



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



**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HEMŞİRELERDE UYKU KALİTESİ İLE ÖFKE İFADE
TARZI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Sevgi ALDEMİR

**OCAK 2021
DENİZLİ**

TC
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HEMŞİRELERDE UYKU KALİTESİ İLE ÖFKE İFADE TARZI
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
HEMŞİRELİK ESASLARI PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

Sevgi ALDEMİR

Tez Danışmanı: Dr. Öğretim Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU

Denizli, 2021

Bu tezin tasarımı, hazırlanması, yürütülmesi, araştırılmalarının yapılması ve bulgularının analizlerinde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini; bu çalışmanın doğrudan birincil ürünü olmayan bulguların, verilerin ve materyallerin bilimsel etiğe uygun olarak kaynak gösterildiğini ve alıntı yapılan çalışmalara atfedildiğini beyan ederim.

Öğrenci Adı Soyadı : Sevgi ALDEMİR

İmza :

ÖZET

HEMŞİRELERDE UYKU KALİTESİ İLE ÖFKE İFADE TARZI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sevgi ALDEMİR

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik AD

Tez Yöneticisi: Dr. Öğretim Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU

Ocak 2021, 88 Sayfa

Araştırma, hemşirelerde uyku kalitesi ile öfke ifade tarzı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcı tiptedir. Araştırma Şubat 2020-Kasım 2020 tarihleri arasında Isparta Şehir Hastanesi'nde yapılmıştır. Örneklemi, belirtilen hastanede çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 340 hemşire oluşturmıştır. Veriler veri toplama formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin analizinde SPSS (IBM SPSS Statistics 24) paket programı kullanılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, Bonferroni düzeltmeli testi, Spearman Korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin %83,5'i kadın, %39,3'ü 36-44 yaş grubunda, %73,2'si evli ve %74,7'si lisans mezunudur. Hemşirelerin %52,4'ünün sabırlı/sakin olduğu, %46,8'inin kendilerini en çok öfkeliendiren konunun haksızlık olduğu, %32,4'ünün öfkesini ifade ederken ses tonunu yükselttiği ve %79,7'sinin öfke eğitimi almadığı belirlenmiştir. Hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puanı $8,26 \pm 2,88$ olup, %83,8'i kötü uyku kalitesine sahiptir. Yapılan bu çalışmada hemşirelerin sürekli öfke puanı $20,42 \pm 5,11$, öfke kontrol puanı $21,49 \pm 4,49$, öfke dışı puanı $14,28 \pm 3,73$ 'dür. Çalışmada hemşirelerin gelir gider durumuna, kendi sağlık algısına, çalışılan birime ve çalışma biçimine göre uyku kalitelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Hemşirelerin cinsiyet, yaş, çocuk sayısı, gelir durumu, kendi sağlık algısı, sigara ve alkol kullanımı, kendini tanımlama şekli, öfke ifade biçimi, hemşirelerin hizmet süresi ve bir vardiyada baktığı hasta sayısına göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Hemşirelerin PUKİ ile sürekli öfke puanı arasında pozitif yönde; öfke kontrol puanı arasında negatif yönde; öfke içe puanı arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak hemşirelere mezuniyet sonrasında öfke ifadesi ve öfke kontrolü ile ilgili düzenli hizmet içi eğitimlerin yapılması, hemşirelerin çalışma saatlerinin uyku kalitelerini artırmaya ve öfke yönetimlerini sağlamaya yönelik olarak düzenlenmesi, uzun süren vardiyaların ve nöbet sıklığının azaltılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, Öfke İfade Tarzı, PUKİ Uyku Kalitesi, Sürekli Öfke, Uyku

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN SLEEP QUALITY AND ANGER EXPRESSION STYLE IN NURSES

ALDEMİR, Sevgi

M.Sc, Thesis in Nursing

Supervisor: Dr. Gülay YİĞİTOĞLU (RN, PhD)

