorlar" diye düşünmektedir. Kişi benliğinde kabul görmeyen hatalar, uygunsuz davranışlar ve diğer negatif özellikler için bir başkasını suçlamaktadır (5).

Yansıtma mekanizması kişiyi anksiyeteden iki şekilde koruyabilmektedir;

1. Kişi kendi eksikleri, yenilgileri, uygunsuz davranış ve diğer negatif özellikleri için bir başkasını suçlamaktadır.
2. Kişi benliğinde kabul görmeyen suçluluk duyguları uyandıracak nitelikteki dürtülerini, düşüncelerini ve isteklerini diğer insanlara yüklemektedir (5, 6, 69).

Yaşamın ilk yıllarından itibaren kullanılmaya başlanan ve kişilerin günlük yaşamlarında sıkça başvurduğu bir savunma mekanizmasıdır. Çocuğunun sınıf tekrarı yapacağını öğrenen bir annenin çocuğundaki başarısızlığı öğretmenin kötü ders anlatmasına bağlaması bu mekanizmaya örnek verilmektedir (5, 6, 31).

Pasif Saldırganlık (Passive Aggression)

Pasif saldırgan savunma, kişinin duygusal çatışmalarla ve iç-dış stresörlerle başa çıkabilmesi için başkalarına yönelik saldırganlığını dolaylı ve açık olmayan yollarla dile getirmesi olarak ifade edilmektedir (5, 6, 69). Başkalarını rahatsız etmek veya intikam almak amacıyla somurtma, işleri ağırdan alma, kasıtlı beceriksizlik, kasıtlı erteleme, unutmama, inatçılık, sorumluluk almaktan kaçınma, vb. davranışlar pasif-agresif davranışa örnek verilebilmektedir (5, 6, 69).

Psikanalitik görüş pasif-saldırgan kişiliğinin, anal dönemde yaşanan otoriter çekişmelerin ve karşılıklı üstünlük kurma çabalarının bir sonucu olarak ortaya çıktığını savunmaktadır. Bu dönemde verilen tuvalet eğitimi, çocuğun egosu ile dürtüleri arasındaki ilişkinin şekillenmesinde önem taşımaktadır. Tuvalet eğitimi ile çocuk dürtülerinin engellenmesine ya kızgınlıkla karşı koyarak dışkısını boşaltmakta (aktif, agresif tutum) ya da cezalandırılacağını düşünerek korkup ve boyun eğip dışkısını boşaltmaktan kaçınmaktadır (pasif tutum) (5, 6, 124).

Dışa Vurma (Acting Out)

Kişilerin bilinçdışı çatışmalarını bilinç düzeyinde yaşamaları için harekete geçtikleri ve bu şekilde bilinçdışı dürtü ve arzularını kontrol etmeye çalıştıkları savunma biçimi olarak tanımlanmaktadır (5, 6, 69). Kişiyi düşünmeden ve oluşacak olumsuz sonuçları dikkate almadan devreye giren bu savunma düzeneği, bilinçdışı dürtü ve arzuların yarattığı ruhsal gerginliğe karşı geçici bir rahatlık sağlayan davranışsal dışavurumlar olarak da ifade edilmektedir (5, 6, 69, 125).

Yalıtım (İsolation)

İzolasyon (yalıtım) mekanizması, kabul edilemeyen ve ruhsal gerginlik yaratan düşünce veya fantezilerin duygusal boyutundan ayrıştırılarak zayıflatılması ve böylece daha kontrol edilebilir, kabul edilebilir hale getirilmesi olarak ifade edilmektedir (5, 6, 69, 123). Yalıtım düzeneğinde bir anının bilişsel yanı tümü ile hatırlanabilirken, duygusal yanı ayrılarak bastırılır, bilinçdışına atılır ya da duygular ilgisiz gibi görünen bir başka yaşantıya, bir başka nesneye aktarılabilir. Böylece kişi çocuklukta yaşadığı hoş ya da acı bir olayı hiçbir duygu yükü olmaksızın anımsamakta ve

anlatmaktadır. Kendi sorunlarından söz ederken bir başka insana ait olayları anlatıyormuş gibi duygusal küntlük gösterebilmektedir (5, 6, 69, 123).

Bölme (Splitting)

İnsan benliğinde bulunan doğal dürtülerin yada içe atılmış olan doğal nesnelere olumlu ve olumsuz, iyi ve kötü diye bilinen parçalara bölünmesi, iyinin yaşatılmaya, kötünün yok edilmeye ya da tam tersi kötünün yaşatılmaya, iyinin yok edilmeye çalışıldığı en ilkel savunma düzeneklerinden biri olarak bilinmektedir (5). Birbirine karşıt duygu, düşünce ve nesnelere oldukça kesin bir biçimde birbirinden ayıran bilinçdışı bir psikolojik süreçtir. Örneğin, yaşamın ilk aylarında bebeğin duygusal dünyasını sağlıklı bir şekilde sürdürebilmesi için iyiyi kötüden, sevgiyi nefretten, hazzı acıdan ayırabilmesi bu düzenek ile sağlanmaktadır (5, 6, 69, 123). Şizofreni ve sınır bozukluklarda (borderline disorder) böyle bir bölme ya da bölme eğilimi çok belirgin olarak bulunmaktadır. Şizofrenide bireyin ‘kötü ben’, ‘iyi ben’ arasındaki bocalaması, bunlar arasında bir bütünleştirme çabası bir yandan da içe atılmış nesnenin iyi ve kötü parçalarının ayrı tutulmaya çalışılması yani bölünmesi hastalığın dinamiğinde önemli yer almaktadır (5).

Kernberg; “...benliğin içe atılan olumlu ve olumsuz nesnelere etkin olarak ayırması, benliğin de tam bir bölünmesi demektir ve sonuç olarak dış gerçeğin de bölünmesi bölme düzeneğinin özünü oluşturur.” demektedir (117).

Değersizleştirme (Devaluation)

Freud, değersizleştirme mekanizmasının kökenini çocuğun kendisinin / annesinin bedenindeki penis eksikliğini fark ettiğinde ortaya çıktığını belirterek kastrasyon anksiyetesinden bahsetmektedir (5, 117).

Kernberg’e göre değersizleştirme mekanizması çelişkili ego durumlarını birbirinden ayrı tutarak yaşanacak kaygıyı azaltmayı ya da bunu kontrol altına almayı sağlamaktadır (117).

Özakkaş’a göre ise değersizleştirme mekanizması patolojik durumlarda hastalıklı bir fonksiyonu teşkil etmektedir. Örneğin, obsesif-kompulsif kişilik

bozukluğunda ya hep ya hiç tarzı yaklaşım ile kişi kendini bir olayla birlikte ya değerli ya değersiz hissedip damgalayabilmektedir (126).

Otistik Fantezi (Autistic Fantasy)

Anna Freud otistik fantezinin, dürtüsel arzu ve isteklerle birlikte nesnel hoşnutsuzluğun yarattığı ruhsal çatışma ve gerginliği ortadan kaldırmak için kullanılan basit ve ilkel bir savunma biçimi olduğunu ifade etmektedir (121). Örneğin, kendisini nesnel bir şekilde değerlendirerek ödipal çatışma içinde olduğu babasına karşı güçsüz hisseden bir erkek çocuk, fantezisinde kendini herkesten üstün güce sahip bir savaş kahramanı olarak hayal edebilmekte ve bu durumu babasına ve başkalarına karşı koz olarak kullanabilmektedir. Daha sonra bunun yarattığı vicdan azabından kurtulmak için zarar verdiği kişileri fantezisinde bakım verebileceği bir hayvan ya da bebeğe dönüştürerek onlara yardım edebilmektedir. Başka bir çocuk karne hediyesi olarak alınacağı söylenen bisikleti bütün bir sene boyunca beklemek yerine fantezisinde bisikleti ile gezdiğini hayal ederek bunu daha kabul edilebilir hale dönüştürebilmektedir (5, 6, 31, 121).

Yadsıma/İnkar (Denial)

İlk olarak Freud tarafından kişiye acı veren, çatışma ve gerginlik yaratan gerçeğin bilinçdışı inkar edilerek yokmuş gibi, olmamış gibi davranılması şeklinde tanımlanmakta ve yaygın olarak kullanılan ilkel bir savunma biçimi olarak görülmektedir (5, 116). Yadsıma, benlik için tehlikeli olarak algılanan ve bunaltı doğurabilecek bir gerçeği yok saymak, görmemek olarak da ifade edilmektedir. Öfke en çok yadsınan duygudur. Kızdığı, öfkeli olduğu dışarıdan belli olduğu halde kişi bunun hiç farkında olmaksızın bu durumu yadsıyabilmektedir (5, 6, 31). Kişinin yakın bir zamanda kaybettiği aile ferdinin ölümünü yadsıması ve döneceğini düşünmesi, bir başka kişinin ilişkisindeki uyumsuzluğu yadsıyıp her şeyin yolunda gittiğini düşünmesi gibi ruhsal anlamda kabul edilmesi zor durumlar yadsıma mekanizmasının sıkça kullanıldığı durumlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu düzeneğin yoğun olarak kullanılması bireyin gerçeklerle olan bağlantısını zayıflatmakta uzun süre kullanıldığında ise kişinin gerçeği değerlendirme yetisini bozmaktadır (5, 6, 31, 69). Oğlu ölen bir annenin yemek masasına her gün oğlu için

tabak koyma davranışı bu duruma örnek verilebilmektedir (31). Örneklerden de anlaşıldığı gibi yadsıma, bilinçli olarak tehdit edici bir olayın mevcudiyetini veya kişisel bir davranışın kabulünü reddetme davranışı olarak ifade edilmektedir (15).

Yer Değiştirme (Displacement)

Belirli bir uyarının neden olduğu tepkinin açığa vurulmasının tehlikeli olduğu durumlarda tepkinin o uyarandan bir başkasına yöneltilmesine yer değiştirme savunma mekanizması denilmektedir (5, 6, 92). Başka bir deyişle bir dürtünün ya da duygunun asıl nesnesinden başka bir nesneye yöneltilmesidir. Çatışmaya, bunaltıya neden olan ve benlik tarafından kabul edilemeyen bir dürtü asıl yöneleceği nesne yerine başka bir nesneye yöneltilerek çatışma ve bunaltı azaltılmaya ya da önlenmeye çalışılmaktadır (5, 31). Örneğin; içinde annesine ya da babasına karşı derin bir öfke, aşırı bir saldırganlık duygusu uyanmış bir genç bu öfkeyi başkalarına, topluma, babayı ya da anneyi temsil eden otorite örneklerine yöneltebilmektedir. Bu örnekte saldırgan davranışlar kendine derin suçluluk verebilecek bir nesneden başka bir nesneye yer değiştirmektedir. Çalıştığı yerde patronuna kızıp eve gelince acısını karısından ve çocuğundan çıkaran kişinin yaptığı da aynı şeydir (5).

Obsesif kompulsif nevrozlarda yer değiştirme düzeneği önemli bir yer tutmaktadır. Acımasız bir üst benlik yüzünden kendini suçlu, kirli olarak algılayan kişide, bu ruhsal kirlilik duygusu bedeninin ya da eşyaların kirli olduğu duygusu ile yer değiştirmektedir. Kişi ellerini, bedenini ya da eşyaları sürekli yıkayarak ruhsal kirlilik duygusundan kurtulmaya çalışmaktadır (5).

Disosiyasyon (Dissociation)

Bireyin daha uyumlu ego savunmaları ile baş edemeyeceği acı veren, travmatik durumlarda (cinsel istismar, tecavüz vb.) ego bölme ve bastırma mekanizmaları sayesinde parçalara bölünmekte ve bastırılmaktadır. Dissosiyatif amnezi, dissosiyatif füğ, depersonalizasyon ve dissosiyatif kimlik bozukluğuna yol açabilmektedir (5, 6, 92).

Rasyonalizasyon/ Akla Uygunlaştırma (Rationalization)

Rasyonalizasyon, geçmiş, şimdi ve gelecek için tasarladığımız davranışlara mantıklı ve toplumun onayladığı açıklamalar getirme biçiminde tanımlanmaktadır (5, 6, 31, 92). Rasyonalizasyon mekanizmasında iki temel savunma ögesi bulunmaktadır;

1. Kişinin davranışını haklı göstermesine yardımcı olan öge
2. Ulaşılamayan amaçlara ilişkin hayal kırıklığının yarattığı etkiyi yumuşatan öge (92).

Rasyonalizasyon, kişinin herhangi bir olay karşısında kendisini suçlu hissettiği zaman gerçek olan düşünceler ya da isteklerinin yerine, davranışına bir neden bulması olarak ifade edilmektedir (15). Ayrıca rasyonalizasyon, benlik için acı ve bunaltı verici durumlarda, akla yatkın görünen, fakat sıkıntı vermeyecek bir neden, bir açıklama bulmak olarak açıklanan ve çok sık kullanılan bir savunma düzeneği olarak da karşımıza çıkmaktadır (5, 31). Başkalarıyla kolay geçinemeyen, kendini sevdiremeyen bir kişi “ben yalnızlıktan hoşlanırım” diyerek bilinç dışı bir açıklama ile kendini rahatlatabilmektedir. Bir genç kıızı evlenme sözü vererek aldatan bir erkek, kendi vicdanını rahatlatmak için “ben aldatmasaydım başkalarına zaten kanacaktı” diyerek kendini suçluluk duygusundan kurtarmaya çalışmaktadır. Birçok içkiye düşkün kişi içkiyi bıraktıktan sonra yeniden başlarken akla yatkın görünen nedenler ileri sürerek kendilerini bunlara inandırmaya çalışmaktadır. Akla uygunlaştırma aslında bahane bulma düzeneğidir. Kişi bunu aşırı düzeyde kullandığı zaman topluma uyum sağlamada büyük güçlük yaşamaktadır (5).

Bedenselleştirme (Somatization)

Somatizasyon, yadsıma, yer değiştirme ve rasyonalizasyonu içeren bilinçdışı çatışma çözme mekanizması olarak tanımlanmaktadır. Bu savunma biçimi ile kabul edilemeyen düşünce veya durumlar fiziksel bir probleme aktarılmakta ve kişi fiziksel yakınmaları sayesinde ona sıkıntı veren gerçek problemden uzaklaşmış olmaktadır (127). Örneğin, gerçek bir görme bozukluğu olmadığı halde görmeme, görmek istenilen bir şey karşısında duyulan bunaltının giderilmesine ve yasak şeyleri görme dürtüsüne karşı savunma oluşturmaya yaramaktadır (5).

2.5.2.2. Nevrotik Savunma Mekanizmaları

Nevrotik savunmalar ruhsal gerginliği azaltsa da çoğunlukla ruhsal yapı ve çevre arasındaki uyum ve dengeyi sağlamada yetersiz kalmaktadır. Bu başlıkta incelenecek savunmalar şu şekildedir (5, 6, 15, 77, 92, 121).

Yapma-Bozma (Undoing)

Kişinin gerçekte ya da düşüncesinde yaptığı ya da yaptığını düşündüğü olumsuz bir eylemi yansıztırmak (nötrleştirmek), etkisini kaldırmak ve yapılmamış gibi saymak amacı ile yürütülen bir takım işlemler yapma-bozma düzeneğini oluşturmaktadır (5). Bir anda aklımıza gelen olumsuz düşünceler nedeniyle hissedilen suçluluğu hafifletmek için yapılan eylemler olarak da ifade edilmektedir (5, 6). Bu düzenek daha çok obsesif- kompulsif kişilik bozukluklarında görülmektedir. Hava gazı musluğunu sık sık açıp kapayarak kontrol etmek buna örnek verilebilir. Kişi sanki havagazı musluğunu önce açarak herkesi zehirlemiş, hemen ardından kapatarak herkesi kurtarmış gibi olmaktadır. Her akşam pencereden biri girmiş ya da girecekmiş gibi pencereleri açıp kapamak, yatağın altını yoklayarak araştırmalar yapmak da örnek verilebilmektedir. Halk arasında, kötü bir şey olmasını, uğursuzluğu önlemek amacıyla kullanılan “maşallah” sözcüğü, tahtaya vurma gibi gelenekler de yapma-bozma düzeneğine örnektir. El yıkama zorlantısında ruhsal kirlilik duygusu bedensel pislik duygusuna yer değiştirirken yapma-bozma düzeneğinin de işlediğini görülmektedir. Birey ellerini kirlenmiş olarak algılamakta ve hemen arkasından ellerini uzun süre yıkayarak kirlenme duygusunu bozmaya çalışmaktadır (5, 6).

Psödo Altruizm (Pseudo Altruism)

İlk kez Anna Freud tarafından tanımlanmıştır (121). Çocukluk döneminde çocuğun isteklerine karşı anne babanın katı tutumu çocuğun dürtülerinin baskılanmasına ve süper egosunun gelişip daha katı ve cezalandırıcı bir hal almasına neden olmaktadır. Bu durumda dürtülerin bastırılması yerine her biri için çevrede bu arzu ve isteklerin depo edileceği araçlar bulunmakta ve her bir istek bu kişilerden birine yansıtılmaktadır. Böylece süper egonun katı tutumuna karşı dolaylı yollardan dürtüsel doyuma ulaşılmaktadır (5, 6, 31, 121).

Örneğin, sıklıkla görülebilen annelerin oğullarına olan sevgilerindeki önemli belirleyicilerden birinin erkek olmalarından dolayı isteklerini gerçekleştirmeye daha uygun olan oğullarına aktarmış olmalarından kaynaklandığı bilinmektedir (121).

İdealleştirme (Idealization)

Freud'a göre her birey erken dönemlerde kendisini dünyanın merkezinde gördüğü birincil narsisizm döneminden geçmektedir (116). Büyüme ile birlikte ebeveynlerinin sevgisini kazanmak için onların önemseydiği şekilde davranmaktadır. Ebeveynlerin idealize edilmesiyle birlikte onların değer verdiği nesnelere, davranış şekilleri ve kuralları da idealize edilmektedir. Bu değerlerin içselleştirilmesiyle de çocuk, egosu için ideal olanı bulmaktadır (5, 116, 128). Bu ego ideali, davranış kurallarını ve egonun ulaşmaya çalıştığı mükemmellik standartlarını belirlemektedir. Çocuk gerçek benliği ile ego ideali arasındaki ambivalansı kaldıramayacak durumda kalırsa savunmalar daha sık kullanılmaya başlanmakta ve durum patolojik bir hal almaktadır. Freud bu duruma da ikincil narsisizm adını vermektedir. Bu durumda dürtüler gerçek nesnesinden kopartılıp idealize edilen egonun kendisine yöneltilmektedir (5, 116, 128).

Otto Kernberg göre idealizasyon mekanizması, nesnenin istenmeyen karakteristik özelliklerinin yadsınarak, kişinin libidosunu ve tüm güçlülüğünü yansıtılabileceği bir nesne haline getirilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (119).

Karşıt Tepki Geliştirme (Reaction Formation)

Kişiler tarafından kabul edilmesi tehlikeli dürtü, duygu ve arzuların daha kabul edilebilir hale dönüştürülmesi için tam karşıtı duygu ve tutumlar geliştirilmesini sağlayan savunma biçimi olarak ifade edilmektedir (5, 92). Karşıt tepki geliştirme, istenmeyen düşüncelerden dolayı oluşan gerilimi tam tersi bir davranış yolu izleyerek ele almak şeklinde de tanımlanmaktadır (15).

Kişi kendi içindeki bilinç dışı yasak dürtü ve eğilimlerinin tam karşıtı tepkiler göstererek kendi benliğini savunmaya çalışmaktadır. Örneğin, kişi içindeki kin, nefret ve kabalık eğilimlerine karşı aşırı derecede kibar ve nazik; pislik ve kirlilik duygularına karşı da aşırı derecede titiz ve temizlik düşkünü olabilmektedir. Normal

ve doğal dürtülerini, örneğin cinsel uyanışları bile kendine ve başkalarına yasak sayarak katı ahlakçı bir tutum gösterebilmektedir. Sık sık dinden imandan söz ederek başkalarını suçlayan ve aşırı dinci görünen bir kişinin yaptığı, kendi içindeki ayartıcı dürtülere karşıt bir tutum geliştirme çabasıdır. Bireyin içinde sürekli olarak onu uyaran ve sıkıştıran olumsuz dürtüler ve eğilimler canlılıklarını sürdürmekte, birey de kendi benliğini sürekli olarak bunların karşıtı davranış ve tutum örnekleri ile korumaya çalışmaktadır (5).

Karşıt tepki kurma ve yüceleştirmenin birbirinden ayırt edilmesi gerekmektedir. Yüceleştirmede bilinç dışı dürtülere karşı bir savaşım, bir zorlama yoktur. Çocukluk çağında dürtüler amaç ve nesnelere köklü değişimlere uğrayarak toplum ve benlik için olumlu güdülere dönüşebilmektedir. Karşıt tepki kurma düzeneğinde ise, yasak ve olumsuz sayılan bilinçdışı dürtüler ve eğilimler (kin, nefret, çocuksu dürtüler vb.) bireyi sıkıştırmaktadır, birey de bunların karşıtı olan davranışlarla kendini savunma gereğini duymaktadır (5, 6, 31).

2.5.2.3. Olgun (Matür) Savunma Mekanizmaları

Olgun savunma mekanizmaları bireyin içsel dürtülerle çevresel gerçekler arasında uyumlu ve yararlı bir denge kurmasını sağlamaktadır. Ruhsal gerilim ve anksiyeteyi azalttığı gibi bireyin sosyal anlamda olumlu geribildirimler almasına da olanak tanımaktadır. Bu başlıkta incelenecek savunmalar şu şekilde özetlenmektedir (5, 6, 31, 92, 123).

Yüceltme (Sublimation)

Dürtülerin asıl amaç ve nesnelere bırakmaları ve toplum içinde kabul edilen yaratıcı ve yapıcı eylem için kullanılabilir duruma gelmeleri düzeneğine yüceleştirme denilmektedir (5). Freud, yüceltme mekanizmasını cinsel merakın sanatsal ve yararlı faaliyetlere yöneltilmesi olarak tanımlamaktadır (116). İlkel dürtüler, eğilim ve istekler doğal amaçlarından saparak toplumca beğenilen ve kabul edilen etkinliklere dönüştürülmektedir (116, 123). Yüceltme mekanizmasının oluşum aşamaları şu şekilde özetlenmektedir;

- Gerçek amaca ket vurulması

- Cinsel ya da saldırgan dürtülerin etkisiz hale getirilmesi
- Ego tarafından enerjiye yeni bir biçim verilmesi (5, 92).