January 2021, 88 Pages

The research is cross-sectional and relationship-seeker in order to examine the relationship between sleep quality and anger expression style in nurses. February 2020 November 2020 the research was conducted at Isparta City Hospital. Its sample consisted of 340 nurses who worked at the specified hospital and volunteered to participate in the study. Data was collected through the data collection form, the Pittsburgh Sleep Quality Index, State Anger and Anger Expression Scale (SAAES). SPSS (IBM SPSS Statistics 24) Package program was used to analyze the data. Data were evaluated by number, percentage, average, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis H, Bonferroni correction test, Spearman correlation coefficient. 83.5% of the nurses involved in the study were women, 39.3% were in the age group of 36-44 years, 73.2% were married and 74.7% were undergraduate graduates. It was determined that 52.4% of nurses were patient/calm, 46.8% were unfair on the subject that made them most angry, 32.4% raised the tone of voice when expressing their anger, and 79.7% did not receive anger training. The Pittsburgh Sleep Quality Index Score of nurses was 8.26 ± 2.88 , and 83.8% had poor sleep quality. In this study, the nurses' state anger score was 20.42 ± 5.11 , the anger control score was 21.49 ± 4.49 , and the anger out score was 14.28 ± 3.73 . In the study, a statistically significant difference in sleep quality was found according to nurses' income and expense status, their own health perception, the unit studied, and the way they worked ($p < 0,05$). The nurses' gender, age, number of children, income status, their perception of Health, smoking and alcohol use, self-identification form, anger expression, the service of nurses at shift time and the number of patients, according to the size of the scale the average score in trait anger anger expression and lower no statistically significant difference was found ($p < 0,05$). A statistically significant association was found between the nurses' PUKI and continuous anger score in a positive direction; between the anger control score in a negative direction; between the anger in score in a positive direction. Based on these findings, it is recommended that nurses conduct regular in-service training on anger expression and anger control after graduation, nurses' working hours should be organized to improve sleep quality and ensure anger management, reducing long shifts and seizure frequency.

Keywords: Nurse, Anger Expression Style, PUKI Sleep Quality, Trait-state Anger, Sleep

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana sevgi, şefkat, anlayış ve iyi niyet göstererek her konuda fazlası ile yardımcı olan, akıl tutulması yaşadığım zamanlarda bile sabır gösteren, tecrübelerinden fazlası ile yararlandığım tez danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU'na,

Kendisini tanımaktan onur duyduğum, tecrübelerinden yararlandığım daha fazla süre öğrenim hayatımda olmalıydı diye düşündüğüm hocam Prof. Dr. Nevin KUZU KURBAN'a,

Yüksek lisans eğitimim süresince bana her konuda destek olan, kendilerini abla anne gibi hissettiren değerli hocalarım Dr. Öğretim Üyesi Sümeyye ARSLAN'a ve Dr. Gülbanu ZENCİR'e,

Yüksek lisans seminerinde tecrübeleriyle ışık olan tüm Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümü hocalarıma,

Çalışmama katılımcı olarak destek olan Isparta Şehir Hastanesi hemşirelerine, yüksek lisans eğitimimde aynı programda dönem arkadaşlarım olan ve beni motive ederek destekleyen sevgili dostlarım Gözdenur ÇOBAN ve Elif SOYDEMİR'e, yardımları ve desteklerinden ötürü okul müdürüm Sayın Mustafa KÜPELİ' ye ve çok değerli meslektaşlarıma en içten minnetlerimi sunarım.

Hayatım boyunca her koşulda yanımda olan aileme, en büyük hayalimi gerçekleştirmemde yegane destekçim olan hayat arkadaşım Hakan ALDEMİR'e, her hafta eğitim için ayrı kaldığımız zamanlarda bile surat asmayıp küçücük yaşıyla bana anlayış gösteren boncuk kızım Ece'ye ve çok sevdiğim öğrencilerime büyük bir özveriyle hazırlanmış bu tezi ithaf ediyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	v
TEŞEKKÜR.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Amaç.....	5
2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI	6
2.1. Uykunun Tanımı, Fizyolojisi ve Evreleri.....	6
2.1.1. Uykunun tanımı.....	6
2.1.2. Uykunun fizyolojisi.....	6
2.1.3. Uykunun evreleri	7
2.1.3.1. NREM evresi (Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku).....	8
2.1.3.2. REM evresi (paradoksal uyku, desenkronize uyku)	9
2.2. Uykunun İşlevi, Uyku Gereksinimi, Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, Hemşirelik ve Uyku	10
2.2.1. Uykunun işlevi.....	10
2.2.2. Uyku gereksinimi, uyku kalitesi ve etkileyen faktörler	11
2.2.3. Hemşirelik ve uyku	14
2.3. Öfke Kavramı ve Kuramsal Yaklaşım.....	15
2.3.1. Öfke kavramı.....	15
2.3.2. Öfke kavramına kuramsal yaklaşım	17
2.4. Öfkenin İşlevi, Nedenleri, Öfke Türleri, Öfke İfade Tarzları ve Öfke Anında Ortaya Çıkan Tepkiler	19
2.4.1. Öfkenin işlevi.....	19
2.4.2. Öfkenin nedenleri.....	20
2.4.3. Öfke türleri	22
2.4.4. Öfke ifade tarzları ve öfke esnasında ortaya çıkan tepkiler.....	22
2.4.4.1. Öfkenin boyutları ve öfke esnasında ortaya çıkan tepkiler.....	23
2.4.4.2.Öfke ifade tarzları.....	24
2.5. Öfke Kontrolü, Hemşirelik ve Öfke	26
2.5.1. Öfke kontrolü.....	26
2.5.2. Hemşirelik ve öfke.....	30
2.6. Hemşirelik Alanında Uyku ve Öfke ile İlgili Yapılmış Çalışmalar	31