Çocukluk çağında, özellikle 3-4 yaşlarından başlayarak o döneme ve daha önceki dönemlere (fallik ve pregenital dönemler) özgü saldırgan ve cinsel dürtüler, tümünden amaç ve nesnelere değiştirilerek benlik için yapıcı ve yaratıcı bir amaç edinmektedirler. Yani saldırganlık dürtüsünün enerjisi kalır, fakat saldırgan niteliğini yitirir, cinsel dürtünün enerjisi kalır, fakat cinsel yönelişi kalmaz (deseksüalizasyon). Böylelikle, benliğin hizmetinde cinsellikten ve saldırganlıktan tümünden arınmış dürtülerin enerjileri kalmaktadır. Örneğin, çocukluk çağında cinsel konuları bilme tutkusu oldukça yaygın bir dürtünün belirtisi olarak görülmektedir. Bu eğilimin bir parçası cinsellikten sıyrılarak çocuğun bilmediği şeyleri öğrenme tutkusuna dönüşmektedir. Çalışma merakı, toplum için yararlı çeşitli uğraşlar, bilme, öğrenme tutkusu, sanat yapıtları yüceleştirmeye örnek verilmektedir (5).

Yüceleştirme düzeneğinin en önemli noktası benliğin, herhangi bir bunaltıya karşı savunma kendini savunma gereksinimi duymamasıdır. Bu nedenle anormal yanı olmayan tek düzenek olarak değerlendirilmektedir (5).

Mizah (Humor)

Freud mizahı, bireyin ruhsal bir gerilim karşısında gerçekçi bakış açısını yitirmeden olumsuz duygulardan arınmaya olanak tanıyan sağlıklı bir savunma mekanizması olarak tanımlamaktadır (129). Diğer bir deyişle mizah, yasak düşlem ve düşüncelerin kişinin kendisini ve çevresini rahatsız etmeden uygun bir şekilde ifade edilmesini sağlayan bir mekanizmadır (129). Ego, kişinin büyüklük sanrılarıyla alay ederek ve tehlike oluşturan kişileri karikatürleştirerek espri yoluyla anksiyetenin ciddiyetini azaltmaktadır. Mizah aynı zamanda sosyal ilişkiler sırasında kişilerarası çatışmaları ve gerginliği azaltarak adaptasyon sağlamakta ve motivasyonu yükseltmektedir (129, 130).

Beklenti (Anticipation)

Beklenti savunma mekanizması, gelecekte olabilecek olayları öngörme ve bu olaylar ile ilgili gerçekçi düşüncelerle alternatif çözüm yolları üretebilme olarak tanımlanmaktadır. Sınıf arkadaşlarına hazırladığı projeyi anlatması gereken bir öğrencinin, sunumuyla ilgili olabilecek aksaklıkları önceden düşünmesi ve buna yönelik çözüm yolları araştırması bu mekanizmaya örnek verilebilmektedir. Bu şekilde birey kendini sıkıntıya sokacak olası durumlara karşı hazırlıklı hissetmekte buna bağlı olarak stresini daha iyi kontrol altına alabilmektedir (5, 31, 129, 131).

Baskılama (Suppression)

Bu mekanizma ilk olarak Sigmund Freud tarafından ortaya atılmıştır (116). Benliğin savunma düzenekleri arasında ilk tanımlanan ve diğer bütün düzeneklere temel olan bastırma, dürtü, anı ve deneyimlerin bilinç dışına itilmesi ve orada tutulması şeklinde ifade edilmektedir (5, 6, 31). Bilinçdışı itilen ve orada tutulan dürtü, istek, anı ve duyguların bilinç düzeyine çıkması genellikle benlik tarafından kabul görmemektedir. Bir başka deyişle, üstbenlikçe yargılanarak yasaklanan ve benliğe bunaltı veren öğelerin benlik tarafından bastırılması olarak tanımlanmaktadır (5, 6, 31). Herhangi bir dürtünün, duyumun ya da anının bilinçdışı itilmesi ve orada tutulması belirli bir enerjinin harcanmasına, kimi doğal dürtülerin doyurulmasına neden olarak kişiliğin sağlıklı gelişmesini kısıtlayabilmektedir. Ayrıca kişinin bastırma düzeneğini yoğun olarak kullanması kendini bilmesi ve kendini tanımasına engel olmaktadır (5, 6, 31, 123).

Bilinçdışı bir karmaşa yoğunluğunda bastırılmış olan dürtü ve çatışmalar kümesi (oedipus çatışması) yetişkin kişinin yaşamında çok değişik davranış örüntülerine ya da ruhsal bozukluklara yol açabilmektedir. Örneğin, cinsel güç sorunları, evlenememe durumu, erkeklere ya da kadınlara karşı aşırı çelişkili tutumlar, uygun olmayan özdeşim belirtileri gibi. Bu tür büyük karmaşaların yanı sıra, bastırma düzeneği günlük yaşamın içinde dil ve devinim sürçmeleri (parapraksiler) olarak da kendini göstermektedir. Dilimizin ucunda dediğimiz unutmalarımız, çeşitli dalgınlıklarımız ve kasıtsız gibi görünen unutkanlıklar, atlamalar, ertelemeler, yanlış anlatımlar vb. de bastırma belirtileridir. Daha ağır biçimi ise bir yaşantıyı tümüyle ya da bir parçası ile hiç anımsayamamaktır (5).

2.5.3. Hemşirelerde Savunma Mekanizmaları

Hemşireler, çalışma koşullarındaki farklılıklar nedeni ile çeşitli engellerle karşılaşmakta ve iş ortamında büyük ölçüde strese maruz kalmaktadır (4, 8, 25). Hemşirelerin en önemli rollerinden biri hasta bakımı olduğundan verecekleri bakımın engellenmesi hemşirelerde yüksek düzeyde stres, anksiyete ve öfke meydana getirmektedir (25). Hemşirelerin kaliteli bakım verebilmesi için yaşadıkları anksiyete ve öfkeyi kontrol altına alması gerekmektedir (7, 8). Buna yönelik olarak da savunma mekanizmaları devreye girmekte kişinin çevreye uyum sağlamasında yardımcı olmaktadır (5). Savunma mekanizmaları anksiyeteyi azaltmanın yanında hemşirelerin duygularını tahammül edilebilir sınırlar içinde tutarak dürtülerini denetlemelerini veya onlara yeni bir yön vermelerini sağlamaktadır (132, 133). Bununla birlikte hemşirelerin benlik kavramındaki değişiklikleri bütünleştirerek olumlu benlik kavramı oluşturmalarına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca hemşirelerin kendisi ve diğer insanlarla olan çatışmalarını kontrol altına almalarına da yardımcı olmaktadır (19, 133, 134).

2.6. Dürtüsellik, Anksiyete, Öfke İle Savunma Biçimleri Arasındaki İlişki

Bireysel tehdit hissetme anksiyete düzeyini arttırmakta ve bireyin dürtüsel davranış göstermesine neden olmaktadır. Kişi tehdidin özelliğine göre kendisini kızgın-kırgın-engellenmiş hissedip öfkelenmektedir. Hissedilen tehdit edici durum bireyin benlik saygısını zedeleyici nitelikte ise ya da karşı konulamayacak güçte ise öfke daha şiddetli hissedilebilmektedir (3, 20). Yaşanılan anksiyete ve buna bağlı gelişen öfke davranışıyla baş edebilmek için çeşitli savunma mekanizmaları devreye girmekte veya güvenlik tepkileri oluşturulmaktadır (5, 6, 31). Savunma mekanizmaları anksiyete ve öfke düzeyini etkileyen en temel mekanizmalardan birisidir (5). Bu mekanizmalar bireyin anksiyete yaşadığı durum ve koşullardan kaçınmasını sağlayan yöntemler ile anksiyete yaratan iç ve dış uyaranları algılamamaya çalışmayı içeren yöntemleri kapsamaktadır (5, 6, 31). İlkinde birey anksiyete yaşatan durum veya olaylardan kaçınmakta kaçınmadığı durumlarda ise farklı yöntemlerle örneğin davranışlarına haklı nedenler bulmak, yaşadığı olayları değiştirerek hatırlamak gibi, anksiyeteden kurtulmaya çalışmaktadır. İkinci tür savunmalarda birey kendisinde anksiyete yaratabilecek düşünce ve duyguları seçici

bir ilgisizlik geliştirerek bilinç dünyasından uzak tutmakta veya anksiyete oluşturabilecek duygusal tepkilerinin yerine bu tarz etkiler yaratmayacak tepkiler geliştirmektedir (5, 6, 31, 69, 77).Yapılan bir çalışmada anksiyete düzeyi yüksek bireylerin düşük bireylere göre kendilerini daha içe dönük ve daha dürtüsel algıladıkları, kendilerine yönelik daha fazla olumsuz duygulanım yaşadıkları ve öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır (133). Öfke ve buna bağlı ortaya çıkan anksiyete ile sağlıklı bir şekilde baş edilemediğinde bireyin enerjisi tükenerek davranışlarını kontrol etmesi zorlaşmaktadır (7, 27, 114). Bu nedenle anksiyete ve öfkeyle etkili baş etme yöntemlerinin bilinmesi, öfkenin yapıcı davranışlarla ifade edilmesi ve anksiyetenin sağlıklı bir şekilde ele alınması bireyin ruh sağlığının devamı ve gelişimini için büyük önem taşımaktadır (27, 35, 93).

Sonuç olarak, anksiyete ve buna bağlı olarak gelişen öfke davranışı dürtüsellik sonucu ortaya çıkmakta ve bunları kontrol altına almaya yönelik olarak bilinçdışı savunma mekanizmalarının devreye girdiği bilinmektedir (5, 6, 15, 31, 69, 77).

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Çalışma tanımlayıcı araştırma şeklinde tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bu araştırma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 15.09.2014 - 30.04.2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Çalışmanın evrenini Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili birim, cerrahi birim, yoğun bakım ve acil servisinde çalışan toplam 460 hemşire oluşturmaktadır. Bu konuda daha önce yapılmış çalışmaların denek sayısı dikkate alınmıştır (17, 20, 27, 29). Herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

Çalışmaya katılmak istemediğini ifade eden 40 hemşire ile doğum izninde olduğu için çalışmaya katılmayan 50 hemşire çalışmaya dahil edilmemiş, gönüllü olan 370 hemşireye ulaşılarak çalışma tamamlanmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri şunlardır:

- Hemşire olmak
- Hastanede çalışıyor olmak
- 18-65 yaş arasında olmak
- Herhangi bir ruhsal hastalığa sahip olmamak
- En az lise mezunu olmak
- En az bir yıldır aynı birimde çalışıyor olmak
- İzinli veya raporlu olmamak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.4. Araştırmanın Uygulanması

Çalışma Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili birim, cerrahi birim, yoğun bakım ve acil servisinde çalışan 370 hemşire ile 15.09.2014-30.04.2015 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın ön uygulaması, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin acil servisinde çalışan 27 hemşire ile yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan hemşireler aynı zamanda araştırmanın evrenini oluşturduğu için bu kişiler araştırmanın evreninden çıkarılarak evrenin sayısı 433 olarak belirlenmiştir. Hemşirelere Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu (Ek-1), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) (Ek-2), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Ek-3), Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ) (Ek-4) ve Savunma Biçimleri Ölçeklerinin (SBT) (Ek-5) tümü uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan anket ve ölçeklerin tümü araştırmacı tarafından yüzyüze görüşme yoluyla uygulanmış olup tüm ölçeklerin uygulanma süresi 20-25 dakika sürmüştür.

3.5. Araştırmanın İzni

Çalışma ile ilgili etik kurul onayı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'nun 03.03.2015 günü yapılan 5'inci oturumunda 50687469-233-15/1648.4-497 etik kurul numarası ile Etik Kurul İzni alınmıştır (Ek 6). Çalışmada kullanılacak anketlerin ve ölçeklerin uygulanabilmesi için Gülhane Askeri Tıp Akademisi Anket Kurulu'nun 26.03.2015 günü yapılan toplantısında 50687469-3730-967 anket kurul numarası ile Anket Kurul İzni alınmıştır (Ek 7). Ayrıca hastanede çalışan tüm hemşirelere anketlerin uygulanabilmesi için GATA Başhemşireliği'nden yazılı izin alınmıştır (Ek 8). Çalışmanın etik yönü için araştırmacılar tarafından Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu geliştirilmiştir (Ek 9). Çalışmanın gerçekleştirilmesi için gerekli kurum izinleri alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmada Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu (Ek-1), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) (Ek-2), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (Ek-3), Çok Boyutlu Öfke Ölçeği (ÇBÖÖ) (Ek-4) ve Savunma Biçimleri Ölçeği (SBT) (Ek-5) kullanılmıştır.

3.6.1. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma yaşamlarına ilişkin özellikleri içeren sosyo-demografik veri toplama formu literatüre uygun olarak hazırlanmış olup toplam 14 sorudan oluşmaktadır (8, 29, 82). 1, 2, 3, 4, 5 numaralı sorular hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalıştığı birim) 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 numaralı sorular ise hemşirelerin çalışma yaşantılarına ilişkin özelliklerini (alışma yılı, çalışma şekli, çalışma saati, nöbet saati vs.) saptamak amacıyla oluşturulmuştur.

3.6.2. Barratt Dürtüsellik leği

Barrat Dürtüsellik leği Barratt ve arkadaşları (1995) tarafından dürtüselliği ölçmek için geliştirilmiştir. 30 maddeden oluşan, 1-4 arasında puanlanan, likert tipi, kendini değerlendirmede kullanılan bir öz-bildirim leğidir (46, 61). Barratt Dürtüsellik leğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik alışması Güleç ve Tamam tarafından 2008 yılında yapılmıştır (135). Bu lek ile dürtüsellik hakkında fikir edinildiği gibi alt ölçekleriyle de kişilerin plansızlığı, otokontrol eksikliği ve kendini riske sokacak davranışlarda bulunup bulunmadığı değerlendirilmektedir (46, 61). Bireyin kendisinden yanıt olarak ‘nadiren/hiçbir zaman’, ‘bazen’, ‘sıklıkla’ ve ‘hemen her zaman/her zaman’ seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretleme istenmektedir. Faktör analiziyle 3 alt faktör elde edilmektedir;

- 1) Dikkatle ilişkili dürtüsellik (konsantrasyon ve dikkat ile ilgili problemler, yarışan düşünceler, dikkatin hızlı yön değiştirmesi, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük) 5, 6, 9, 11, 20, 24, 26, 28. soruların toplamı ile belirlenmektedir.
- 2) Motor dürtüsellik (aceleci hareket, hızlı tepkiler, sabırsızlık, huzursuzluk) 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 ve 30. soruların toplamı ile ifade edilmektedir.
- 3) Tasarlanmamış dürtüsellik (plan yapmama, kontrolünü sağlayamama, gelecek yöneliminin eksikliği) 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27, 29. soruların toplamı ile değerlendirilmektedir (46, 61).

Dikkat alt ölçeğinden alınacak puan 8-32 arasında değişmekte, puanın yüksekliği kişinin daha dikkatsiz davranışlar sergilediğini; motor alt ölçeğinde alınacak puan 11-44 arasında değişmekte, puanın yüksekliği motor hareketlilikteki artışı; tasarlanmamış alt ölçeğinden alınacak puan 11-44 arasında değişmekte, puanın yüksekliği ise yaşamı planlamasındaki istikrarsızlık ve plan yapamamayı göstermektedir. Ölçekten alınan toplam puan ise 30-120 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksekliği kişinin dürtüsellik düzeyinin yüksekliğini göstermektedir (46, 61). Bu ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasının cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı $\alpha=0.82$ iken bu çalışmada $\alpha=0.85$ olarak bulunmuştur. Dikkatle ilişkili dürtüsellik alt ölçeğinin cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı $\alpha=0.64$ iken, bu çalışmada $\alpha=0.88$, motor dürtüsellik alt ölçeğinin cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı $\alpha=0.70$ iken, bu çalışmada $\alpha=0.83$ ve tasarlanmamış dürtüsellik alt ölçeğinin cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı $\alpha=0.80$ iken, bu çalışmada $\alpha=0.83$ olarak bulunmuştur.

3.6.3. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesinde kullanılan, 21 maddeden oluşan ve 0-3 arasında puanlanan, likert tipi, kendini değerlendirme ölçeğidir (136). Beck Anksiyete Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Ulusoy ve arkadaşları tarafından 1998 yılında yapılmıştır (137). Bu ölçekteki 13 madde fizyolojik semptomları değerlendirmekte 5 madde kavrama yönünü açıklamakta ve 3 madde hem somatik hem de kavrama semptomlarını simgelemektedir. Uygulanan faktör analizi sonucunda ölçeğin “subjektif belirtiler” (1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17 ve 19. maddeler) ve “somatik belirtiler” (2, 3, 6, 12, 13, 18, 20 ve 21. maddeler) olmak üzere iki etmeden oluştuğu bildirilmektedir. Bu belirtilerin son bir haftadır kişiyi ne kadar rahatsız ettiği sorgulanmaktadır (136).

Ölçekten alınacak toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. 0-21 arası hafif, 21-42 arası orta, 42-63 arası ciddi olarak değerlendirilmekte toplam puanın yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini göstermektedir (136). Bu ölçeğin geçerlilik güvenirlik çalışmasının cronbach alfa iç güvenirlik katsayısı $\alpha=0.93$ iken, bu çalışmada $\alpha=0.94$ olarak bulunmuştur.

3.6.4. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği

Çok Boyutlu Öfke Ölçeği insanların öfke konusundaki duygu, düşünce ve tutumlarını belirlemeyi amaçlayan, 5 bölümden ve 158 sorudan oluşan, 1-5 arasında puanlanan, likert tipi bir ölçektir (101). Çok Boyutlu Öfke Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Balkaya ve Şahin tarafından 2003 yılında yapılmıştır (101). Sorulan sorulara “Hiç”, “Nadiren”, “Arada sırada”, “Sıklıkla” ve “Her zaman” cevaplarından birinin verilmesi beklenmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar ilgili boyutun daha fazla düşünüldüğü/kullanıldığı anlamına gelmektedir (101).

Bu ölçeğin ilk boyutunda “Öfkelendiğinizde aşağıdaki belirtiler sizde ne sıklıkla ortaya çıkar?” sorusuyla, 14 maddede ‘öfkenin fiziksel belirtileri’ araştırılmaktadır. Ölçekten alınacak puan 14-70 arasında değişmektedir. Tek faktörden oluşan bu bölümün cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.83$ olarak verilmekte olup bu çalışmada $\alpha=0.92$ olarak bulunmuştur.

İkinci boyutta ‘öfkenin oluşmasına yol açan etmenleri’ tanımlayan toplam 41 madde verilerek, bu ifadelerin bireyde uyandırdığı öfke yoğunluğu sorulmaktadır. Ölçekten alınacak puan 41-205 arasında değişmektedir. Bu bölümün cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha= 0.95$ olarak belirlenmiş olup bu çalışmada $\alpha=0.97$ olarak bulunmuştur.

Üçüncü boyutta ‘öfkeyle ilişkili düşünceleri’ içeren 30 madde verilerek, “Aşağıdaki düşünceler aklınızdan ne sıklıkla geçer?” sorusu bulunmaktadır. Ölçekten alınacak puan 30-150 arasında değişmektedir. Bu bölümün cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha= 0.92$ iken, bu çalışmada $\alpha= 0.95$ olarak bulunmuştur.

Dördüncü boyutta öfkeyle başa çıkma yolları araştırılmaktadır. Bu boyutta “Sizi öfkelendiren bir durumda kaldığımızda aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?” sorusu altında ‘öfkeyle ilişkili davranışları’ içeren toplam 26 ifade yer almaktadır. Ölçekten alınacak puan 26-130 arasında değişmektedir. Bu bölümün cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=0.83$ olarak belirlenmiş olup bu çalışmada $\alpha=0.84$ bulunmuştur.

Beşinci boyutta ise, ‘kişilerarası öfke tepkilerini’ değerlendiren 47 madde ile “Sizi öfkelendiren bir insan karşısında aşağıdaki davranışları ne sıklıkla

gösterirsiniz?” sorusu bulunmaktadır. Ölçekten alınacak puan 47-235 arasında değişmektedir. Bu bölümün cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0.93$ iken, bu çalışmada $\alpha = 0.96$ bulunmuştur (101).

3.6.5. Savunma Biçimleri Ölçeği

Savunma Biçimleri Ölçeği Andrews, Singh ve Bond (1993) tarafından geliştirilmiştir. Savunma Biçimleri Ölçeği (SBT-40) bilinç dışı kullanılan savunma biçimlerinin bilinç düzeyindeki yansımalarını deneysel olarak değerlendiren, toplam 40 madde ve 20 savunmadan oluşan, 1-5 arasında puanlanan, liket tipi, kendini değerlendirmede kullanılan bir ölçektir (132). Savunma Biçimleri Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2007’de yapılmıştır (32). Bu ölçekte her bir madde 1 (Bana hiç uygun değil) ile 9 (Bana çok uygun) arasında değerlendirilmektedir (132).

Ölçekteki 20 savunma mekanizması immatür, nevrotik ve matür savunmalar olarak 3 boyutta toplanmaktadır.

İmmatür savunmalar; yansıtma (6. ve 29. sorular), pasif agresyon (23. ve 36. sorular), dışa vurma (11. ve 20. sorular), yalıtma (34. ve 37. sorular), değersizleştirme (10. ve 13. sorular), otistik fantezi (14. ve 17. sorular), yadsıma/inkar (8. ve 18. sorular), yer değiştirme (31. ve 33. sorular), disosiyasyon (9. ve 15. sorular), bölme/bölünme (19. ve 22. sorular), mantıksallaştırma (4. ve 16. sorular), bedenselleştirme (12. ve 27. sorular) savunma biçimlerinden oluşmaktadır.

Nevrotik savunmalar; yapma-bozma (32. ve 40. sorular), yapay özgecilik (1. ve 39. sorular), idealleştirme (21. ve 24. sorular), karşıt tepki geliştirme (7. ve 28. sorular) savunma biçimlerini içermektedir.

Matür savunmalar; yüceltme (3. ve 38. sorular), mizah (5. ve 26. sorular), beklenti (30. ve 35. sorular), baskılama (2. ve 25. sorular) savunma biçimlerini kapsamaktadır.

Her bir alt savunma ve 3 savunma biçiminin hesaplanmasında toplam puan ya da aritmetik ortalama kullanılabilir. İmmatür savunmalar alt boyutundan alınacak puan 24-216 arasında, nevrotik savunmalar alt boyutundan alınacak puan 8-

72 arasında ve matür savunmalar alt boyutundan alınacak puan 8-72 arasında değişmektedir. Her bir alt savunmanın madde sayısının iki olmasının güvenilirlik katsayılarını etkilediği düşünülmektedir. Bu anlamda alt savunmaların güvenilirliği sınırlı olup, ölçeğin tek tek alt savunmalar şeklinde değil, güvenilirliği kabul edilir düzeyde olan 3 ana savunma biçimi temelinde değerlendirilmesi önerilmektedir (132). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği yapılmış orijinal çalışmada immatür, nevrotik ve matür savunma biçimlerinin cronbach alfa iç güvenilirlik katsayıları sırasıyla $\alpha=0.80$, $\alpha=0.58$, $\alpha=0.68$ olarak bildirilmiş olup, bu çalışmada $\alpha=0.81$, $\alpha=0.71$, $\alpha=0.77$ olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini, dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik, anksiyete, öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke; bağımlı değişkenlerini ise immatür savunmalar, nevrotik savunmalar ve matür savunmalar oluşturmaktadır.

İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında t-testi, ikiden fazla bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. Anova testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere tamamlayıcı post-hoc analizi olarak Scheffe testi kullanılmıştır.

Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon ve regresyon analizi uygulanmıştır. Pearson korelasyon analizi sürekli değişkenler arasında doğrusal ilişkinin kuvveti (derecesi) ve yönünü belirlemek üzere uygulanmaktadır. Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında nedensellik ilişkisini belirlemek üzere; bağımsız değişkenler yardımıyla zor elde edilen bağımlı değişken değerini kestirmek için çoklu regresyon analizi uygulanmaktadır.

Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Hemşirelerin bazıları anketteki soru sayısının fazla olması, zamanlarının kısıtlı olması ve iş yüklerinin fazla olması nedeniyle anket yapmak istemediklerini ifade ettiler.

Bu araştırma sadece GATA' da çalışan hemşireler üzerinde yapıldığı için elde edilen sonuçların tüm hemşirelere genellenmesi mümkün değildir.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, araştırmaya katılan hemşirelerden ölçekler yoluyla toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 4.1’de hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklere göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.1. Hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklere göre dağılımı.

Özellikler (n=370)	N	%
Yaş		
23-28 yaş	126	34.1
29-34 yaş	108	29.2
35-40 yaş	105	28.4
40 yaş ve üstü	31	8.4
Medeni durum		
Evli	190	51.4
Bekar	143	38.6
Boşanmış	37	10.0
Eğitim Durumu		
Ön lisans	31	8.4
Lisans	250	67.6
Lisansüstü	89	24.1
Çalıştığı Birim		
Dahili Birim	121	32.7
Cerrahi Birim	114	30.8
Yoğun Bakım	108	29.2
Acil Servis	27	7.3
Meslekte Çalışma Yılı		
1-5 Yıl	106	28.6
6-10 Yıl	91	24.6
11-15 Yıl	85	23.0
16-20 Yıl	57	15.4
20 Yıl ve üstü	31	8.4

Tablo 4.1 (Devam).

Özellikler (n=370)	N	%
Birimde Çalışma Yılı		
1-5 Yıl	252	68.1
6-10 Yıl	84	22.7
10 Yıl ve üstü	34	9.2
Aylık Çalışma Saati		
160 saat	146	39.5
168 saat	49	13.2
176 saat	48	13.0
184 saat	36	9.7
192 saat	29	7.8
200 saat	62	16.8
Çalışma Şekli		
Sadece Gündüz Mesai	62	16.8
Gece Nöbet Ve Gündüz Mesai	278	75.1
Sadece Gece Nöbet	30	8.1
Aylık Nöbet Saati		
0-24 saat	170	45.9
25-48 saat	89	24.1
49-72 saat	52	14.1
73-96 saat	59	15.9
Çalıştığı Birimden Memnuniyet Durumu		
Memnunum	285	77.0
Memnun Değilim	85	23.0

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan hemşirelerin %34.1’i 23-28 yaş grubunda, %51.4’ü evli ve %67.6’sının lisans mezunu olduğu görülmektedir. Hemşirelerin %32.7’si dahili birimde çalışmakta, %28.6’sı 1-5 yıldır hemşirelik mesleğini yapmakta ve hemşirelerin %68.1’i 1-5 yıldır aynı birimde çalışmaktadır. Tabloda yer aldığı gibi çalışmadaki hemşirelerin %39.5’i aylık 160 saat çalışmakta, %75.1’i gece nöbet ve gündüz mesai şeklinde çalışmakta ve %45.9’u aylık 0-24 saat nöbet tutmaktadır. Hemşirelerin %77.0’sinin çalıştığı birimden memnun olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2’de hemşirelerin Barrat Dürtüsellik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.2. Hemşirelerin Barrat Dürtüsellik Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.

	N	X±SS	Min. - Max	Ölçek Min.-Max.
Dikkatle ilişkili Dürtüsellik	370	16.33±2.54	11.00–26.00	8–32
Motor Dürtüsellik	370	20.85±3.67	14.00–32.00	11–44
Tasarlanmamış Dürtüsellik	370	28.22±3.72	15.00–38.00	11–44
Dürtüsellik Genel	370	65.40±6.96	43.00–93.00	30–120

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin “dikkatle ilişkili dürtüsellik” puan ortalaması 16.33 ± 2.54 ; “motor dürtüsellik” puan ortalaması 20.85 ± 3.67 ; “tasarlanmamış dürtüsellik” puan ortalaması 28.22 ± 3.72 ; “dürtüsellik genel” puan ortalaması 65.40 ± 6.96 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Barrat Dürtüsellik Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.3. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Barrat Dürtüsellik Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.

Tanıtıcı Özellikler	N	Dikkatle ilişkili dürtüsellik X±SS	Motor dürtüsellik X±SS	Tasarlanmamış dürtüsellik X±SS	Dürtüsellik genel X±SS
Yaş					
23-28 yaş	126	16.75±2.66	21.33±3.78	28.33±3.68	66.41±7.04
29-34 yaş	108	16.39±2.55	21.03±3.79	28.57±3.64	65.99±6.91
35-40 yaş	105	16.11±2.43	20.32±3.53	27.86±3.93	64.30±6.82
40 yaş ve üstü	31	15.16±2.03	20.03±2.96	27.77±3.52	62.97±6.44
Test sonuç t/p		t=3.70 p=0.01	t=2.04 p=0.11	t=0.84 p=0.47	t=3.36 p=0.02
Medeni durum					
Evli	190	16.15±2.49	20.60±3.64	28.41±3.67	65.15±6.94
Bekar	143	16.64±2.62	21.10±3.79	28.24±3.80	65.98±7.04
Boşanmış	37	16.11±2.47	21.11±3.33	27.22±3.61	64.43±6.76
Test sonuç t/p		t=1.67 p=0.19	t=0.88 p=0.42	t=1.59 p=0.21	t=0.97 p=0.38
Eğitim Durumu					
Ön lisans	31	14.97±1.99	20.55±3.94	26.55±3.47	62.06±7.12
Lisans	250	16.60±2.51	20.97±3.67	28.41±3.63	65.97±6.82
Lisansüstü	89	16.07±2.64	20.61±3.57	28.28±3.95	64.96±7.02
Test sonuç t/p		t=6.47 p=0.00	t=0.43 p=0.65	t=3.50 p=0.03	t=4.68 p=0.01
Çalıştığı Birim					
Dahili Birim	121	16.19±2.34	20.42±3.47	27.99±3.49	64.60±6.58
Cerrahi Birim	114	16.38±2.74	21.10±3.95	28.28±4.07	65.75±7.07
Yoğun Bakım	108	16.41±2.69	21.09±3.82	28.18±3.81	65.68±7.73
Acil Servis	27	16.48±2.03	20.70±2.48	29.19±2.70	66.37±4.42
Test sonuç t/p		t=0.20 p=0.90	t=0.89 p=0.45	t=0.77 p=0.51	t=0.86 p=0.46

Tablo 4.3’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin dikkatle ilişkili dürtüsellik puan ortalamasının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre dikkatle ilişkili dürtüsellik puanlar arasındaki farkın 23-28 yaş grubu ile 40 yaş ve üstü grup arasında ve 29-34 yaş grubu ile 40 yaş ve üstü grup arasında olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Araştırmaya katılan hemşirelerin dürtüsellik genel puan ortalamasının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre genel dürtüsellik puanlar arasındaki farkın 23-28 yaş grubu ile 35-40 yaş grubu arasında; 23-28 yaş grubu ile 40 yaş ve üstü grup arasında ve 29-34 yaş grubu ile 40 yaş ve üstü grup arasında olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Araştırmaya katılan hemşirelerin motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik ve dürtüsellik genel puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin dikkatle ilişkili dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik ve dürtüsellik genel puan ortalamalarının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla her biri için

yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre dikkatle ilişkili dürtüsellik puanları arasındaki farkın eğitim durumu lisansüstü olanlar ile ön lisans olanlar arasında ve eğitim durumu lisans olanlar ile ön lisans olanlar arasında olduğu tespit edilmiş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.3). Araştırmaya katılan hemşirelerin motor dürtüsellik puan ortalamasının eğitim durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Araştırmaya katılan hemşirelerin dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik, dürtüsellik genel puan ortalamalarının çalıştığı birim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.4’de hemşirelerin çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklerin Barrat Dürtüsellik Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.4. Hemşirelerin çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklerin Barrat Dürtüsellik Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.

Çalışma ilişkili özellikler (n=370)	N	Dikkatle ilişkili dürtüsellik X±SS	Motor dürtüsellik X±SS	Tasarlanmamış dürtüsellik X±SS	Dürtüsellik genel X±SS
Meslekte Çalışma Yılı					
1-5 Yıl	106	16.84±2.64	21.32±3.59	28.16±3.80	66.32±7.12
6-10 Yıl	91	16.57±2.45	21.27±3.74	28.32±3.65	66.16±6.42
11-15 Yıl	85	16.14±2.80	20.44±3.92	27.76±3.78	64.34±7.77
16-20 Yıl	57	16.07±2.03	20.44±3.67	29.07±3.72	65.58±6.08
20 Yıl ve üstü	31	14.90±2.01	19.84±2.63	27.84±3.49	62.58±6.36
Test sonuç t/p		t=4.11 p=0.00	t=1.80 p=0.13	t=1.17 p=0.33	t=2.55 p=0.04

Tablo 4.4 (Devam).

Çalışma yaşamına ilişkin özellikler (n=370)	N	Dikkatle ilişkili dürtüsellik X±SS	Motor dürtüsellik X±SS	Tasarlanmamış dürtüsellik X±SS	Dürtüsellik genel X±SS
Birimde Çalışma Yılı					
1-5 Yıl	252	16.62±2.59	20.98±3.80	28.27±3.67	65.87±7.01
6-10 Yıl	84	15.61±2.28	20.49±3.54	28.19±3.99	64.29±6.77
10 Yıl ve üstü	34	16.03±2.49	20.74±2.90	27.91±3.49	64.68±6.86
Test sonuç t/p		t=5.33 p=0.01	t=0.58 p=0.56	t=0.15 p=0.87	t=1.84 p=0.16
Aylık Çalışma Saati					
160 saat	146	15.98±2.50	20.71±3.62	28.29±4.10	64.98±7.18
168 saat	49	16.14±2.83	20.67±3.64	27.80±4.05	64.61±6.50
176 saat	48	16.10±2.09	20.63±3.84	28.25±3.61	64.98±6.79
184 saat	36	16.67±2.57	21.03±3.74	27.53±3.10	65.22±6.82
192 saat	29	16.76±1.88	20.62±3.59	28.76±3.58	66.14±6.04
200 saat	62	17.10±2.86	21.47±3.73	28.53±3.00	67.10±7.36
Test sonuç t/p		t=2.13 p=0.06	t=0.49 p=0.79	t=0.59 p=0.71	t=1.08 p=0.37
Çalışma Şekli					
Sadece Gündüz Mesai	62	15.97±2.44	20.94±3.35	28.45±3.57	65.35±6.06
Gece Nöbet Ve Gündüz Mesai	278	16.41±2.62	20.85±3.84	28.14±3.82	65.39±7.40
Sadece Gece Nöbet	30	16.40±2.03	20.67±2.58	28.50±3.16	65.57±4.07
Test sonuç t/p		t=0.76 p=0.47	t=0.05 p=0.95	t=0.27 p=0.77	t=0.01 p=0.99
Aylık Nöbet Saati					
0-24 saat	170	16.02±2.46	20.64±3.68	28.21±3.47	64.86±6.20
25-48 saat	89	16.18±2.48	20.42±3.62	28.78±4.00	65.37±7.32
49-72 saat	52	17.10±2.69	22.00±3.95	28.75±3.54	67.85±8.11
73-96 saat	59	16.80±2.60	21.08±3.28	26.97±3.94	64.85±7.10
Test sonuç t/p		t=3.25 p=0.02	t=2.42 p=0.07	t=3.30 p=0.02	t=2.64 p=0.04
Çalıştığı Birimden Memnuniyet Durumu					
Memnunum	285	16.18±2.49	20.64±3.53	28.18±3.64	65.00±6.58
Memnun Değilim	85	16.85±2.67	21.55±4.03	28.35±4.00	66.75±8.01
Test sonuç t/p		t= -2.14 p=0.03	t= -2.03 p=0.04	t= -0.37 p=0.71	t= -2.05 p=0.04

Tablo 4.4’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin dikkatle ilişkili dürtüsellik puan ortalamasının meslekte çalışma yılı değişkenine göre anlamlı bir

farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre dikkatle ilişkili dürtüsellik puanları arasındaki farkın meslekte çalışma yılı 1-5 olanlar ile 20 yıl ve üzeri olanlar arasında; meslekte çalışma yılı 6-10 olanlar ile 20 yıl ve üzeri olanlar arasında; çalışma yılı 11-15 olanlar ile 20 yıl ve üzeri olanlar arasında ve meslekte çalışma yılı 16-20 olanlar ile 20 yıl ve üzeri olanlar arasında olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Araştırmaya katılan hemşirelerin dürtüsellik genel puan ortalamasının meslekte çalışma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre dürtüsellik genel puanları arasındaki farkın meslekte çalışma yılı 1-5 yıl olanlar ile 11-15 yıl olanlar arasında; meslekte çalışma yılı 1-5 yıl olanlar ile 20 yıl ve üzeri olanlar arasında ve meslekte çalışma yılı 6-10 olanlar ile 20 yıl ve üzeri olanlar arasında olduğu bulunmuş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Araştırmaya katılan hemşirelerin motor dürtüsellik ve tasarlanmamış dürtüsellik puan ortalamalarının meslekte çalışma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan hemşirelerin dikkatle ilişkili dürtüsellik puan ortalamasının birimde çalışma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre dikkatle ilişkili dürtüsellik puanları arasındaki farkın birimde çalışma yılı 1-5 yıl olanlar ile 6-10 yıl olanlar arasında olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Araştırmaya katılan hemşirelerin motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik, dürtüsellik genel puanları ortalamalarının birimde çalışma yılı

değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan hemşirelerin dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik ve dürtüsellik genel puan ortalamalarının aylık çalışma saati ve çalışma şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan hemşirelerin dikkatle ilişkili dürtüsellik puan ortalamasının aylık nöbet saati değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre dikkatle ilişkili dürtüsellik puanları arasındaki farkın aylık nöbet saati 49-72 olanlar ile 0-24 saat olanlar arasında; aylık nöbet saati 73-96 olanlar ile 0-24 saat olanlar arasında ve ayrıca aylık nöbet saati 49-72 olanlar ile 25-48 saat olanlar arasında olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Araştırmaya katılan hemşirelerin tasarlanmamış dürtüsellik puan ortalamasının aylık nöbet saati değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre tasarlanmamış dürtüsellik puanları arasındaki farkın aylık nöbet saati 0-24 olanlar ile 73-96 saat olanlar arasında; aylık nöbet saati 25-48 olanlar ile 73-96 saat olanlar arasında; aylık nöbet saati 49-72 olanlar ile 73-96 saat olanlar arasında olduğu tespit edilmiş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Araştırmaya katılan hemşirelerin dürtüsellik genel puan ortalamasının aylık nöbet saati değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo

4.4). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre dürtüsellik genel puanlar arasındaki farkın aylık nöbet saati 49-72 olanlar ile 0-24 saat olanlar arasında; aylık nöbet saati 49-72 olanlar ile 25-48 saat olanlar arasında ve aylık nöbet saati 49-72 olanlar ile 73-96 saat olanlar arasında olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Araştırmaya katılan hemşirelerin motor dürtüsellik puan ortalamasının aylık nöbet saati değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Araştırmaya katılan hemşirelerin dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik ve dürtüsellik genel puan ortalamalarının çalıştığı birimden memnuniyet durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Buna göre çalıştığı birimden memnun olmayanların dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik ve dürtüsellik genel puanları çalıştığı birimden memnun olanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.4). Araştırmaya katılan hemşirelerin tasarlanmamış dürtüsellik puan ortalamasının çalıştığı birimden memnuniyet durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.5’de hemşirelerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.5. Hemşirelerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.

	N	X±SS	Min. - Max.	Ölçek Min.-Max.
Anksiyete	370	13.71±11.16	0.00-48.00	0-63

Tablo 4.5’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin “anksiyete” puan ortalaması 13.71±11.16 olarak saptanmış ve bu ortalamanın hafif düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.6’da hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.6. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.

Tanıtıcı Özellikler (n=370)	N	Anksiyete toplam $\bar{X} \pm SS$
Yaş		
23-28 yaş	126	13.17±11.57
29-34 yaş	108	13.56±10.91
35-40 yaş	105	13.70±10.51
40 yaş ve üstü	31	16.45±12.58
Test sonuç t/p		t=0.72 p=0.54
Medeni durum		
Evli	190	13.39±10.11
Bekar	143	14.52±12.57
Boşanmış	37	12.24±10.57
Test sonuç t/p		t=0.77 p=0.46
Eğitim Durumu		
Ön lisans	31	15.32±12.06
Lisans	250	14.32±11.52
Lisansüstü	89	11.45±9.50
Test sonuç t/p		t=2.54 p=0.08
Çalıştığı Birim		
Dahili Birim	121	13.93±11.27
Cerrahi Birim	114	13.39±10.42
Yoğun Bakım	108	14.29±12.10
Acil Servis	27	11.78±10.10
Test sonuç t/p		t=0.41 p=0.75

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin anksiyete puan ortalamasının yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalıştığı birim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.7’de hemşirelerin çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.7. Hemşirelerin çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.

Çalışma yaşamına ilişkin özellikler (n=370)	N	Anksiyete toplam X±SS
Meslekte Çalışma Yılı		
1-5 Yıl	106	13.23±11.30
6-10 Yıl	91	14.92±12.16
11-15 Yıl	85	13.15±10.19
16-20 Yıl	57	12.37±10.02
20 Yıl Ve üzeri	31	15.84±12.23
Test sonuç t/p		t=0.86 p=0.49
Birimde Çalışma Yılı		
1-5 Yıl	252	13.91±11.26
6-10 Yıl	84	12.29±10.63
10 Yıl Ve üstü	34	15.80±11.64
Test sonuç t/p		t=1.31 p=0.26
Aylık Çalışma Saati		
160 saat	146	14.03±11.17
168 saat	49	12.90±12.74
176 saat	48	12.02±10.21
184 saat	36	14.64±10.48
192 saat	29	15.66±13.63
200 saat	62	13.48±9.76
Test sonuç t/p		t=0.52 p=0.76
Çalışma Şekli		
Sadece Gündüz Mesai	62	16.69±11.40
Gece Nöbet Ve Gündüz Mesai	278	13.47±11.12
Sadece Gece Nöbet	30	9.83±9.75
Test sonuç t/p		t=4.16 p=0.02
Aylık Nöbet Saati		
0-24 saat	170	13.22±11.16
25-48 saat	89	13.24±10.31
49-72 saat	52	14.88±13.00
73-96 saat	59	14.81±10.79
Test sonuç t/p		t=0.54 p=0.65
Çalıştığı Birimden Memnuniyet Durumu		
Memnunum	285	13.10±10.91
Memnun Değilim	85	15.76±11.81
Test sonuç t/p		t= -1.94 p=0.05

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin anksiyete puan ortalamasının çalışma şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre anksiyete puanları arasındaki farkın çalışma şekli sadece gündüz mesai olanlar ile sadece gece mesaisi olanlar arasında ve çalışma şekli sadece gündüz mesai olanlar ile gece nöbet gündüz mesai olanlar arasında olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.7).

Araştırmaya katılan hemşirelerin anksiyete puan ortalamasının meslekte çalışma yılı, birimde çalışma yılı, aylık çalışma saati ve aylık nöbet saati değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Araştırmaya katılan hemşirelerin anksiyete puan ortalamasının çalıştığı birimden memnuniyet durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.8’de hemşirelerin Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.8. Hemşirelerin Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.

	N	X±SS	Min. – Max.	Ölçek Min.-Max.
Öfke Belirtileri	370	31.50±10.81	14.00–64.00	14–70
Öfkeye Yol Açan Durumlar	370	145.36±30.70	54.00–205.00	41–205
Öfkeyle İlgili Düşünceler	370	59.20±17.74	29.00–114.00	30–150
Öfkeyle İlgili Davranışlar	370	67.59±11.82	26.00–107.00	26–130
Kişilerarası Öfke	370	119.72±30.70	50.00–225.00	47–235

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin “öfke belirtileri” puan ortalaması 31.50 ± 10.81 ; “öfkeye yol açan durumlar” puan ortalaması $145.36 \pm$

30.70; “öfkeyle ilgili düşünceler” puan ortalaması 59.20 ± 17.74 ; “öfkeyle ilgili davranışlar” puan ortalaması 67.59 ± 11.82 ; “kişilerarası öfke” puan ortalaması 119.72 ± 30.70 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.9’da hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.9. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Çok Boyutlu Öfke Ölçeği Puan ortalamaları ile karşılaştırılması.

Tanıtıcı Özellikler (n=370)	N	Öfke belirtileri X±SS	Öfkeye yol açan durumlar X±SS	Öfkeyle ilgili düşünceler X±SS	Öfkeyle ilgili davranışlar X±SS	Kişilerarası öfke
Yaş						
23-28 yaş	126	32.00±11.26	143.94±30.95	60.04±19.57	69.37±13.30	120.90±31.69
29-34 yaş	108	32.01±11.18	145.30±31.11	60.10±16.80	66.93±11.34	119.76±31.43
35-40 yaş	105	30.50±10.04	145.33±30.38	58.73±16.74	66.71±10.10	119.25±28.34
40 yaş ve üstü	31	31.10±10.35	151.45±30.02	54.19±16.23	65.68±12.16	116.39±32.92
Test sonuç t/p		t=0.48 p=0.70	t=0.49 p=0.69	t= 1.04 p=0.38	t= 1.53 p=0.21	t= 0.19 p=0.90
Medeni durum						
Evli	190	30.56±9.79	146.57±30.79	58.80±16.62	66.79±9.97	119.23±27.56
Bekar	143	33.43±11.83	146.06±30.14	59.70±19.67	69.32±13.45	120.98±33.67
Boşanmış	37	28.92±10.70	136.43±31.70	59.30±15.70	65.03±13.23	117.38±34.45
Test sonuç t/p		t=4.12 p=0.02	t=1.76 p=0.17	t=0.11 p=0.90	t=2.87 p=0.06	t=0.25 p=0.78
Eğitim Durumu						
Ön lisans	31	30.94±9.79	141.13±28.34	56.39±13.63	65.16±12.40	117.48±32.30
Lisans	250	31.66±10.95	147.70±30.69	60.26±18.21	68.53±11.92	120.54±30.34
Lisansüstü	89	31.26±10.82	140.26±31.05	57.18±17.53	65.80±11.14	118.21±31.40
Test sonuç t/p		t=0.09 p=0.91	t=2.27 p=0.11	t=1.42 p=0.24	t=2.49 p=0.08	t=0.28 p=0.76
Çalıştığı Birim						
Dahili Birim	121	32.10±11.81	150.69±31.08	56.59±17.30	69.21±12.83	123.29±36.35
Cerrahi Birim	114	30.52±9.51	141.52±27.93	61.51±18.16	66.39±11.07	118.05±27.88
Yoğun Bakım	108	31.44±10.92	142.91±31.80	59.78±16.82	66.86±11.81	116.36±27.35
Acil Servis	27	33.22±10.97	147.56±33.71	58.81±20.74	68.30±9.79	124.22±26.11
Test sonuç t/p		t=0.67 p=0.57	t=2.10 p=0.10	t=1.57 p=0.20	t=1.32 p=0.27	t=1.29 p=0.28

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin öfke belirtileri puan ortalamasının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre öfke belirtileri puanları arasındaki farkın medeni durum bekar olanlar ile evli olanlar arasında ve medeni durum bekar olanlar ile boşanmış olanlar arasında olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.9). Araştırmaya katılan hemşirelerin öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke puan ortalamalarının medeni durum değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Araştırmaya katılan hemşirelerin öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar ve kişilerarası öfke puan ortalamalarının yaş, eğitim durumu ve çalıştığı birim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.10’da hemşirelerin çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklerinin Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.10. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.

Çalışma yaşamına ilişkin özellikler (n=370)	N	Öfke belirtileri X±SS	Öfkeye yol açan durumlar X±SS	Öfkeyle ilgili düşünceler X±SS	Öfkeyle ilgili davranışlar X±SS	Kişilerarası öfke
Meslekte Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	106	32.02±11.41	143.57±30.26	60.84±19.73	68.91±13.85	123.93±31.97
6-10 Yıl	91	32.92±11.23	141.55±32.98	60.64±18.21	67.88±10.82	117.29±30.83
11-15 Yıl	85	29.99±10.30	146.71±32.59	59.21±16.34	67.65±11.02	117.62±30.70
16-20 Yıl	57	30.82±10.63	148.75±23.84	56.44±14.76	66.21±11.26	120.21±28.63
20 Yıl ve üstü	31	30.97±8.88	152.77±30.78	54.39±17.45	64.65±10.04	117.32±29.92
Test sonuç t/p		t=0.95 p=0.44	t=1.11 p=0.35	t=1.30 p=0.27	t=1.02 p=0.40	t=0.79 p=0.53

Tablo 4.10 (Devam).

Çalışma yaşamına ilişkin özellikler (n=370)	N	Öfke belirtileri X±SS	Öfkeye yol açan durumlar X±SS	Öfkeyle ilgili düşünceler X±SS	Öfkeyle ilgili davranışlar X±SS	Kişilerarası öfke
Birimde Çalışma Yılı						
1-5 Yıl	252	32.44±11.11	146.37±31.22	59.90±18.44	68.27±12.16	121.11±31.48
6-10 Yıl	84	29.38±9.66	142.55±29.88	57.81±15.62	66.65±10.14	115.17±28.85
10 Yıl ve üstü	34	29.76±10.54	144.85±29.13	57.41±17.47	64.88±12.90	120.71±28.98
Test sonuç t/p		t=3.05p=0.04	t=0.49 p=0.61	t=0.63 p=0.54	t=1.58 p=0.21	t=1.20 p=0.30
Aylık Çalışma Saati						
160 saat	146	30.76±10.45	143.57±31.49	57.79±16.77	66.94±10.24	117.92±29.51
168 saat	49	30.59±11.52	145.86±26.77	60.94±18.84	67.31±12.90	120.65±32.10
176 saat	48	31.46±11.84	148.83±33.22	57.04±18.39	69.33±14.80	121.71±34.51
184 saat	36	34.03±9.78	146.22±28.67	63.89±19.53	69.92±13.32	124.00±34.79
192 saat	29	32.21±11.38	146.79±25.19	60.55±15.52	66.66±9.54	118.72±26.20
200 saat	62	32.21±10.64	145.34±33.87	59.45±18.46	67.10±12.07	119.68±29.51
Test sonuç t/p		t=0.68 p=0.64	t=0.24 p=0.94	t=0.96 p=0.44	t=0.64 p=0.67	t=0.29 p=0.92
Çalışma Şekli						
Sadece Gündüz Mesai	62	30.29±10.11	145.55±28.85	59.84±18.32	65.65±11.54	117.42±29.86
Gece Nöbet Ve Gündüz Mesai	278	31.99±11.01	146.00±32.06	59.27±17.86	67.81±12.20	120.47±31.54
Sadece Gece Nöbet	30	29.50±10.19	139.03±19.40	57.20±15.67	69.63±7.98	117.57±24.39
Test sonuç t/p		t=1.19 p=0.31	t=0.70 p=0.50	t=0.23 p=0.79	t=1.34 p=0.26	t=0.33 p=0.72
Aylık Nöbet Saati						
0-24 saat	170	31.65±11.27	149.10±29.22	58.54±18.29	67.72±12.11	120.27±31.97
25-48 saat	89	30.78±10.50	141.85±28.86	59.89±17.28	67.26±10.47	120.80±31.65
49-72 saat	52	30.75±10.55	142.37±32.72	59.65±19.36	67.83±13.10	119.88±29.71
73-96 saat	59	32.83±10.21	142.53±35.01	59.64±15.54	67.51±12.03	116.37±26.61
Test sonuç t/p		t=0.52 p=0.67	t=1.57 p=0.20	t=0.15 p=0.93	t=0.04 p=0.99	t=0.29 p=0.84
Çalıştığı Birimden Memnuniyet Durumu						
Memnunum	285	30.76±10.64	144.54±31.98	58.26±17.39	67.46±11.96	119.29±30.58
Memnun Değilim	85	33.98±11.05	148.12±25.91	62.35±18.61	68.04±11.41	121.16±31.23
Test sonuç t/p		t= -2.42 p=0.02	t= -0.94 p=0.29	t= -1.88 p=0.06	t= -0.39 p=0.69	t= -0.49 p=0.62

Tablo 4.10'da görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin öfke belirtileri puan ortalamasının birimde çalışma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre öfke belirtileri puanları arasındaki farkın birimde çalışma yılı 1-5 olanlar ile 6-10 yıl olanlar arasında olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Araştırmaya katılan hemşirelerin öfkeye yol açan durumlar,

öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke puan ortalamalarının birimde çalışma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10). Araştırmaya katılan hemşirelerin öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar ve kişilerarası öfke puan ortalamalarının meslekte çalışma yılı, aylık çalışma saati, çalışma şekli ve aylık nöbet saati değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Araştırmaya katılan hemşirelerin öfke belirtileri puan ortalamasının çalıştığı birimden memnuniyet durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Buna göre çalıştığı birimden memnun olmayanların öfke belirtileri puanı memnun olanlardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Araştırmaya katılan hemşirelerin öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke puan ortalamalarının çalıştığı birimden memnuniyet durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.10).

Tablo 4.11’de hemşirelerin Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

Tablo 4.11. Hemşirelerin Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı.

	N	X±SS	Min. - Max	Ölçek Min.-Max.
İmmatür Savunmalar	370	104.77±28.78	36.00–196.00	24–216
Nevrotik Savunmalar	370	41.79±8.55	17.00–72.00	8–72
Matür Savunmalar	370	44.36±9.49	11.00–72.00	8–72

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin “immatür savunmalar” puan ortalaması 104.77 ± 28.78 ; “nevrotik savunmalar” puan ortalaması 41.79 ± 8.55 ; “matür savunmalar” puan ortalaması 44.36 ± 9.49 olarak saptanmıştır.

Tablo 4.12’de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.12. Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.

Tanıtıcı Özellikler (n=370)	N	Immatür Savunmalar X±SS	Nevrotik savunmalar X±SS	Matür Savunmalar X±SS
Yaş				
23-28 yaş	126	105.59±28.47	43.00±8.44	45.10±8.80
29-34 yaş	108	106.67±29.00	42.62±8.01	44.40±9.52
35-40 yaş	105	103.78±29.31	39.62±8.70	44.22±9.76
40 yaş ve üstü	31	98.19±27.67	41.39±9.22	41.71±11.08
Test sonuç t/p		t=0.77 p=0.51	t=3.54 p=0.02	t=1.07 p=0.36
Medeni durum				
Evli	190	101.63±28.12	41.45±8.80	44.15±9.58
Bekar	143	107.70±28.96	42.55±8.44	45.01±8.15
Boşanmış	37	109.59±30.30	40.65±7.55	42.92±13.24
Test sonuç t/p		t=2.41 p=0.09	F=1.05 p=0.35	F=0.81 p=0.45
Eğitim Durumu				
Ön lisans	31	103.55±31.46	41.61±9.14	42.94±10.43
Lisans	250	106.49±27.56	42.16±8.61	44.42±9.16
Lisansüstü	89	100.37±30.94	40.83±8.15	44.71±10.12
Test sonuç t/p		t=1.52 p=0.22	t=0.80 p=0.45	t=0.41 p=0.66
Çalıştığı Birim				
Dahili Birim	121	103.57±27.78	40.62±8.85	43.80±8.57
Cerrahi Birim	114	105.65±28.94	41.81±7.95	43.68±10.81
Yoğun Bakım	108	106.85±28.98	42.58±8.61	44.94±9.06
Acil Servis	27	98.11±31.93	43.85±9.05	47.41±8.87
Test sonuç t/p		t=0.77 p=0.51	t=1.60 p=0.19	t=1.40 p=0.24

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin nevrotik savunmalar puan ortalamasının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.12). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre nevrotik savunmalar arasındaki farkın yaş grubu 23-28 olanlar ile 35-40 olanlar arasında; yaş grubu 29-34 olanlar ile 35-40 olanlar arasında olduğu tespit edilmiş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.12). Araştırmaya katılan hemşirelerin immatür savunmalar ve matür savunmalar puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Araştırmaya katılan hemşirelerin immatür savunmalar, nevrotik savunmalar ve matür savunmalar puan ortalamalarının medeni durum, eğitim durumu ve çalıştığı birim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13’de hemşirelerin çalışma yaşamlarına ilişkin özelliklerinin Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.13. Hemşirelerin çalışma yaşamına ilişkin özelliklerinin Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması.

Çalışma yaşamına ilişkin özellikler (n=370)	N	Immatür Savunmalar X±Ss	Nevrotik savunmalar X±Ss	Matür Savunmalar X±Ss
Meslekte Çalışma Yılı				
1-5 Yıl	106	105.95±29.07	43.09±8.92	45.43±9.19
6-10 Yıl	91	108.68±28.15	42.65±7.04	43.93±9.32
11-15 Yıl	85	105.55±30.27	41.15±8.84	44.88±9.72
16-20 Yıl	57	99.93±28.28	39.91±9.01	44.25±8.58
20 Yıl Ve üzeri	31	96.00±24.78	40.06±9.06	40.74±11.45
Test sonuç t/p		t=1.61 p=0.17	t=1.99 p=0.10	t=1.59 p=0.18

Tablo 4.13 (Devam).

Çalışma yaşamına ilişkin özellikler (n=370)	N	İmmatür Savunmalar X±Ss	Nevrotik savunmalar X±Ss	Matür Savunmalar X±Ss
Birimde Çalışma Yılı				
1-5 Yıl	252	105.56±29.49	42.25±8.31	44.48±9.21
6-10 Yıl	84	105.45±28.86	41.26±8.69	45.76±8.96
10 Yıl Ve üstü	34	97.26±22.07	39.76±9.74	40.06±11.63
Test sonuç t/p		t=1.28 p=0.28	t=1.48 p=0.23	t=4.51 p=0.01
Aylık Çalışma Saati				
160 saat	146	102.70±28.47	40.84±8.84	43.18±9.37
168 saat	49	106.39±29.91	40.51±9.02	42.76±10.88
176 saat	48	107.92±30.79	43.54±7.45	45.56±8.69
184 saat	36	108.83±31.92	42.14±9.31	43.97±9.00
192 saat	29	114.03±21.75	42.52±7.85	47.00±9.15
200 saat	62	99.24±27.28	43.18±7.94	46.47±9.23
Test sonuç t/p		t=1.51 p=0.19	t=1.38 p=0.23	t=1.98 p=0.08
Çalışma Şekli				
Sadece Gündüz Mesai	62	98.31±28.99	40.13±9.01	41.37±9.87
Gece Nöbet Ve Gündüz Mesai	278	106.34±28.68	42.40±8.41	45.08±9.41
Sadece Gece Nöbet	30	103.60±28.19	39.60±8.27	43.90±8.47
Test sonuç t/p		t=2.01 p=0.14	t=2.90 p=0.06	t=3.97 p=0.02
Aylık Nöbet Saati				
0-24 saat	170	104.62±29.62	40.71±8.45	43.59±9.56
25-48 saat	89	102.75±28.13	42.19±8.18	44.04±9.76
49-72 saat	52	104.62±27.62	42.90±9.56	44.98±8.86
73-96 saat	59	108.37±28.66	43.36±8.21	46.51±9.28
Test sonuç F/p		F=0.45 p=0.72	F=1.95 p=0.12	F=1.49 p=0.22
Çalıştığı Birimden Memnuniyet Durumu				
Memnunum	285	103.49±29.13	41.66±8.26	44.09±9.60
Memnun Değilim	85	109.07±27.27	42.26±9.48	45.27±9.10
Test sonuç t/p		t= -1.57 p=0.12	t= -0.57 p=0.57	t= -1.01 p=0.32

Tablo 4.13’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan hemşirelerin matür savunmalar puan ortalamasının birimde çalışma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans

analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre matür savunmalar arasındaki farkın birimde çalışma yılı 1-5 olanlar ile 10 yıl ve üstü olanlar arasında; birimde çalışma yılı 6-10 olanlar ile 10 yıl ve üstü olanlar arasında olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Araştırmaya katılan hemşirelerin immatür savunmalar ve nevrotik savunmalar puan ortalamalarının birimde çalışma yılı değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Araştırmaya katılan hemşirelerin matür savunmalar puan ortalamasının çalışma şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Farklılıkların kaynaklarını belirlemek amacıyla tamamlayıcı post-hoc analizi yapılmıştır. Buna göre matür savunmalar arasındaki farkın çalışma şekli gece nöbet ve gündüz mesai olanlar ile çalışma şekli sadece gündüz mesai olanlar arasında olduğu tespit edilmiş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.13). Araştırmaya katılan hemşirelerin immatür savunmalar ve nevrotik savunmalar puan ortalamalarının çalışma şekli değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Araştırmaya katılan hemşirelerin immatür savunmalar, nevrotik savunmalar, matür savunmalar puan ortalamalarının meslekte çalışma yılı, aylık çalışma saati ve aylık nöbet saati değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi (Anova) sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Araştırmaya katılan hemşirelerin immatür savunmalar, nevrotik savunmalar, matür savunmalar puan ortalamalarının çalıştığı birimden memnuniyet durumu değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla

yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14’de Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Çok Boyutlu Öfke Ölçeği ve Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizi yer almaktadır.

Tablo 4.14. Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Çok Boyutlu Öfke Ölçeği ve Savunma Biçimleri Ölçeği puan ortalamaları arasındaki korelasyon analizi.

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1) Dikkatle İlişkili Dürtüsellik	r	1,00												
	p	0,00												
2) Motor Dürtüsellik	r	0,53**	1,00											
	p	0,00	0,00											
3) Tasarlanmamış Dürtüsellik	r	0,17**	0,05	1,00										
	p	0,00	0,30	0,00										
4) Dürtüsellik Genel	r	0,74**	0,75**	0,63**	1,00									
	p	0,00	0,00	0,00	0,00									
5) Anksiyete	r	0,31**	0,33**	-0,15**	0,21**	1,00								
	p	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00								
6) Öfke Belirtileri	r	0,19**	0,08	-0,08	0,07	0,54**	1,00							
	p	0,00	0,12	0,15	0,17	0,00	0,00							
7) Öfkeye Yol Açan Durumlar	r	-0,02	-0,19**	0,07	-0,08	-0,05	0,27**	1,00						
	p	0,71	0,00	0,22	0,15	0,37	0,00	0,00						
8) Öfkeyle İlgili Düşünceler	r	0,31**	0,31**	-0,11*	0,22**	0,53**	0,44**	0,15**	1,00					
	p	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00					
9) Öfkeyle İlgili Davranışlar	r	0,09	0,06	-0,03	0,05	0,13*	0,37**	0,27**	0,46**	1,00				
	p	0,08	0,23	0,55	0,35	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00				
10) Kisilerarası Öfke	r	0,12*	0,08	-0,01	0,08	0,11*	0,43**	0,40**	0,45**	0,59**	1,00			
	p	0,02	0,12	0,90	0,11	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			
11) İmmatür Savunmalar	r	0,21**	0,26**	-0,16**	0,12*	0,37**	0,26**	0,06	0,54**	0,34**	0,34**	1,00		
	p	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00		
12) Nevrotik Savunmalar	r	0,10	0,15**	0,03	0,13*	0,14**	0,15**	0,07	0,26**	0,25**	0,20**	0,42**	1,00	
	p	0,06	0,01	0,59	0,02	0,01	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
13) Matür Savunmalar	r	0,05	0,03	0,11*	0,09	0,02	0,02	-0,03	0,00	0,04	-0,00	0,20**	0,46**	1,00
	p	0,39	0,56	0,04	0,08	0,77	0,71	0,54	0,96	0,39	0,93	0,00	0,00	0,00

1=Dikkatle İlişkili Dürtüsellik, 2=Motor Dürtüsellik, 3=Tasarlanmamış Dürtüsellik, 4=Dürtüsellik Genel, 5=Anksiyete, 6=Öfke Belirtileri, 7=Öfkeye Yol Açan Durumlar, 8=Öfkeyle İlgili Düşünceler, 9=Öfkeyle İlgili Davranışlar, 10=Kisilerarası Öfke, 11=İmmatür Savunmalar, 12=Nevrotik Savunmalar, 13=Matür Savunmalar

Tablo 4.14’de görüldüğü gibi dürtüsellik genel ve dikkatle ilişkili dürtüsellik arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Dürtüsellik genel ve motor dürtüsellik arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14).

Dürtüsellik genel ve tasarlanmamış dürtüsellik arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Dürtüsellik genel ve anksiyete arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Öfke belirtileri ve anksiyete arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Öfkeyle ilgili düşünceler ve anksiyete arasında orta, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). (Tablo 4.14). Öfkeyle ilgili davranışlar ve anksiyete arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Kişilerarası öfke ve anksiyete arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Öfkeyle ilgili düşünceler ve dürtüsellik genel arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). İmmatür savunmalar ve dürtüsellik genel arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). İmmatür savunmalar ve anksiyete arasında zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Nevrotik savunmalar ve dürtüsellik genel arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Nevrotik savunmalar ve anksiyete arasında çok zayıf, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14).

Ayrıca anksiyete ve tasarlanmamış dürtüsellik arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Öfkeye yol açan durumlar ve motor dürtüsellik arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). Öfkeyle ilgili düşünceler ve tasarlanmamış dürtüsellik arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14). İmmatür savunmalar ve tasarlanmamış dürtüsellik arasında çok zayıf, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$) (Tablo 4.14).

Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.15’de Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puanları ile İmmatür Savunmalar arasındaki ilişkinin regresyon analizi yer almaktadır.

Tablo 4.15. Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puanları ile İmmatür Savunmalar arasındaki çoklu regresyon analizi.

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	p	F	Model (p)	R ²
İmmatür Savunmalar	Sabit	50.81	3.50	0.00	21.02	0.00	0.33
	Dikkatle İlişkili Dürtüsellik	0.21	0.35	0.72			
	Motor Dürtüsellik	0.60	1.41	0.16			
	Tasarlanmamış Dürtüsellik	-0.82	-2.39	0.02			
	Anksiyete	0.40	2.50	0.01			
	Öfke Belirtileri	-0.24	-1.51	0.13			
	Öfkeye Yol Açan Durumlar	-0, 02	-0.50	0.62			
	Öfkeyle İlgili Düşünceler	0.57	5.77	0.00			
	Öfkeyle İlgili Davranışlar	0.27	1.98	0.05			
	Kişilerarası Öfke	0.13	2.23	0.03			

Tablo 4.15’de görüldüğü gibi dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik, anksiyete, öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke ile immatür savunmalar arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 4.15). İmmatür savunmalar düzeyinin belirleyicisi olarak dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik, anksiyete, öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) güçlü olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin dikkatle ilişkili dürtüsellik düzeyi ve motor dürtüsellik düzeyi immatür savunmalar düzeyini etkilememektedir ($p > 0.05$) (Tablo 4.15). Hemşirelerin tasarlanmamış dürtüsellik düzeyi immatür savunmalar düzeyini azaltmaktadır. Hemşirelerin anksiyete düzeyi immatür savunmalar düzeyini arttırmaktadır. Hemşirelerin öfke belirtileri düzeyi ve öfkeye yol açan durumlar düzeyi immatür

savunmalar düzeyini etkilememektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.15). Hemşirelerin öfkeyle ilgili düşünceler düzeyi, öfkeyle ilgili davranışlar düzeyi ve kişilerarası öfke düzeyi immatür savunmalar düzeyini arttırmaktadır.

Tablo 4.16’da Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puanları ile Nevrotik Savunmalar arasındaki ilişkinin regresyon analizi yer almaktadır.

Tablo 4.16. Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği Ve Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puanları ile Nevrotik Savunmalar arasındaki çoklu regresyon analizi.

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	p	F	Model (p)	R ²
Nevrotik Savunmalar	Sabit	21.80	4.31	0.00	4.56	0.00	0.08
	Dikkatle İlişkili Dürtüsellik	-0.12	-0.58	0.56			
	Motor Dürtüsellik	0.22	1.52	0.13			
	Tasarlanmamış Dürtüsellik	0.13	1.04	0.30			
	Anksiyete	0.03	0.48	0.64			
	Öfke Belirtileri	-0.01	-0.14	0.89			
	Öfkeye Yol Açan Durumlar	0.00	0.23	0.82			
	Öfkeyle İlgili Düşünceler	0.07	2.04	0.04			
	Öfkeyle İlgili Davranışlar	0.12	2.53	0.01			
	Kişilerarası Öfke	0.01	0.43	0.67			

Tablo 4.16’da görüldüğü gibi dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik, anksiyete, öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke ile nevrotik savunmalar arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.16). Nevrotik savunmalar düzeyinin belirleyicisi olarak dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik, anksiyete, öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke değişkenleri ile ilişkisinin (açıklayıcılık gücünün) zayıf olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin dikkatle ilişkili dürtüsellik düzeyi, motor dürtüsellik düzeyi ve tasarlanmamış dürtüsellik düzeyi nevrotik savunmalar düzeyini etkilememektedir

($p>0.05$) (Tablo 4.16). Hemşirelerin anksiyete düzeyi nevrotik savunmalar düzeyini etkilememektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.16). Hemşirelerin öfke belirtileri düzeyi, öfkeye yol açan durumlar düzeyi ve kişilerarası öfke düzeyi nevrotik savunmalar düzeyini etkilememektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.16). Hemşirelerin öfkeyle ilgili düşünceler düzeyi ve öfkeyle ilgili davranışlar düzeyi nevrotik savunmalar düzeyini arttırmaktadır.

Tablo 4.17’de Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Çok Boyutlu Öfke Ölçeği Puanları ile Matür Savunmalar arasındaki ilişkinin regresyon analizi yer almaktadır.

Tablo 4.17. Barrat Dürtüsellik Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Çok Boyutlu Öfke Ölçeği puanları ile Matür Savunmalar arasındaki çoklu regresyon analizi.

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	β	T	p	F	Model (p)	R ²
Matür Savunmalar	Sabit	33.98	5.79	0.00	0.78	0.63	-0.01
	Dikkatle İlişkili Dürtüsellik	0.07	0.27	0.79			
	Motor Dürtüsellik	0.01	0.07	0.95			
	Tasarlanmamış Dürtüsellik	0.29	2.07	0.04			
	Anksiyete	0.01	0.21	0.83			
	Öfke Belirtileri	0.02	0.35	0.73			
	Öfkeye Yol Açan Durumlar	-0.02	-0.79	0.43			
	Öfkeyle İlgili Düşünceler	-0.01	-0.33	0.74			
	Öfkeyle İlgili Davranışlar	0.06	1.17	0.24			
	Kişilerarası Öfke	-0.01	-0.49	0.63			

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi dikkatle ilişkili dürtüsellik, motor dürtüsellik, tasarlanmamış dürtüsellik, anksiyete, öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke ile matür savunmalar arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan çoklu regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.17).

5. TARTIŞMA

Hemşirelik, çalışma koşulları ağır olan bir meslek olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmını oluşturan hemşirelik mesleği üyeleri çalışma koşullarındaki farklılıklardan büyük ölçüde etkilenmekte ve iş ortamında yoğun stres yaşamaktadır (4). Hemşirelerin çalışma ortamında stres yaşamasına neden olan faktörler ise yöneticilerle yaşanan sorunlar, rol çatışmaları, rol belirsizlikleri, iş yükünün fazla olması, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hasta ve hasta yakınları ile yaşanan çatışmalar ve vardiya şeklinde çalışma olarak sıralanmaktadır (4, 7, 8). Çalışma ortamında yaşanan bütün bu sorunların hemşirelerin duygu ve davranışlarını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle bu kişilerde anksiyete ve öfkenin daha sık görüldüğü düşünülmektedir (4).

Çalışmamızda tanıtıcı özellikler ve çalışma yaşamı açısından hemşirelerin dürtüsellik, anksiyete ve öfke düzeyleri ile savunma biçimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Araştırmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda dört bölümde tartışılmıştır.

1. Hemşirelerin Dürtüsellığe İlişkin Bulgularının Tartışılması
2. Hemşirelerin Anksiyeteye İlişkin Bulgularının Tartışılması
3. Hemşirelerin Öfkeye İlişkin Bulgularının Tartışılması
4. Hemşirelerin Kullandıkları Savunma Mekanizmalarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

5.1. Hemşirelerin Dürtüsellığe İlişkin Bulgularının Tartışılması

Barrat Dürtüsellik Ölçeğinden alınan puanların yüksekliği kişideki dürtüsellik düzeyinin yüksekliğini gösterirken alt ölçeklere bakılması dürtüsellığının bireylerin hayatlarını daha çok hangi alanda etkilediğini ortaya koymaktadır (46). Dikkatle ilişkili dürtüsellik puanları yüksek olan kişiler dikkat ve konsantrasyon ile ilgili problemler yaşamaktadır. Ayrıca bu kişiler bir konu üzerine düşünmeye çalıştıklarında eklenen başka düşüncelerden dolayı asıl üzerinde durması gereken konu dışında farklı şeyler düşünmek zorundan kalmaktadır. Bu kişilerin dikkatleri

çabuk dağılmakta ve bilişsel karışıklığa tahammül edememektedirler. Motor dürtüsellik puanları yüksek olan kişiler karşılaştıkları problemler karşısında hızlı tepki vermektedirler. Hayatlarında genellikle aceleci ve huzursuzdurlar, beklentilerinin hemen olmasını istemektedirler. Tasarlanmamış dürtüsellik puanları yüksek olan kişiler ise geleceğe yönelik plan yapamamakta ve kontrolsüz davranışlar sergilemektedir (13, 46, 61).

Literatürde bipolar bozuklukta, konversiyon bozukluğunda, sözel ve fiziksel şiddet bozukluğunda ve intihar girişiminde dürtüsellik gibi dürtüsellüğün incelendiği çalışmalar mevcut olup, hemşirelerde dürtüsellüğün incelendiği bir çalışmaya rastlanmamıştır (12, 138, 139, 140, 141, 142, 143). Aşağıda sadece istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler tartışılmıştır.

Yapılan çalışmada hemşirelerin “dürtüsellik genel” puan ortalaması 65.40 ± 6.96 olarak saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.2). Güleç ve arkadaşlarının (2009) bipolar bozuklukta dürtüsellik adlı çalışmasında sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubunda genel dürtüsellik puanı 61.0 ± 11.2 bulunmuştur (138). Güleç’in çalışması bu çalışma sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir.

Yapılan bu çalışmada hemşirelerin genel dürtüsellik düzeylerinin 23-28 yaş grubunun 35-40 yaş grubundan ve 40 yaş ve üstü yaş grubundan, 29-34 yaş grubunun 40 yaş ve üstü yaş grubundan yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 4.3). Batıgün’ün (2003) gençlerin intihar girişimlerinin nedenlerini incelediği çalışmada 14-24 yaş grubunun dürtüsellik düzeyleri 24 yaş ve üzeri grubun dürtüsellik düzeyinden yüksek bulunmuştur (139). Erel’in (2013) üniversite öğrencilerinin dürtüsellik düzeyini incelediği çalışmada gençlerdeki dürtüsellik düzeyinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (140). Cohen’in (2014) yapmış olduğu çalışmada ise bireylerin yaşları arttıkça dürtüsellik düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (141). Bütün bu çalışmalar çalışma bulgularını destekler niteliktedir.

Çalışmada eğitim durumu yüksek lisans ve lisans olan hemşirelerin genel dürtüsellik düzeyleri ön lisans mezunu olan hemşirelerden yüksek bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.3). Batıgün’ün (2003) gençlerin intihar girişimlerinin nedenlerini incelediği çalışmada ilkökul-ortaokul mezunlarının dürtüsellik düzeylerinin üniversite mezunlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça

dürtüsellik düzeyinin azaldığı sonucuna varılmıştır (139). Bu çalışma bizim çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Bu farklılığın eğitim durumu yüksek lisans ve lisans olan hemşire sayısının eğitim durumu ön lisans olan hemşire sayısından fazla olmasından ve örnekleme oluşturan grubun farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada çalışmaya katılan hemşirelerin genel dürtüsellik düzeylerinin meslekte çalışma yılı 1-5 yıl olanların 11-15 yıl ve 20 yıl ve üzeri olanlardan, meslekte çalışma yılı 6-10 olanların 20 yıl ve üzeri olanlardan yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca çalışmada hemşirelerin genel dürtüsellik düzeylerinin aylık nöbet saati 49-72 olanların 0-24 saat, 25-48 saat ve 73-96 saat olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.4). Çalışmada, meslekte çalışma yılı 1-10 yıl olanların çoğunluğunu 23-28 yaş grubu genç hemşirelerin oluşturduğu görülmekte bundan dolayı bu kişilerin daha dürtüsel davrandığı söylenmektedir.

Çalışmada hemşirelerin dürtüsellik genel puanı ile dikkatle ilişkili dürtüsellik ve motor dürtüsellik puanı arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.14). Güleç ve arkadaşlarının (2008) Barratt Dürtüsellik Ölçeği Türkçe uyarlama çalışmasında dürtüsellik genel puanı ile alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (135). Bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Yapılan çalışmada dürtüsellik genel puanı ile anksiyete puanı arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu bulunmuş, dürtüsel kişilerin anksiyetelerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Tablo 4.14). Yenilmez'in (2011) konversiyon bozukluğunun dürtüsellik ile ilişkisini ele aldığı çalışmada dürtüsellik ile anksiyete arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu saptanmış ve bu çalışmayla uyumlu bulunmuştur (142).

Çalışmada hemşirelerin dürtüsellik genel puanı ile öfkeyle ilgili düşünceler puanı arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu bulunmuş, dürtüsel davranan kişilerin daha çok öfkeyle ilgili düşüncelere sahip oldukları sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 4.14). Ramirez ve Andreu (2005) çabuk sinirlenen bireylerin hem dürtüsellik hem de öfke ölçeklerinden yüksek puanlar aldıklarını bildirmiştir (13). Wilkowski (2012) engellenme yanıtının sosyal sinyallerini sürekli öfkenin altında yatan psikolojik süreçler bakımından incelediği çalışmasında dürtüsellik ile sürekli öfke arasında

pozitif yönde ilişki olduğunu belirtmiştir (14). Ayrıca Gözden'in (2013) intihar davranışının dürtüsellik, öfke ifadesi ve aile özellikleri açısından değerlendirilmesi adlı çalışmasında dürtüsellik düzeyi arttıkça sürekli öfke düzeyinin arttığı vurgulanmıştır (143). Literatürden elde edilen sonuçlar bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

5.2. Hemşirelerin Anksiyeteye İlişkin Bulgularının Tartışılması

Beck Anksiyete Ölçeğinden alınan puanların yüksekliği kişinin yaşadığı anksiyetenin yüksekliğini göstermektedir (136). Aşağıda sadece istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler tartışılmıştır.

Yapılan çalışmada çalışmaya katılan hemşirelerin anksiyete puan ortalaması 13.71 ± 11.16 olarak saptanmış ve bu ortalamanın hafif düzeyde olduğu belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.5). Çiftçi'nin (2010) yoğun bakım hemşirelerinin anksiyete düzeylerini ele aldığı çalışmada hemşirelerin anksiyete puan ortalaması 7.90 ± 3.89 olarak bulunmuş ve anksiyetelerinin hafif düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır (144). Bu çalışma çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Durmuş ve Günay'ın (2007) çalışmasında hemşirelerin sürekli anksiyete puan ortalaması 40.0 ± 9.4 olarak bulunmuş ve hemşirelerin orta düzeyde anksiyete yaşadığını tespit edilmiştir (8). Bu çalışma bulguları bizim çalışma sonuçlarımızdan farklılık göstermektedir. Bu farklılığın örnekleme oluşturan grubun farklı olmasından (sağlık ocağı, kamu hastanesi, özel hastane ve üniversite hastanesi) ve örneklem sayısının fazla olmasından ($n=837$) kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerin anksiyete düzeyleri ile çalışma şekilleri arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.7). Anksiyete düzeylerinin çalışma şekli sadece gündüz mesai olanların sadece gece mesaisi olanlardan ve çalışma şekli sadece gündüz mesai olanların gece nöbet ve gündüz mesaisi olanlardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 4.7). Demir'in (2004) vardiyalı çalışan hemşirelerde anksiyete düzeyinin incelenmesi adlı çalışmasında sürekli gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin anksiyete puanlarının, gündüz+gece vardiyasında çalışan hemşirelerden yüksek olduğu saptanmıştır (17). Demir'in çalışması bizim çalışma bulgumuzla benzerlik göstermektedir. Ayrıca Aslançoç ve arkadaşlarının (2001), Durmuş ve Günay'ın (2007), Muşlu ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları

çalışmalarda çalışma şekline göre anksiyete düzeyleri arasında fark olduğunu ifade etmeleri bizim çalışmamızı desteklemektedir (8, 145, 146). İlgili literatüre baktığımızda, bu çalışma bulgularının aksine gece vardiyasında çalışanların anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Van Egeren (1992) gece vardiyasında anksiyete düzeyinin arttığını belirtmektedir (147). Görgülü (1988) ve Heim (1991) yaptıkları çalışmalarda vardiya sistemiyle çalışan hemşirelerin yeterince uyuyamadıkları için anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir (19, 148). Vardiyalı veya nöbet sistemiyle çalışmak bireylerin fizyolojik ve psikolojik sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere yol açmakta ve bu durum hem çalışanların hem de hastaların güvenliğini ve bakımın kalitesini olumsuz etkilemektedir (149). Bizim alışma bulgumuzla farklılık göstermesinin nedeninin gündüz mesaisinde çalışan hemşirelerin hasta bakımı dışında kliniğin diğer işleriyle de ilgilenmek zorunda olması, hasta ziyaretlerinin olması, klinik hocalarının sürekli vizit gezmesi ve çalışma alanlarını denetlemesi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada anksiyete puanı ile dürtüsellik genel puanı arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu bulunmuş anksiyeteli kişilerin dürtüsellik düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 4.14). Gözden'in (2013) intihar davranışının dürtüsellik, öfke ifadesi ve aile özellikleri açısından değerlendirilmesi adlı çalışmasında Beck Anksiyete leği puanı yüksek olan kişilerin dürtüsellik leği puanının da yüksek olduğu tespit edilmiş ve aralarında pozitif anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (143). Bu alışma literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmada hemşirelerin anksiyete puanı ile öfke belirtileri, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar ve kişilerarası öfke puanları arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuş anksiyetesi yüksek kişilerin daha çok öfke belirtileri gösterdikleri sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 4.14). Bowlby (1973), Deffenbacher ve arkadaşları (1996) tarafından yapılan çalışmalarda anksiyete ve öfkenin benzer özelliklere sahip olduğu vurgulanmıştır (150, 151). Uluç'un (2008) depresyon, anksiyete ve öfke içerik leklerinin ölçüt geçerliği açısından değerlendirildiği çalışmada Beck Anksiyete leği ile fke İçerik leği arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (152). Literatür sonuçları bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Yapılan çalışmada hemşirelerin anksiyete düzeyinin immatür savunmalar boyutunu arttırdığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.15). Muris ve Merckelbach'ın (1994) anksiyete ve savunma biçimleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada anksiyete düzeyinin immatür savunma biçimlerini arttırdığı bulunmuştur (153). Erdem'in (2008) savunma biçimlerinin uyum bozukluğundaki rolünü incelediği çalışmada da anksiyete düzeyi ile immatür savunma biçimleri arasında pozitif yönde ilişki olduğu tespit edilmiştir (33). Bu çalışmalar bizim çalışmamızla benzer sonuçları içermektedir.

5.3. Hemşirelerin Öfkeye İlişkin Bulgularının Tartışılması

Hemşirelik mesleği, öfke duygusunun sık hissedildiği mesleklerden biridir (24). Çalışma koşulları, ücret yetersizliği, yönetim ve diğer meslektaşlardan yeterli destek alamama, hasta sayısının fazla olması, şiddet durumlarıyla karşılaşma, istenilen bakımın verilememesi ve ekip içi çatışmalar hemşirelerin öfkelenmelerine neden olmaktadır (24, 25, 26).

Çok Boyutlu Öfke Ölçeğinden alınan yüksek puanlar ilgili boyutun daha fazla düşünüldüğü anlamına gelmektedir. Aşağıda sadece istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler tartışılmıştır (101).

Yapılan çalışmada çalışmaya katılan hemşirelerin öfke belirtileri” puan ortalaması 31.50 ± 10.81 ; “öfkeye yol açan durumlar” puan ortalaması 145.36 ± 30.70 ; “öfkeyle ilgili düşünceler” puan ortalaması 59.20 ± 17.74 ; “öfkeyle ilgili davranışlar” puan ortalaması 67.59 ± 11.82 ; “kişilerarası öfke” puan ortalaması 119.72 ± 30.70 olarak saptanmıştır (Bkz.Tablo 4.8). Yüksel'in (2014) hemşirelerin öfke düzeylerini incelediği çalışmada hemşirelerin sürekli öfke düzeyi puan ortalaması 21.04 ± 5.29 olarak bulunmuş ve hemşirelerin sürekli öfke yaşadıkları fakat bu öfkeyi kontrol edebildikleri sonucuna ulaşılmıştır (154). Kaya ve Solmaz ile Bayrı ve Kelleci'nin (2009) hemşirelerin öfke ve öfke ifade tarzını incelediği çalışmalarda hemşirelerin öfkelerini kontrol edebildikleri tespit edilmiştir (155, 156). Cheng, Kawacı ve Coakhey (2000) Amerika Birleşik Devletleri'nde 21 290 kadın hemşireyle yaptıkları çalışmada ise hemşirelerin öfkeyle ilgili bozukluklarının beklenilenden daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (157). Bu durumu hemşirelik mesleğinin yüksek sorumluluk ve düşük kontrollü bir meslek olmasıyla ilişkilendirmişlerdir. Literatür bilgileri bu çalışma bulguları ile paralellik göstermekte

ve çalışmayı desteklemektedir. Hemşirelik mesleği sağlık hizmetine gereksinimi olan birey ve yakınlarına kesintisiz hizmet veren tek sağlık disiplindir. Bu nedenle hemşireler sürekli öfke duygusu yaşamaktadır.

Çalışmada hemşirelerin öfke belirtileri puanlarının medeni durumu bekar olanların, evli olanlardan ve boşanmış olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.9). Yılmaz'ın (2009) hemşirelerin öfke ifade etme biçimlerini incelediği çalışmada bekarların öfkelerini evlilere göre daha iyi ifade ettikleri, evli bireylerin de öfkelerini daha iyi kontrol altına aldıkları belirtilmiştir (28). Yılmaz'ın çalışma bulgusu bu çalışma sonucu ile benzerlik göstermektedir. Bu durum evli olmanın bireyler için güçlü bir sosyal destek olduğunu düşündürmektedir. Bu çalışmanın aksine Yüksel'in (2014) çalışmasında evli olan hemşirelerin, boşanmış ve bekâr olanlara göre sürekli öfkelerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (154). Babaoğlu (2007) aday öğretmenlerdeki öfke araştırmasında evli olanlarda sürekli öfkenin bekârlardan daha yüksek olduğunu saptamıştır (158). Keskin ve arkadaşlarının (2011) yaptığı araştırma sonucunda da evli olanların sürekli öfkeleri daha yüksek bulunmuştur (159). Bu çalışmaların sonuçları bizim çalışma sonucumuzdan farklılık göstermektedir. Bu farklılığın örnekleme oluşturan grubun farklı olmasından ve farklı ölçeklerin kullanılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada hemşirelerin öfke belirtileri puanlarının birimde çalışma yılı 1-5 olanların 6-10 yıl olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.10). Akkoç'un (2011) acil servis hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmada hemşirelerin öfke düzeyleri birimde çalışma yılı süresine göre farklılık göstermemektedir (160). Bu çalışma bulguları bizim çalışmamızdan farklılık göstermektedir. Dürtüsellik ile öfke arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalara bakıldığında dürtüsel davranışlar gösteren kişilerin daha çok öfke belirtileri gösterdiği görülmektedir (12, 141, 143). Çalışmamızda genç hemşirelerin (23-28 yaş) dürtüsellik düzeyinin diğer yaş gruplarından daha yüksek çıkması ve bu kişilerin 1-5 yıldır aynı birimde çalışma puanlarının daha yüksek olması bu farklılığı düşündürmektedir.

Yapılan bu çalışmada hemşirelerin çalıştığı birimden memnun olmayanların öfke belirtileri puanlarının çalıştığı birimden memnun olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.10). Engin'in (2004) psikiyatri hemşirelerinin

öfke düzeyi ve iş doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi adlı çalışmasında çalıştıkları birimden kısmen memnun olanların öfke düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (161). Engin'in çalışma bulguları bu çalışma ile kısmen benzerlik göstermektedir. Akkoç'un (2011) acil servis hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmada ise hemşirelerin öfke düzeyleri ile yaptığı işten memnuniyet durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (160). Bu çalışma bulguları bizim çalışma sonuçlarımıza paralellik göstermemektedir. Hemşireler, ağır çalışma koşulları, vardiya sistemiyle çalışma, uzun süre çalışma, fazla saat çalışma ve fazla sayıda hastaya bakım vermeleri nedeniyle yoğun öfke yaşamaktadır (25, 114, 160). Bu olumsuzlukların yanına birde hemşirelerin istemedikleri bir birimde çalışmalarını yaşadıkları öfkenin boyutunu daha da arttırdığını düşündürmektedir.

Çalışmada hemşirelerin öfkeyle ilgili düşünceler puanı ile dürtüsellik genel puanı arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.14). Batıgün ve Şahin'in (2003) intihar girişiminde bulunan kişilerde öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerini ele aldıkları çalışmada öfke ile dürtüsellik arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (139). Akın'ın (2012) intihar girişiminde bulunan ergen grubunda öfke ve dürtüselligi incelediği çalışmasında sürekli öfke ile dürtüsellik arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur (12). Literatür sonuçları bu çalışma ile uyumlu bulunmuştur.

Ayrıca çalışmada hemşirelerin öfke belirtileri, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar ve kişilerarası öfke puanları ile anksiyete puanları arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuş öfkeyle ilgili düşüncelere sahip olan kişilerin anksiyetelerinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 4.14). Kudiaki'nin (2013) öfke düzeyleri ve anksiyete arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada anksiyete ile öfke arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur (162). Sayar ve arkadaşları (2000) tarafından yapılan depresif kişilerde öfke ataklarının incelendiği çalışmada öfke atakları geçiren kişilerin anksiyete düzeylerinin geçirmeyen kişilere göre daha yüksek olduğu bulunmuş, öfke ile anksiyete arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (163). Erdem ve arkadaşları'nın (2008) yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyini incelediği çalışmada da sürekli öfke düzeyi ile anksiyete düzeyi arasında pozitif anlamlı ilişki bulunarak sürekli öfkenin anksiyete düzeyini etkilediği belirtilmiştir (164). Uzun'un (2008) kişilerarası ilişkiler, öfke, benlik algısı

ve anksiyete adlı çalışmasında anksiyete yaşayan bireylerin normal bireylere oranla daha fazla öfke ile ilgili davranışlar ve kişilerarası öfke tepkileri gösterdikleri bulunmuş öfke ile anksiyete arasında pozitif anlamlı ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (165). Çalışma sonuçlarının ilgili literatürle benzerlik gösterdiği saptanmıştır.

5.4. Hemşirelerin Kullandıkları Savunma Mekanizmalarına İlişkin Bulgularının Tartışılması

Hemşireler, çalışma koşullarındaki olumsuzluklar nedeniyle anksiyete yaşamaktadır. Yaşadıkları anksiyeteyi azaltabilmek ve bunun sonucu ortaya çıkan öfke duygusu ile etkili baş edebilmek için bilinçaltı savunma mekanizmaları devreye girmektedir (5, 6, 31). Hemşirelerin savunma biçimlerinin saptanması, anksiyete ve öfkeyi kontrol altına alabilmeleri için çok önemlidir.

Savunma biçimleri alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar o boyutun daha çok kullanıldığı anlamına gelmektedir. İmmatür savunmalar; yansıtma, pasif agresyon, dışa vurma, yalıtma, değersizleştirme, otistik fantezi, yadsıma/inkar, yer değiştirme, disosiyasyon, bölme/bölünme, mantıksallaştırma ve bedenselleştirme savunma biçimlerinden oluşmaktadır. Nevrotik savunmalar; yapma–bozma, yapay özgecilik, idealleştirme ve karşıt tepki geliştirme savunma biçimlerini içermektedir. Matür savunmalar; yüceltme, mizah, beklenti ve baskılama savunma biçimlerini kapsamaktadır (132).

Literatürde savunma biçimlerinin uyum bozukluğundaki rolü, savunma biçimleri testinin psikometrik özellikleri ve depresyon hastalarının kullandıkları savunma mekanizmalarının incelendiği çalışmalar mevcut olup sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmektedir (32, 33, 34). Hemşirelerin savunma biçimlerinin araştırıldığı çalışmaya ise rastlanılmamıştır. Aşağıda sadece istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler tartışılmıştır

Yapılan çalışmada çalışmaya katılan hemşirelerin “immatür savunmalar” puan ortalaması 104.77 ± 28.78 , “nevrotik savunmalar” puan ortalaması 41.79 ± 8.55 ve “matür savunmalar” puan ortalaması 44.36 ± 9.49 olarak saptanmıştır (Bkz.Tablo 4.11). Erdem’in (2008) savunma biçimlerinin uyum bozukluğundaki rolünü

incelediği çalışmada immatür savunmalar puan ortalaması 117.9 ± 28.3 , nevrotik savunmalar puan ortalaması 40.4 ± 12.1 ve matür savunmalar puan ortalaması 36.4 ± 12.9 olarak bulunmuş ve kişilerin immatür savunma biçimlerini daha fazla kullandıkları sonucuna varılmıştır (33). Dedic ve arkadaşlarının (2009) askerliğin ilk 3 ayında uyum sorunu yaşayan askerlerde yaptıkları çalışmada immatür savunma biçimlerinin daha sık kullandığı tespit edilmiştir (166). Literatürdeki çalışmalar bu çalışma ile paralellik göstermektedir.

Çalışmada hemşirelerin savunma biçimleri ile yaş arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin nevrotik savunmalar boyutunun yaş grubu 23-28 olanların 35-40 yaş grubundan ve yaş grubu 29-34 olanların 35-40 yaş grubundan yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 4.12). Çağatay'ın (2014) üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada savunma mekanizmaları ile yaş arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur (167). Çağatay'ın çalışma sonucu bu çalışmayı destekler niteliktedir. Bu çalışmanın aksine Erdem'in (2008) çalışmasında yaş ile savunma biçimleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (33). Bu farklılığın çalışmanın örneklemini oluşturan grubun farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada hemşirelerin matür savunmalar boyutunun birimde çalışma yılı 1-5 olanların 10 yıl ve üstü olanlardan ve birimde çalışma yılı 6-10 olanların 10 yıl ve üstü olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.13). Literatürde hemşirelerin savunma biçimleri ile birimde çalışma yılı değişkeni arasındaki ilişkinin birebir incelendiği çalışmaya rastlanılmamıştır. Hemşirelerin birimde çalışma yılı arttıkça matür savunmalar göstermeleri beklenirken çalışmada birimde çalışma yılı daha düşük olanların matür savunmaları kullandıkları saptanmıştır. Elde edilen bu sonuç bize çalışma yılı ile birlikte bireysel özelliklerin de matür savunmaları etkilediğini düşündürmektedir.

Yapılan çalışmada immatür savunmalar ile anksiyete arasında pozitif anlamlı ilişki bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.14). Hemşirelerin anksiyete düzeyinin immatür savunmalar boyutunu arttırdığı sonucuna varılmıştır (Bkz. Tablo 4.15). Muris ve Merckelbach'ın (1994) anksiyete ve savunma biçimleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada anksiyete düzeyinin immatür savunmalar boyutunu arttırdığı bulunmuştur (153). Bond'un (2004) depresif, anksiyete ve kişilik bozukluklarında savunma stilleri

adlı çalışmasında anksiyete ile savunma biçimleri arasında pozitif anlamlı ilişki tespit edilerek bu çalışma ile benzerlik göstermektedir (168).

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Hemşirelerin tanıtıcı ve çalışma koşullarına ilişkin özellikleri incelendiğinde çalışmaya katılan hemşirelerin %34.1'inin 23-28 yaş grubunda, %51.4'ünün evli ve %67.6'sının lisans mezunu olduğu görüldü. Hemşirelerin %32.7'sinin dahili birimde çalıştığı, %28.6'sının 1-5 yıl arasında hemşirelik mesleğini yaptığı ve hemşirelerin %68.1'inin 1-5 yıl arasında aynı birimde çalıştığı bulundu. Ayrıca çalışmadaki hemşirelerin %39.5'inin aylık 160 saat çalıştığı, %75.1'inin gece nöbet ve gündüz mesai şeklinde çalıştığı ve %45.9'unun aylık 0-24 saat nöbet tuttuğu saptandı. Hemşirelerin %77.0'sinin çalıştığı birimden memnun olduğu tespit edilmiştir.
2. Hemşirelerin dürtüsellik düzeyleri incelendiğinde “dikkatle ilişkili dürtüsellik” puan ortalamasının 16.33 ± 2.54 ; “motor dürtüsellik” puan ortalamasının 20.85 ± 3.67 ; “tasarlanmamış dürtüsellik” puan ortalamasının 28.22 ± 3.72 ve “dürtüsellik genel” puan ortalamasının 65.40 ± 6.96 olduğu belirlenmiştir.
3. Hemşirelerin anksiyete düzeyleri incelendiğinde “anksiyete” puan ortalamasının 13.71 ± 11.16 olduğu saptanmıştır.
4. Hemşirelerin öfke düzeyleri incelendiğinde “öfke belirtileri” puan ortalamasının 31.50 ± 10.81 ; “öfkeye yol açan durumlar” puan ortalamasının 145.36 ± 30.70 ; “öfkeyle ilgili düşünceler” puan ortalamasının 59.20 ± 17.74 ; “öfkeyle ilgili davranışlar” puan ortalamasının 67.59 ± 11.82 ve “kişilerarası öfke” puan ortalamasının 119.72 ± 30.70 olduğu tespit edilmiştir.
5. Hemşirelerin savunma biçimleri incelendiğinde “immatür savunmalar” puan ortalamasının 104.77 ± 28.78 ; “nevrotik savunmalar” puan ortalamasının 41.79 ± 8.55 ve “matür savunmalar” puan ortalamasının 44.36 ± 9.49 olduğu belirlenmiştir.

6. Hemşirelerin genel dürtüsellik düzeylerinin 23-28 yaş grubunun 35-40 yaş grubundan, 23-28 yaş grubunun 40 yaş ve üstü yaş grubundan, 29-34 yaş grubunun 40 yaş ve üstü yaş grubundan yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.
7. Hemşirelerin genel dürtüsellik düzeylerinin eğitim durumu yüksek lisans ve lisans olanların eğitim durumu ön lisans olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.
8. Hemşirelerin genel dürtüsellik düzeylerinin meslekte çalışma yılı 1-5 yıl olanların 11-15 yıl ve 20 yıl ve üzeri olanlardan, meslekte çalışma yılı 6-10 olanların 20 yıl ve üzeri olanlardan yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.
9. Hemşirelerin genel dürtüsellik düzeylerinin aylık nöbet saati 49-72 olanların 0-24 saat, 25-48 saat ve 73-96 saat olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.
10. Hemşirelerin genel dürtüsellik düzeylerinin çalıştığı birimden memnun olmayanların çalıştığı birimden memnun olanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür.
11. Hemşirelerin genel dürtüsellik düzeyleri ile medeni durum, çalıştığı birim, birimde çalışma yılı, aylık çalışma saati ve çalışma şekli değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır.
12. Hemşirelerin anksiyete düzeylerinin çalışma şekli sadece gündüz mesai olanların sadece gece mesaisi olanlardan ve çalışma şekli sadece gündüz mesai olanların gece nöbet ve gündüz mesaisi olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.
13. Hemşirelerin anksiyete düzeyleri ile yaş, medeni durum, eğitim durumu ve çalıştığı birim değişkenleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır. Ayrıca hemşirelerin meslekte çalışma yılı, birimde çalışma yılı, aylık çalışma saati ve aylık nöbet saati ile çalıştığı birimden memnuniyet durumu değişkenleri arasında da istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir.

14. Hemşirelerin öfke belirtileri puanlarının medeni durumu bekar olanların evli olanlardan ve boşanmış olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke puanları ile medeni durum değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.
15. Hemşirelerin öfke belirtileri puanlarının birimde çalışma yılı 1-5 olanların 6-10 yıl olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke puanları ile birimde çalışma yılı değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.
16. Hemşirelerin öfke belirtileri puanlarının çalıştığı birimden memnun olmayanların çalıştığı birimden memnun olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar, kişilerarası öfke puanları ile çalıştığı birimden memnuniyet durumu değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.
17. Hemşirelerin öfke belirtileri, öfkeye yol açan durumlar, öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar ve kişilerarası öfke puanları ile yaş, eğitim durumu ve çalıştığı birim değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark görülmemiştir. Ayrıca hemşirelerin meslekte çalışma yılı, aylık çalışma saati, çalışma şekli ve aylık nöbet saati değişkenleri arasında da anlamlı bir fark saptanmamıştır.
18. Hemşirelerin nevrotik savunmalar boyutunun yaş grubu 23-28 olanların 35-40 yaş grubundan ve yaş grubu 29-34 olanların 35-40 yaş grubundan yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hemşirelerin immatür savunmalar ve matür savunmalar boyutu ile yaş değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.
19. Hemşirelerin matür savunmalar boyutunun birimde çalışma yılı 1-5 olanların 10 yıl ve üstü olanlardan ve birimde çalışma yılı 6-10 olanların 10 yıl ve üstü olanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin immatür savunmalar ve nevrotik savunmalar boyutu ile

birimde çalışma yılı değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.

20. Hemşirelerin matür savunmalar boyutunun çalışma şekli gece nöbet ve gündüz mesai olanların çalışma şekli sadece gündüz mesai olanlardan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Hemşirelerin immatür savunmalar ve nevrotik savunmalar boyutu ile çalışma şekli değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.
21. Hemşirelerin immatür savunmalar, nevrotik savunmalar ve matür savunmalar boyutu ile medeni durum, eğitim durumu ve çalıştığı birim değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark görülmemiştir. Ayrıca hemşirelerin meslekte çalışma yılı, aylık çalışma saati, aylık nöbet saati ve çalıştığı birimden memnuniyet durumu değişkenini arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir fark saptanmamıştır.
22. Hemşirelerin dürtüsellik genel puanı ile dikkatle ilişkili dürtüsellik ve motor dürtüsellik puanı arasında yüksek, pozitif yönde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Diğer değişkenler arasındaki ilişkiler zayıf ve orta düzeyde olduğu için istatistiksel açıdan anlamlı kabul edilmemiştir.
23. Hemşirelerin anksiyete düzeyinin immatür savunmalar boyutunu arttırdığı saptanmıştır.
24. Hemşirelerin tasarlanmamış dürtüsellik düzeyinin immatür savunmalar boyutunu azalttığı görülmüştür.
25. Hemşirelerin öfkeyle ilgili düşünceler, öfkeyle ilgili davranışlar ve kişilerarası öfke düzeyinin immatür savunmalar boyutunu arttırdığı saptanmıştır.
26. Hemşirelerin öfkeyle ilgili düşünceler ve öfkeyle ilgili davranışlar düzeyinin nevrotik savunmalar boyutunu arttırdığı tespit edilmiştir.
27. Hemşirelerin tasarlanmamış dürtüsellik puan ortalaması diğer alt boyutlardan daha yüksek, anksiyete puan ortalaması hafif düzeyde, öfkeye yol açan durumlar puan ortalaması diğer alt ölçeklerden daha

yüksek ve immatür savunmalar puan ortalaması diğer alt boyutlardan daha yüksek bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler:

- Hemşirelerin iş yaşamında memnun olmalarının sağlanması için çalışma koşullarının iyileştirilmesi,
- Hemşirelerin verimli ve etkili çalışabilmesi ve hastalara kaliteli bakım verebilmesi için dürtüsellik, aksiyete, öfke ve savunma biçimlerine yönelik bilgi verilmesi ve anksiyete ve öfke ile baş etme tekniklerinin anlatıldığı hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hemşirelerin ani kararlar vermemesi, düşünerek daha planlı hareket etmesi, duruma uygun davranışlar sergilemesi ve geleceğe yönelik daha gerçekçi planlar yapması için dürtüsel davranışlarını kontrol altına almaya yönelik gerekli eğitimin verilmesi,
- Hemşirelerin ruh sağlığını koruması ve sürdürebilmesi amacıyla anksiyeteleri ile etkili baş etmelerine yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,
- Hemşirelerin öfke yaşamalarına yol açan durumların tespit edilmesi ve öfkelerini kontrol altına almalarına yönelik öfke kontrol eğitimlerinin verilmesi,
- Hemşirelerin yaşadıkları anksiyete ve öfkeleriyle baş edebilmeleri için bilinçli ya da bilinçsiz olarak kullandıkları savunma biçimlerine yönelik bilgi verilerek farkındalıklarının artırılması ve bilişsel süreçlerine uygun savunma biçimlerini kullanmasının sağlanması,
- Bu konuyla ilgili ileriye yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Özaltın H. TSK' de görevli hekim ve hemşirelerin iş doyumu, *GATA II. Baştabip Oryantasyon Kurs Kitabı*, Ankara, 1997: 106-112.
2. Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. 7 gün-24 saat/hasta başında Türkiye'de hemşirelerin çalışma koşulları, *Türk Hemşireler Derneği*, Ankara, 2008.
3. Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Hastanede çalışan hemşirelerin, çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2010, 5(15): 17-30.
4. Arcak R, Kasımoğlu E. Diyarbakır merkezindeki hastane ve sağlık ocaklarında çalışan hemşirelerin sağlık hizmetlerindeki rolü ve iş memnuniyeti, *Dicle Tıp Dergisi*, 2006, 33(1): 23-30.
5. Öztürk OM, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları I*, 11. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011, 11(1).
6. Köroğlu E. *Klinik Psikiyatri El Kitabı*, 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, 2012.
7. Bilge A, Ünal G. Öfke, öfke kontrolü ve hemşirelik yaklaşımı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2005, 21(1): 189-196.
8. Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler, *Erciyes Tıp Dergisi*, 2007, 29(2): 139-146.
9. Slater P, McCormack B. An exploration of the factor structure of the nursing work index, *Worldviews Evid Based Nurse*, 2007, 4: 30-39.
10. Yazıcı K, Yazıcı AE. Dürtüselliğin nöroanatomik ve nörokimyasal temelleri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 2: 254-280.
11. Moeller G, Barratt E, Dougherty D, Schmitz M, Swann A. Psychiatric aspects of impulsivity, *Am. J. Psychiatry.*, 2001, 158: 1783-1793.

12. Akın E, ve Berkem M. İntihar girişiminde bulunan ergenlerde öfke ve dürtüsellik, *Marmara Medical Journal*, 2012, 25: 148-152.
13. Ramirez JM, Andreu JM. Aggression and some related psychological constructs (anger, hostility and impulsivity) some comments from a research project, *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 2006, 30(3): 276-291
14. Wilkowski, BM. Responding to social signals for response inhibition: A psychological process underlying trait anger, *Social Psychological And Personality Science*, 2012, 3: 72.
15. Öz F. *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Yenilenmiş 2. Baskı. Ankara, 2010, 9: 130-148.
16. Bölükbaş N, Karabulut N, Özer H. Ameliyathane ortamının çalışan ekip üzerinde yarattığı anksiyete düzeyinin incelenmesi, *Düşünen Adam Dergisi*, 1998, 11(1): 27-31.
17. Demir A. Hemşirelerin vardiya ile çalışmalarının anksiyete ve arteriyel kan basıncına etkisinin irdelenmesi, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2005, 8(2).
18. Pıçakçıefe M. Çalışma yaşamı ve anksiyete, *TAF. Prev. Med. Bull.*, 2010, 9(4): 367-374.
19. Görgülü RS. Hemşirelerin Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Hemşireleri İş Ortamında Etkileyen Stresörlerin Tanımlanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 1998.
20. Stathopoulou H. Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnell in Greece, *J. Emerg. Nurs.*, 2011, 37(4): 314-320.
21. Ellis A, Harper AR. *Akılcı Yaşam Kılavuzu*, Akbaş SK , (Çeviri editörü). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2005.
22. Şahin NH. Öfke, o sizi kontrol edeceğine siz onu kontrol edin, *Türk Psikoloji Bülteni*, 1997, 3(7): 79-85.

23. Üstün B, Yavuzarslan F. Öfkenin gücü, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1995, 2(2): 42-46.
24. Aiken L. Clarke S. Douglas M. Sloane D. Sochalski J. Jeffrey H. Silber hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction, *JAMA*, 2002, 288(16).
25. Bayrı F. Hemşirelerin Öfke İfade Biçimleri ve Genel Sağlık Durumları İle İlişkisinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, 2007.
26. İlhan HK. Hemşirelerin Çalışma Ortamında Öfke Düzeyi ve Öfke İfade Tarzı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç üniversitesi, 2014.
27. Doğan S, Güler H, Kelleci M. Hastaların öfkeli davranışları karşısında hemşirelerin yaklaşımları, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2001, 5(1): 26-32.
28. Yılmaz S. Hemşirelerin Öfke İfade Etme ve İletişim Biçimleri, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2009.
29. Baran M. Hemşirelerde Öfke Düzeyinin İş Doyumuna Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2009.
30. Freud A. *The Ego And The Mechanisms Of Defense*, New York, International Universities Press, 1966.
31. Halter MJ, *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing*, New York, 1998.
32. Yılmaz N, Gençöz T, Ak M. Savunma biçimleri testinin psikometrik özellikleri: güvenilirlik ve geçerlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18: 1-10.

33. Erdem M, Işıntaş M, Özgen F, Özşahin A. Savunma biçimlerinin uyum bozukluğundaki rolü, *Anatol. Journal. Clin. Investig.*, 2008, 2(4): 155-159.
34. Aktan Ö. Depresyon Tanısı Konulmuş Hastalar ile Depresif Şikayetleri Olmayan Kişilerin Kullandıkları Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Maltepe üniversitesi, 2009.
35. Baltaş A, Baltaş Z. *Stres ve Başa Çıkma Yolları*, 5. Baskı, İstanbul, Evrim Matbaacılık Ltd. Şti., İstanbul, 1987.
36. Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D. Ankara'da bir Tıp Fakültesi'nde okuyan son sınıf öğrencilerde tükenmişlik sendromu, *STED*, 2005, 14(8).
37. Ulusoy F, Görgülü S. *Hemşirelik Esasları- Temel Kavram İlke ve Yöntemler*, 2. Baskı. Ankara, 1996.
38. Birol L. *Hemşirelik Süreci*, Genişletilmiş 6. Baskı, İzmir, Etki Matbaacılık Yayıncılık, 2004.
39. İpek H. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Doyumu ve Denetim Odakları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Bilim Uzmanlığı tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2003.
40. Çalışır H. Sağlık Çalışanlarında İş Doyumu Antalya E.A.H. Hemşire-Ebe Örneği, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Beykent Üniversitesi, 2012.
41. Lu H, While EA, Barriball LK. Job satisfaction among nurses: a literature review, *International Journal of Nursing Studies*, 2005, 42: 211-227.
42. Şahin N. Hastanelerde Çalışan Hemşirelerin Öznel Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2001.

43. Uğur E, Abaan, S. Hemşirelerin iş yaşamı kalitesi ve etkileyen faktörlere ilişkin görüşleri, *Türkiye Klinikleri J. Med. Sci.*, 2008, 28: 297-310.
44. Evenden J. The pharmacology of impulsive behaviour in rats V: The effects of drugs on responding under discrimination task using unreliable visual stimuli, *Psychopharmacology*, 1999, 143: 111-122.
45. Ho MY, Mobini S, Chiang TJ. Theory and method in the quantitative analysis of "impulsive choice" behaviour: implications for psychopharmacology, *Psychopharmacology*, 1999, 146(4): 362-72.
46. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale, *J. Clin. Psychol.*, 1995; 51: 768-774.
47. Eysenck SB, Eysenck HJ. The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description, *Br. J. Soc. Clin. Psychol.*, 1977, 16: 57-68.
48. Heath AC, Cloninger CR, Martin NG. Testing a model for the genetic structure of personality: A comparison of the personality systems of cloninger and eysenck, *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1994, 66: 762-75.
49. Dickman SJ. Functional and dysfunctional impulsivity: Personality and cognitive correlates, *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1990; 58(1): 95-102.
50. Eskin M. *İntihar- Açıklama, Değerlendirme, Tedavi ve Önleme*, Ankara, 2003, 5: 33-222.
51. Kalenscher T, Ohmann T, Güntürkün O. The neuroscience of impulsive and selfcontrolled decisions, *Int. J. Psychophysiol.*, 2006, 62: 203-211.
52. L'Abate L. A family theory of impulsivity. In: McCown WG, Johnson JL, Shure MB (eds). *The Impulsive Client*, American Psychological Association, Washington DC, 1993: 93-117.
53. Oquendo MA, Mann JJ. The biology of impulsivity and suicidality, *The Psychiatric Clinics of North America*, 2000, 23(1): 11-25.

54. Chamberlain SR, Sahakian BJ. The neuropsychiatry of impulsivity, *Curr. Opin. Psychiatr.*, 2007, 20: 255-261.
55. Aron AR, Poldrack RA. The cognitive neuroscience of response inhibition: Relevance for genetic research in attention- deficit/hyperactivity disorder, *Biol. Psychiatry.*, 2005, 57: 1285-1292.
56. Kertzman S, Grinspan H, Birger M et al. Computerized neuropsychological examination of impulsiveness: A selective review, *Isr. J. Psychiatry. Relat. Sci.*, 2006; 43(2): 74–80.
57. <http://www.psikolojik.gen.tr>, 26 Ağustos 2014.
58. Winstanley CA, Eagle DM, Robbins TW. Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: Translation between clinical and preclinical studies, *Clin. Psychol. Rev.*, 2006, 26: 379-395.
59. Enticott PG, Ogloff JRP, Bradshaw JL. Associations between laboratory measures of executive inhibitory control and self-reported impulsivity, *Pers. Individ. Dif.*, 2006, 41: 285–294.
60. Ernst M, Paulus MP. Neurobiology of decision-making: A selective review from a neurocognitive and clinical perspective, *Biol. Psychiatry.*, 2005, 58: 597–604.
61. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh, DM. Laboratory behavioral measures of impulsivity, *Behav. Res. Meth.*, 2005, 37(1): 82–90.
62. Profita J, Carrey N, Klein F. Sustained, multimodal outpatient group therapy for chronic psychotic patients, *Hosp. Comm. Psychiat.*, 1989, 40: 943-946.
63. Aronson TA. A critical review of psychotherapeutic treatments of borderline personality, *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1989, 177: 511-528.
64. Higgins ST, Wong CJ, Badger GJ, Ogden DE, Dantrona RL. Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2000, 68: 64-72.

65. Kısa C, Yıldırım SG, Göka E. Ataklık ve ruhsal bozukluklar, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2005, 16: 46-54.
66. Taparlı Z. Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Anksiyete Düzeyleri ve Nedenlerinin Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2004.
67. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, <http://www.tdk.gov.tr>, 25 Mayıs 2015.
68. Fishel AH. Nursing management of anxiety and panic, *Nursing clinics of North America*, 1998, 33: 135-151.
69. Doğan O, Gülmez H, Ketenoğlu O. *Ruhsal Bozuklukların Epidemiyolojisi*, Sivas, Dilek Matbaası Ltd. Şti., 1995: 33-37.
70. Sertbaş G, Bahar A. Anksiyete ve anksiyeteye baş etmede hemşirelik girişimleri, *Hemşirelik Forumu*, 2004: 39-44.
71. Cüceloğlu D. *İnsan ve Davranışları Psikolojinin Temel Kavramları*, İstanbul, Remzi Kitabevi, 2005: 289-304.
72. Tükel R. Anksiyete Bozuklukları, *Psikiyatri Ders Kitabı*, İstanbul, Emek Matbaacılık Ltd. Şti., 1998.
73. Nutt D, Feeney A, Argyropoulos S. *Anxiety disorders comorbid with depression: pocketbook: panic disorders and agoraphobia*, London, 2002.
74. Uzbay İT. Anksiyetenin nörobiyolojisi, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, Ankara, 2002, 5(1): 5-11.
75. Karaman Z. Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Yakınlarının Anksiyete ve Depresyon Açısından Değerlendirilmesi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji Ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara: Gazi Üniversitesi, 2011.
76. Freud S. *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, Standard ed. London, Hogarth Press, 1955.

77. Kaplan H, Sadock BJ. *Klinik Psikiyatri*, Aydın H, Bozkurt A, (Çeviri editörleri). Ankara, Güneş Kitabevi, 2005.
78. Sayar K. Varoluşçu psikoloji açısından anksiyete, *Yeni symposium*, 2000, 38(2): 43-50.
79. Spielberger CD. *State-trait Anger Expression Inventory - 2 (STAXI-2)*, Psychological Assessment Resources, Inc, 1999.
80. Beck CK, Rowlins RP, Williams RS. *Mental Health Psychiatric Nursing*, 2nd ed. Toronto, The C.V. Mosby Company, 1988.
81. Aydın C, Yolasıǧmaz G. Hastanede yatan çocuklarda anksiyete belirtilerinin değerlendirilmesi, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1987, 3(3): 1.
82. Baş M. Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Mobbing ve Anksiyete, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Konya: Selçuk Üniversitesi, 2012.
83. Budak S. *Psikoloji Sözlüğü*, İdefix, Ankara, 2001.
84. Köknel Ö. *Bireysel ve Toplumsal Şiddet*, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi, 2000.
85. Dökmen Ü. *İletişim Çatışmaları ve Empati*, 45. Baskı, İstanbul, Remzi Kitapevi, 2008.
86. Rubin J. The emotion of anger: Some conceptual and theoretical issues, *Professional psychology: Research and practice*, 1986, 17(2): 115-124.
87. Berkowitz L. On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive-neoassociationistic analysis, *American Psychologist*, 1990, 45: 494–503.
88. Gebeş H. Akran Eğitimi ile Desteklenen Öfke Kontrolü Eğitiminin Lise Öğrencilerinin Öfke Kontrol Becerilerine Etkisi, Sosyal Bilimler Enstitüsü,

- Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi, 2011.
89. Deffenbacher JL. Cognitive behavioral conceptualization and treatment of anger, *Journal Of Clinical Psychology*, 1999, 55: 295-309.
 90. Özmen A. Öfke: Kuramsal yaklaşımlar ve bireylerde öfkenin ortaya çıkmasına neden olan etmenler, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2006, 39(1): 39-56.
 91. Burger MJ. *Kişilik*, Sarıoğlu İD, (Çeviri editörü). *Personality*, İstanbul Kaknüs Yayınları, 2006.
 92. Geçtan E. *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*, 18. Baskı, İstanbul, Metis Yayınları, 2006.
 93. Karaca S. *Öfke ve öfke kontrolü*. <http://www.drstitkikaraca.net/oefke-ve-oefke-kontrolue-/htm>, 29 Mayıs 2015.
 94. Bilgin A. *Sosyal Psikolojiye Giriş*, İzmir, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları, 2000, 48: 275-299.
 95. Balkaya F. Özgürlüğe uzanan yolda önemli bir rehber: Öfke, *Gestalt Terapi Dergisi*, 2005, 3: 109-126.
 96. Herdem TE. Mağaza Çalışanları İçin Hazırlanan Öfke Kontrolü Programının Etkililiği, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, 2009.
 97. Beck AT. *Bilişsel Terapi Ve Duygusal Bozukluklar*, İstanbul, Litera Yayıncılık Ltd. Şti., 2005.
 98. Özer AK. Sürekli öfke ve öfke ifadesi tarzı ölçekleri ön çalışması, *Türk Psikoloji Dergisi*, 1994, 9(31): 26-35.
 99. Atkinson R, Atkinson RC, Hilgard ER. *Psikolojiye Giriş I*, İstanbul, Sosyal Yayınlar, 1995.

100. Aydın B. *Boşanmış Ailelerden Gelen Ergenlerle Grup Çalışması, Ergenlikten Yetişkinliğe Grup Çalışmaları*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2005.
101. Balkaya F, Şahin N. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2003, 14(3): 192-202.
102. Tekinsav S, Aydın A. İki farklı öfke ölçeğinin çocuk ve ergenler için psikometrik özelliklerinin incelenmesi, *Ege Eğitim Dergisi*, 2008, (9)2: 93-108.
103. Burns D. *İyi Hissetmek, Yeni Duygudurum Tedavisi Bilişsel Davranışçı Terapiler Serisi-3*, İstanbul, Psikonet Yayıncılık, 2006.
104. Navaco WR. *Anger Control*, Lexington Book, London, 1975.
105. Kısaç İ. Gençlerin öfkelerini ifade ettikleri hedef kişiler, *Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2005, 25(2): 71-81.
106. Sülün Ö. Futbol Hakemlerinin Öfke ve Kızgınlık Düzeyleri ile Empatik Eğilim Düzeylerinin Karşılaştırılması, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Karaman: Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, 2013.
107. Hoşgör TE. Evli Çiftlerin Öfke İfade Tarzları ile Evlilik Uyumunun İncelenmesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans tezi, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi, 2013.
108. Tarhan N. *Duyguların Dili*, İstanbul, Timaş Yayınları Entegre Matbaacılık Ltd. Şti., 2008.
109. Albayrak B, Kutlu Y. Ergenlerde öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2009, 2(3).
110. Beyazaslan T. Öfke Kontrol Eğitiminin Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Öfke ve Duygu Kontrol Durumlarına Etkisi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, Gaziatep: Gaziantep Üniversitesi, 2012.
111. Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi, *Kriz Dergisi*, 2003, 2(3).

112. Karaca M, Tatlılıoğlu K. Öfke olgusu hakkında sosyal psikolojik bir değerlendirme, *The Journal of Academic Social Science Studies*, 2013, 6(6): 1101-1123.
113. Esin MN, Hemşirelerin alışma koşullarından kaynaklanan sorunlar ve öneriler, alışan Hakları ve Güvenliği Sempozyumu, 2013.
114. Thomas SP. *Transforming Nurses Stress And Anger, Steps Toward Healing*, 2nd ed. New York, Springer Publishing Company, 2004.
115. Bond M, Paris J, Zweig-Frank H. Defense styles and borderline personality disorder, *J. Pers. Dis.*, 1994, 8: 28-31.
116. Freud S. *The neuro-psychoses of defense the standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud (1894)*. Strachey J, (eviri editörü). London, Hogarth Press 1962, (3): 43-68.
117. Kernberg OE. Borderline personality organization, *Journal of American Psychoanalysis Association*, 1967, 15: 641-685.
118. Klein M. *Psychoanalysis of Children*, London, Hogarth Press, 1973.
119. Kernberg PF. Mechanisms of the defense: Development and research perspectives, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 1994, 58(1): 55–87.
120. Yılmaz N, Gençöz T, Ak M. Savunma biçimleri testinin psikometrik özellikleri: Güvenilirlik ve geçerlik alışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2007, 18: 1-10.
121. Freud A. *Ben ve Savunma Mekanizmaları*, Erim Y, (eviri editörü). Metis Yayınları, 2004: 36.
122. Schafer R. *Mechanisms of Defense*, 4 baskı, Newyork, Free Press.
123. Vaillant GE. The historical origins and future potential of Sigmund Freud's concept of the mechanisms of defence, *International Review of Psycho-Analysis*, 1992, 19: 35-50.

124. Topçuoğlu V. Obsesif kompulsif bozuklukta psikanalitik görüşler, *Klinik Psikiyatri*, 2003, 6: 46-50.
125. Rowan A. The Place of acting out in psychoanalysis: From Freud to Lacan, *Psychoanalytische Perspectieven*, 2000, 41/42: 83-100.
126. Özakkaş T. *Bütüncül Psikoterapi*, İstanbul, Litera Yayınları, 2008.
127. Kellner R. Somatization, theories and research, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1990, 178(3): 150-160.
128. Spruiell V. Freud's concepts of idealization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1979, 27: 777-791.
129. Freud S. *Espriler ve Bilinçdışı ile İlişkileri*, Kapkın E, (Çeviri editörü). İstanbul, Payel Yayınevi, 1998.
130. May R. *Kendini Arayan İnsan*. İstanbul, Kuraldışı Yayınları, 2000.
131. Watson DC, Sinha BK. Gender, age, and cultural differences in the defense style questionnaire-40, *Journal of Clinical Psychology*, 1998, 54(1): 67-75.
132. Andrews G, Singh M, Bond M. The defense style questionnaire, *Journal of Mental Disorders*, 1993, 181: 246-256.
133. Şahin NH, Batıgün AD, Uzun C. Anksiyete bozukluğu; kişiler arası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından bir değerlendirme, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011, 12(7): 107-113.
134. Özgür G, Gümüş BA, Gürdağ Ş. Hastanede Çalışan hemşirelerde ruhsal belirtilerin incelenmesi, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011, 24: 296-305.
135. Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M, Stanford MS. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt impulsiveness scale-11, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2008; 18: 251-258.

136. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties, *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1988, 56: 893-897.
137. Ulusoy M, Erkmen H, Şahin N. Turkish version of the beck anxiety inventory: psychometric properties, *J. Cog. Psychother.*, 1998, 12: 163-172.
138. Güleç H, Tamam L. Bipolar bozuklukta dürtüsellik, *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2009, 10: 198-203.
139. Batıgün AD, Şahin NH. Öfke, dürtüsellik ve problem çözme becerilerindeki yetersizlik gençlik intiharlarının habercisi olabilir mi? *Türk Psikoloji Dergisi*, 2003, 18(51): 37-52.
140. Erel Ö. Üniversite Öğrencilerinde Dürtüsellik, Riskli Davranışlar ve İstismar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adli Tıp Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2013.
141. Cohen ZP. Fiziksel ve Sözel Şiddet Davranışı ile Öfke Düzeyi ve Dürtüsellik Arasındaki İlişkinin İrdelenmesi, Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2014.
142. Yenilmez Y. Konversiyon Bozukluğunda Mizaç ve Karakter Özelliklerinin Dürtüsellik ve Öfke İfade Biçimleriyle İlişkisi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul, 2011.
143. Gözden Ş. Ergenlerdeki İntihar Davranışının Dürtüsellik, Öfke İfadesi Ve Aile Özellikleri Açısından Değerlendirilmesi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık tezi, İstanbul, 2013.
144. Çiftçi E. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2010.

145. Aslankoç R, Öztürk M, Yıldırım GN. Ebe ve hemşirelerin mesleki sorunları ve anksiyete ile ilişkisi, *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2001, 8.
146. Muşlu C, Baltacı D, Kutanis R, Kara İH. Birinci basamak ve hastanede çalışan hemşirelerde anksiyete, depresyon ve hayat kalitesi, *Konuralp Tıp Dergisi*, 2012, 4: 17-23.
147. Egeren LFV. The relationship between job strain and blood pressure at work, at home, and during sleep, *Psychosomatic Medicine*, 1992, 54: 337-343.
148. Heim E. Job stressors and coping in health professions, *Psychother. Psychosom.*, 1991, 55: 90-99.
149. Türkiye'deki hemşirelerin çalışma koşulları, www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/Upload/.../NÖBET+SOO...doc., 29 Mayıs 2015.
150. Bowlby J, Attachment and Loss, New York, Penguin Books, 1973, 2.
151. Deffenbacher JL, Oetting R, Huff E, Cornell GR, Christopher JD. Evaluation of two cognitive-behavioral approaches to general anger reduction, *Cognitive Therapy and Research*, 1996, 6(20): 551-573.
152. Uluç S. MMPI-2 depresyon, kaygı ve öfke içerik ölçeklerinin ölçüt geçerliği açısından değerlendirilmesi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008, 19(1): 57-66.
153. Muris P, Merckelbach H. Defense style, trait anxiety, worry, and bodily symptoms, Elsevier, 1994, 2(16): 349-351.
154. Yüksel A. Hemşirelerin Öfke Düzeyi ve Verimliliğe İlişkin Tutumlarının İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi, 2014.
155. Kaya N, Solmaz Ş. Bir üniversite hastanesinin kulak burun boğaz kliniğinde çalışan hemşirelerin öfke ve öfke ifadesi, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2009, 1(2): 56-64.

156. Bayrı F, Kelleci M. Hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile genel sağlık durumları arasındaki ilişki, *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 2009, 1(2): 65-70.
157. Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH, Schwartz I, Colditz G Association between psychosocial work characteristics and health functioning in american women: Prospective study, *British Medical Journal*, 2000, 320: 1432-1436.
158. Babaoğlan E. Aday öğretmenlerde öfke, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2007, 8(14): 30-36.
159. Keskin G, Gümüş A, Engin E. Bir grup sağlık çalışanında öfke ve mizaç özellikleri: İlişkisel bir inceleme, *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2011, 24: 199-20.
160. Akkoç MŞ. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Tolerans Düzeyleri ile Öfke Kontrolleri Arasındaki İlişki, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi, 2011.
161. Engin E. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Öfke Düzeyleri ile İş Motivasyonları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Doktora tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, 2004.
162. Kudiaki Ç. Migren ve Gerilim Tipi Baş Ağrısı Olan ve Olmayan Kişilerin Temas Biçimlerinin Anksiyete Ve Öfke Düzeyleri Açısından İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Doktora tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi, 2013.
163. Sayar K, Güzelhan Y, Solmaz M, Özer Ö, Öztürk M, Acar B, Arıkan M. Anger attacks in depressed Turkish outpatients, *Annals of Clinical Psychiatry*, 2000, 12 (4): 213-218.
164. Erdem M, Çelik C, Yetkin S, Özgen F. Yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9: 203-207.

165. Uzun C. Kişilerarası ilişkiler, öfke, benlik algısı ve anksiyete, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, Yüksek Lisan tezi, Ankara: Ankara üniversitesi, 2008.
166. Dedic G, Krstic J. Adaptation problems of soldiers to the military environment, *Vojnosanit Pregl*, 1996, 53: 19-24.
167. Çağatay SE. Üniversite Öğrencilerinin Çocukluk Çağı Travmatik Yaşantı Düzeyi ile Bağlanma Stilleri ve Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans tezi, İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi, 2014.
168. Bond M, Perry JC. Long-Term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders, *Am J Psychiatry* 2004, 161(9): 1665–1671.

8. EKLER

EK-1. Sosyo-Demografik Veri Toplama Formu

EK-2. Barrat Dürtüsellik Ölçeği

EK-3. Beck Anksiyete Ölçeği

EK-4. Çok Boyutlu Öfke Ölçeği

EK-5. Savunma Biçimleri Ölçeği

EK-6. Etik Kurul Kararı

EK-7. Anket Kurul Kararı

EK-8. Başhemşirelik İzni

EK-9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

EK-10. Özgeçmiş

EK-1.

HEMŞİRELERİN DÜRTÜSELLİK, ANKSİYETE VE ÖFKELERİ İLE SAVUNMA BİÇİMLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Sayın Katılımcı;

Bu anket, hemşirelerin dürtüsellik, anksiyete ve öfke düzeyleri ile savunma biçimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla hazırlanmıştır. Verilen bilgiler istatistiksel olarak değerlendirilecek ve bilimsel amaç için kullanılacaktır. Elde edilen sonuçlar bundan sonraki çalışmalar için yol gösterici olacaktır. Ankete katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Kabul eden katılımcılardan soruları içtenlikle yanıtlamaları rica edilmektedir.

Ankete katılmayı kabul ediyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır (neden?)

Burcu Çakar

GATA Acil Tıp Anabilim Dalı

brc-gata@hotmail.com

Tel: 304 30 47

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Birgül ÖZKAN

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ TOPLAMA FORMU

Tanıtıcı Özellikler

1) Yaşınız :

2) Cinsiyet : a) Erkek b) Kadın

3) Medeni durum : a) Evli b) Bekar c) Boşanmış

4) Eğitim durumunuz nedir ?

- a) Doktora
- b) Yüksek lisans
- c) Lisans
- d) Ön lisans
- e) Lise

5) Hangi birimde çalışıyorsunuz ?

- a) Dahili birim
- b) Cerrahi birim
- c) Yoğun bakım
- d) Acil servis

Çalışma Yaşamlarına İlişkin Özellikler

- 6) Kaç yıldır bu mesleği yapıyorsunuz ?
- 7) Bu birimde kaç yıldır çalışıyorsunuz ?
- 8) Aylık ortalama çalışma saatiniz nedir ?
- 9) Çalışma şekliniz nedir ?
a) Sadece gündüz mesai
b) Gece nöbet ve gündüz mesai
c) Sadece gece nöbet
- 10) Nöbet tutuyor iseniz aylık ortalama nöbet saatiniz nedir ?
- 11) Şu anda çalıştığımız birimden memnun musunuz ?
a) Memnunum
b) Memnun değilim
- 12) Çalıştığınız ortamda anksiyete yaşamınıza sebep olan durumlar nelerdir?
(Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
a) Çalışma saatlerinin uzun olması
b) Zamanla yarışmak zorunda olma
c) Hasta sirkülasyonunun fazla olması
d) Hayati tehlikesi olan hastaya yaklaşım
e) Fiziksel hastalığa sahip olma (vitamin eksikliği, hormonal düzensizlikler vs.)
f) Bilgi eksikliği
g) Diğer.....
- 13) Çalıştığınız ortamda sizi en fazla öfkeliendiren davranışlar nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
a) Önemsenmemek
b) Aşağılanmak
c) Eleştirilmek
d) Arkanızdan konuşulması
e) Saygı görmemek
f) Haksızlığa uğramak
g) Saldırgan davranışlar
h) Manüplatif davranışlar
ı) Diğer.....
- 14) Anksiyete yaşadığınızda ve öfkeliendiğinizde baş edebilmek için neler yapıyorsunuz ? (Birden fazla seçenek işaretlenebilir)
a) Ortamdan uzaklaşma
b) Derin nefes alıp verme
c) Kendi kendini telkin etme
d) Saldırgan davranma
e) Olayı unutmaya çalışma
g) Diğer.....

EK-2.
BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve altında, size en uygun seçeneği işaretleyiniz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım				
2. Düşünmeden iş yaparım				
3. Hızlı karar veririm				
4. Hiçbir şeyi dert etmem				
5. Dikkat etmem				
6. Uçuşan düşüncelerim var				
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım				
8. Kendimi kontrol edebilirim				
9. Kolayca konsantre olabilirim				
10. Düzenli para biriktiririm				
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam				
12. Dikkatli düşünen birisiyim				
13. İş güvenliğine dikkat ederim				
14. Düşünmeden birşeyler söylerim				
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim				
16. Sık sık iş değiştiririm				
17. Düşünmeden hareket ederim				
18. Zor problemler çözmeme gerektiğinde kolayca sıklırım				
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim				
20. Düşünerek hareket ederim				
21. Sıklıkla evimi değiştiririm				
22. Düşünmeden alışveriş yaparım				
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim				
24. Hobilerimi değiştiririm				
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım				
26. Düşünürken kafamda sıklıkla konuyla ilgisiz düşünceler olur				
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim				
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam				
29. Yap-boz/ puzzle çözmeyi severim				
30. Geleceğini düşünen birisiyim				

EK-3.**BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ**

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek etkilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

EK-4.

ÇOK BOYUTLU ÖFKE ÖLÇEĞİ AÇIKLAMA

Bu ölçek, insanların öfke konusunda duygu ve düşüncelerini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu kitapçıkta farklı bölümler halinde bazı ifadeler bulunmaktadır. Lütfen HER BİR İFADEYİ ayrı ayrı dikkatle okuyup, yandaki cevap bölümünde size uygun olan daireyi işaretleyin. Her sayfanın başında yer alan kısa açıklamayı mutlaka okuyun. Cevaplarınızı bu açıklamalara göre vermeniz gerekmektedir. Her madde için sadece size en uygun olan bir cevabı işaretleyin. Hiç bir maddenin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Size en uygun gelen cevap doğru olan cevaptır. Çalışmanın sağlıklı olabilmesi için içtenlikle ve dürüst olarak cevap vermeniz çok önem taşımaktadır. Hiç bir şekilde isim ya da kimliğe ait bilgiler vermeniz gerekmemektedir. Katkılarınız için şimdiden çok teşekkür ederiz.

Öfkelendiğinizde aşağıdaki belirtiler sizde ne sıklıkla ortaya çıkar?

	Hiç	Nadiren	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
1. Kendi kendine söylenmek.					
2. Kontrol kaybı.					
3. Kanın beyne fırladığını hissetmek.					
4. Yumruklarını sıkma.					
5. Dişlerini sıkma.					
6. Beynin zonklanması.					
7. Elin-ayağın titremesi.					
8. Hareketlerin hızlanması.					
9. Nefesin daralması					
10. Baş ağrısı					
11. Burnundan soluma.					
12. Zihnin allak bullak olması.					
13. Mantıklı düşünememe.					
14. Dudaklarını ısırma başlamak.					

Aşağıdaki durumlarda ne kadar kızarsınız?

	%0	%25	%50	%75	%100
1. Başkalarının önünde eleştirildiğinizde					
2. Eleştirildiğinizde					
3. Geçmişte sizi öfkeliendiren birşeyi hatırladığınızda.					
4. Bir işi yaparken engellendiğinizde.					
5. Tehdit edildiğinizde.					
6. Haksızlığa uğradığınızda.					
7. Birisi sizi hep aynı konuda kızdırdığında.					
8. Önem verdiğiniz şeyler küçümsendiğinde.					
9. Söylediğiniz bir şey yapılmadığında.					
10. Azarlandığınızda.					
11. Size hakaret edildiğinde.					
12. Aldatıldığınızda.					
13. Yapmadığınız bir şeyden dolayı suçlandığınızda.					
14. Sizin adınıza kararlar verildiğinde.					
15. Ailenize hakaret edildiğinde.					
16. Size saldırıldığında.					
17. Sizin için değerli bir şeyi karşınızdaki anlamadığında.					
18. Sudan sebepler yüzünden istedikleriniz yapılmadığında.					
19. Sizinle dalga geçildiğinde.					
20. Randevulara sadık kalınmadığında.					
21. İnsanlar yetkilerini kötüye kullandıklarında.					
22. Size saygısız davranıldığında.					
23. Önemsendiğinizde.					
24. Yalan söylendiğinde.					
25. Arkanızdan konuşulduğunda.					
26. Sizi sömürmeye çalıştıklarında.					
27. Sizi görmezden geldiklerinde.					
28. Karşınızdaki kendi sorumluluğunu almadığında.					
29. Düşüncelerinizi ifade edemediğinizde.					
30. İnsanlar başınızın etini yediklerinde.					
31. Size değer verilmediğini hissettiğinizde.					
32. Düşüncelerinize değer verilmediğinde.					
33. İnsanlar hadlerini bilmediğinde.					
34. Kişisel haklarınıza saldırıldığında.					
35. Söylediklerinizin tam tersi yapıldığında.					
36. Yaptığınız bir iş takdir edilmediğinde.					
37. Değiştiremeyeceğiniz şeyler olduğunda.					
38. Birisi sizinle konuşurken konuşmasını bölüp başkasıyla konuştuğunda					
39. İşler ters gittiğinde.					
40. Söyledikleriniz ters algılandığında.					
41. İnsanlar üzerlerine aldıkları bir işi yapmadıklarında.					

Aşağıdaki düşünceler, aklınızdan ne sıklıkla geçer

	Hiç	Nadiren	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
1. İnsanlar beni olduğum gibi görürlerse, geçinilmesi zor biri olduğumu anlarlar.					
2. Ne kadar çok pişmanlık duyacağım şey yapıyorum.					
3. Bana neler oluyor?					
4. Kendimden utanıyorum.					
5. Ailem için yeterince bir şey yapamadım.					
6. Hemen hemen her gün birşeylere öfkeleniyorum.					
7. İnsanlar nedense hep arkamdan konuşuyorlar.					
8. Zaman zaman başkalarına zarar verme dürtümü kontrol edemeyebilirim.					
9. İstedğim gibi bir hayat sürdüremedim.					
10. Düşündüğümden daha da öfkeliyim.					
11. Aslında insanların zannettiğinden daha çok öfkeliyim.					
12. Sevmediğim insanlara karşı kabalaşıyorum.					
13. Öyle öfkeliyim ki, kontrolümü kaybedeceğimi hissediyorum.					
14. İnsanlar bana genellikle patronluk taslıyor.					
15. İnsanlar sınırlarımı çok zorluyor.					
16. Hayatta çok fazla haksızlığa uğradığıma inanıyorum.					
17. İçimde öyle çok kin var ki, kimseye anlatamam.					
18. Haketmediğim şekilde yaşıyorum.					
19. Son zamanlarda kendimi çok aksi birisi gibi hissediyorum.					
20. Başkalarına asla güvenmemeliyim.					
21. Patlamaya hazır bir barut gibiyim.					
22. Ne kadar çok sevmediğim insan var.					
23. Günahlarımdan dolayı affedilebilecek miyim?					
24. Bazen insanlar benimle alay ediyorlar gibi geliyor.					
25. Sanki bütün dünyanın yükünü ben taşıyorum.					
26. Bu yapılan iyi şeylerin altında acaba ne var?					
27. Hoşlanmadığım kurallara neden uyayım diye düşünürüm.					
28. Son günlerde ne kadar çok şeye öfkelendiğimi farkettim.					
29. Başarısızlıklarım beni utandırıyor.					
30. Herkes benim hiç öfkelenmediğimi sanır.					

Sizi öfkelen diren bir durumda kaldığınızda aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?

	Hiç	Nadiren	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
1. Soğukkanlılığımı korurum.					
2. Sinirimi boşaltmaya çalışırım.					
3. Bana nasıl böyle bir haksızlık yapıldığını düşünürüm.					
4. Kontrolümü kaybedeceğim düşüncesine kapılırım.					
5. Bunlar başıma neden geliyor diye düşünürüm.					
6. Ne yapacağımı düşünürüm.					
7. Sağa-sola vururum.					
8. Çözümeye yönelik düşünmeye başlarım.					
9. İnsanlar bana bağırırsa ben de onlara bağırırım.					
10. Benimle aynı fikirde olmayan insanlarla tartışmaya girmekten kendimi alamam.					
11. Şiddet gösteririm.					
12. Gözümeye bir şey gözükmmez.					
13. En iyi savunma saldırıdır diye düşünürüm.					
14. Unutmaya çalışırım.					
15. Herkes kadar ben de kavga ederim.					
16. Haklarımı korumak için fiziksel şiddete başvurmam gerekirse, yaparım.					
17. Daha da sakinleşmeye çalışırım.					
18. Kendime sürekli sakin ol diye telkinlerde bulunurum.					
19. Sakinleşmek için olayın nedenlerini sorgularım.					
20. Kendi kendine geçmesini beklerim.					
21. Kendimi sakinleştirmeye çalışırım.					
22. Hoşlanmadığım fikirlerimi örtbas etmeye çalışırım.					
23. Umutsuzluğa düşerim.					
24. Kendimden başka bir şey düşünemem.					
25. Öfkemi göstermem.					
26. Soğukkanlılığımı kaybettiğim zaman, birine tokat atabilirim.					

Sizi öfkeliendiren bir insan karşısında aşağıdaki davranışları ne sıklıkla gösterirsiniz?

	Hiç	Nadiren	Arada sırada	Sıklıkla	Her zaman
1. Kendini suçlu hissetmesi için uğraşırım.					
2. Beni bu şekilde sınırlandırmaya hakkı yok diye düşünürüm.					
3. Onu mahvetmek isterim.					
4. Onu hiç önemsemediğimi gösteren bir davranış yaparım.					
5. Anında parlarım.					
6. Sonuna kadar götüremeyeceğim tehditleri sıkça savururum.					
7. Hakaret ederim.					
8. Karşımdakini cezalandırmak isterim.					
9. Dedikodusunu yaparım.					
10. Hakkında düşündüklerimi ona söylerim.					
11. Burnunun ortasına bir yumruk hak ediyor diye düşünürüm.					
12. Bunu kasıtlı yapıyor diye düşünürüm.					
13. Beni sevmediğini düşünürüm.					
14. Beni önemsemediğini düşünürüm.					
15. Karşımdakinden intikam almak isterim.					
16. Ona her türlü kötülüğü yapmak isterim.					
17. O anda öcümü almak isterim.					
18. Onu aşağılamak isterim.					
19. Bana böyle acı çektirmemeliydi diye düşünürüm.					
20. İstediklerinin tam tersini yaparım.					
21. Gereksiz konuşmam, ilgi göstermem.					
22. Saatlerce öfkeli kalırım.					
23. Beni hayal kırıklığına uğrattı diye düşünürüm.					
24. Bana patronluk taslıyor diye düşünürüm.					
25. Kendimi savunarak konuşurum.					
26. Onu yaptığına pişman ettirmek isterim.					
27. Kendini ne sanıyor diye düşünürüm.					
28. Yüksek sesle bağırırım.					
29. Aklımdan neyi yanlış yaptım diye geçer.					
30. Nasıl tepkiler vereceğimi düşünürüm.					
31. Sakin olmaya çalışırım.					
32. Kendimi kontrol etmem gerektiğini düşünürüm.					
33. Onu yenmeye çalışırım.					
34. Ona, neye yol açtığını iyice göstermeye çalışırım.					
35. İçimden onun ne kadar aşağılık biri olduğu geçer.					
36. Benden istediklerini yapmam.					
37. Ona mutlaka birşeyler söylemem gerektiğini düşünürüm.					
38. Kim olduğumu ona gösteririm.					
39. Benimle alay ettiğini düşünürüm.					
41. Canı kavgaya istiyor diye düşünürüm.					
42. İçime kapanırım.					
43. Gülerim.					
44. Hiç aldırmam.					
45. Görmezden gelirim.					
46. Suçu kendimde ararım.					
47. Ben ondan bunun acısını çıkarırım diye düşünürüm.					

EK-5.

SAVUNMA BİÇİMLERİ TESTİ

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1' den 9' a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı (x) şeklinde işaretlemek suretiyle gösteriniz.

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunun düşünmemeyi becerebilirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım (resim, el işi, ağaç oyma)

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimlidir.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermenmişim gibi tehlikelere aldırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Birşey canımı sıktığında çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Her zaman doğruyu söylemem.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Birçok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbirşeyden korkmam.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
22. Bana göre insanlar ya iyi ya da kötüdürler.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
36. Ne kadar yakınırsam yakınyım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun
40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

EK-6.

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA



EĞT.ÖĞT. : 50687469-1491 - 233 - 15/1648.4-497

06 Mart 2015

KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

Svl.Me.(Hem.)Burcu ÇAKAR'a

İLGİ : GATA K.İğininin 19 Ağustos 2014 tarihli, HRK.EĞT.:50687469-1280-2190-14/Eğt.Öğt.(3) 1511-2913 sayılı ve "GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kurulu Üye Görevlendirmesi" konulu yazısı.

1. GATA Etik Kurulu'nun 03 Mart 2015 günü yapılan 05 'nci GATA Acil Tıp AD.Bşk.İğında görevli Svl.Me.(Hem.)Burcu ÇAKAR'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Hemşirelerin Dürtüsellik, Anksiyete ve Öfkeleri İle Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı, tek merkezli, tanımlayıcı araştırma olan araştırma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

2. Anket uygulaması yapılacak tüm çalışmalar ilgi emir gereği GATA Anket Kurulundan onay almak şartıyla araştırmalarını uygulayabileceklerdir.

Rica ederim.

Bülent BEŞİRBELLİOĞLU
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Etik Kurulu Başkan Vekili

E K İ :
Bir Adet Etik Kurul Raporu (Def,Kyt,No:125)

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası : Svl.Me.F.ÇİĞDEM (Tel : 2298)

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

TURUM NO : 05
OTURUM TARİHİ : 03 Mart 2015
DEFTER .KAYIT NO : 125
OTURUM BAŞKANI : Prof. Hv. Tbp. Tuğg. Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Tuğg. Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Etik Kurulu'nun 03 Mart 2015 günü yapılan 05'nci oturumunda GATA Acil Tıp AD.Bşk.lığında görevli Svl.Me.(Hem.)Burcu ÇAKAR'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Hemşirelerin Dürtüsellik, Anksiyete ve Öfkeleri ile Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı, tek merkezli, tanımlayıcı araştırma olan araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

ÜYE

TOPLANTIYA KATILMADI

TOPLANTIYA KATILMADI

Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Tuğg.

Bülent BEŞİRBELLİOĞLU
Prof.Tbp.Tuğg.

Rıdvan AKIN
Prof.Tbp.Alb.

Yaşar Meriç TUNCA
Prof.Dış Tbp.Alb.

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

Bülent GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

Fuat TOSUN
Prof.Hv.Tbp.Alb.

Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.

Ömer DENİZ
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE

Suzi DEMİRBAĞ
Prof.Tbp.Alb.

TOPLANTIYA KATILMADI
Ahmet KORKMAZ
Prof.Hv.Tbp.Alb.

Harun TUĞCU
Prof.Tbp.Alb.

Muharrem UÇAR
Doç.Dr.J.Tbp.Alb.

Emine İYIGÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ Alb.

HİZMETE ÖZEL


HİZMETE ÖZEL

EK-7.

HİZMETE ÖZEL

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ANKARA


02 Nisan 2015

HRK.EĞT. : 50687469-3730- **967** -15/ Eğt.Öğt.(3) 1511-**1252**

KONU : Bilimsel Çalışma Talebi

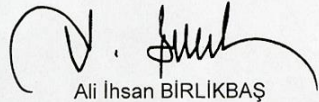
KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞINA

İLGİ: TSK Sağlık Komutanlığının 26 Mart 2015 tarihli HRK.:26702250-3730-41449-14/Hrk.ve Eğt.Ş.(Eğt.PI.-2) 8801431 sayılı ve "Bilimsel Çalışma Talebi" konulu emri.

1. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde hemşirelik yüksek lisans eğitimine devam eden GATF Acil Tıp AD.Bşk.ığında görevli Svl.Me.Hemş.Burcu ÇAKAR'ın, "Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Dürtüsellik, Anksiyete ve Öfkeleri ile Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tezinin anket çalışmasını GATF Eğitim Hastanesinde yapma talebinde bulunduğu bildirilmiş, konuyla ilgili görüşlerin TSK Sağlık Komutanlığına gönderilmesi emredilmiştir.
2. Svl.Me.Hemş Burcu ÇAKAR'ın, çalışmayı sadece GATF Eğitim Hastanesinde yapacak şekilde yeniden planladığı, çalışmanın adını "Hemşirelerin Dürtüsellik, Anksiyete ve Öfkeleri Düzeyleri ile Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi" olarak değiştirdiği belirtilerek, çalışmaya ilişkin görüşler TSK Sağlık Komutanlığına gönderilmiştir.
3. TSK Sağlık Komutanlığı ilgi ile, yapılan değişiklikler kapsamında çalışmanın değerlendirilmesini ve onayın GATA Komutanlığına verilmesini emretmiştir.
4. Söz konusu çalışmanın GATF Eğitim Hastanesinde yürütülmesi,
 - a. Çalışmada hastane ismi telaffuz edilmemesi,
 - b. Kurumların birbirleriyle kıyaslanması ile kurumsal kültür ve disiplin konularında herhangi bir yanlış anlaşılmaya sebebiyet verilmemesi için gereken özenin gösterilmesi,
 - c. GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme Kuruluna verilen "Araştırma Planı"na sadık kalınması,
 - ç. Çalışma sonucunda elde edilen veriler kullanılmadan önce GATA Komutan Bilimsel Yardımcılığının görüşünün alınması koşuluyla uygun bulunmuştur.

Arz ederim.

GATA KOMUTANI EMRİYLE


Ali İhsan BİRLİKBAŞ
Muhabere Kurmay Albay
Kurmaya Başkanı

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası: Eğt. Üzm. Ahmet ŞİMŞEK (Tel:2185)

HİZMETE ÖZEL

EK-8.

Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik bölümü yüksek lisans öğrencisi olan GATA Acil Tıp AD Bşk.lığında görevli Burcu Çakar (G2007-75)'in "Hemşirelerin Dürtüsellik, Anksiyete ve Öfkeleri ile Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi " adlı tez çalışmasını GATA'da çalışan hemşire grubuna uygulaması uygundur.



S. Gonca Gül GENÇ
Sağ. Alb.
GATF Eğt. Hst. Bşhem.

EK-9.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programı tarafından yürütülen “Hemşirelerin Dürtüsellik, Anksiyete Ve Öfke Düzeyleri İle Savunma Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Amacı: Hemşirelerinin dürtüsellik, anksiyete ve öfke düzeyleri ile savunma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.
- b. Araştırmanın İçeriği: Hemşirelerin, verimli ve etkili çalışabilmesi ve hastalara kaliteli bakım verebilmesi için dürtülerini, anksiyetelerini ve öfkelerini kontrol altına almaları ve bunlara yönelik savunma biçimlerini saptamaları gerekmektedir.
- c. Araştırmanın Nedeni: Bilimsel araştırma Tez çalışması
- d. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 1 yıl
- e. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 370
- f. Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Bu araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin dahili birim, cerrahi birim, yoğun bakım ve acil servisinde çalışan hemşireler üzerinde yapılacaktır.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Araştırmacının
Adı-Soyadı:.....
İmzası:

Ek-10. ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER	
Adı Soyadı	: Burcu ÇAKAR
Doğum tarihi	: 16.12.1986
Doğum yeri	: İZMİT/ KOCAELİ
Medeni hali	: BEKAR
Uyruğu	: T.C.
Adres	: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara
Tel	: 541 512 0987
E-mail	: brc-gata@hotmail.com
EĞİTİM	
Lise	: Çağlayan Lisesi
Lisans	: GATA Hemşirelik Yüksek Okulu
Yüksek lisans	: Ankara Üniversitesi Sağlık bilimleri Fakültesi Disiplinler Arası Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı
YABANCI DİL BİLGİSİ	
İngilizce	: Orta