2.7. Araştırmanın Hipotezleri.....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	33
3.1. Araştırmanın Şekli.....	33
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	33
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	33
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	34
3.5. Veri Toplama Araçları	34
3.6. Araştırmanın Uygulanması.....	37
3.7. İstatistiksel Analiz.....	37
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	38
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	38
4. BULGULAR	40
4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Çalışma Ortamına İlişkin Bulgular	41
4.2. Hemşirelerin Uyku Durumlarına İlişkin Bulgular.....	44
4.3 Hemşirelerin Öfke Durumlarına İlişkin Bulgular	49
5. TARTIŞMA.....	62
5.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Çalışma Ortamına İlişkin Bulguların Tartışılması	62
5.2. Hemşirelerin Uyku Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	65
5.3. Hemşirelerin Öfke Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	70
6. SONUÇ.....	77
6.1. Sonuçlar.....	77
6.2. Öneriler	79
7. KAYNAKLAR	80
8. ÖZGEÇMİŞ	88
9. EKLER	
EK-1.Veritoplama Formu	
EK-2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	
Ek-3. Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarz Ölçeği	
Ek-4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni	
Ek-5. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Kullanım İzni	
Ek-6. Etik Kurul İzni	
Ek-7. Kurum İzni	
Ek-8. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi	

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 4.1.1 Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı	41
Tablo 4.1.2 Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerinin dağılımı	43
Tablo 4.2.1 Hemşirelerin PUKİ uyku kaliteleri ve PUKİ puan ortalamalarının dağılımı	44
Tablo 4.2.2 Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre PUKİ puan ortalamaları	45
Tablo 4.2.3 Hemşirelerin çalışma ortamına göre PUKİ puan ortalamaları	48
Tablo 4.3.1 Hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları.....	49
Tablo 4.3.2 Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları	50
Tablo 4.3.3 Hemşirelerin çalışma ortamına göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları	58
Tablo 4.3.4 Hemşirelerin PUKİ ile SÖÖİTÖ puanları arasındaki ilişkiye ait dağılım	60

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

EEG	Elektroensefalografi
GABA	Gamma aminobutirik asit
NREM.....	Non-Rapid eye movement
PUKİ.....	Pittsburgh uyku kalitesi indeksi
REM	Rapid eye movement
SÖÖTÖ	Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği
TDL.....	Travay doğum loğusa

1. GİRİŞ

İnsanın sağlıklı olabilmesi için fiziksel, sosyal, kültürel ve psikolojik gereksinimlerinin bir bütün olarak karşılanması gerekmektedir (Üstün ve Çınar Yücel 2011). Uyku, Maslow'un gereksinimler hiyerarşisinin ilk basamağı olan fizyolojik gereksinimler bölümünde yer alır ve insanın en temel ihtiyaçlarından biridir (Borzooy ve Behzadı 2015). Uyku ile yalnız beynin dinlenmesi gerçekleşmez. Uykunun asıl fonksiyonu vücudun kendini yenilemesi ve vücudu sonraki güne hazırlamasıdır (Öztek 2018). Çeşitli evrelerden oluşan uykunun her bir evresinde farklı biyokimyasal reaksiyonlar gerçekleşmekte ve her evrenin uyku kalitesi üzerine katkıları bulunmaktadır (Yalın ve Kürtüncü 2017, Şevik Erdöl 2018).

Özellikle gece uykusunun, tüm yaşlarda sağlıklı ve kaliteli yaşamın sürdürülmesinin en önemli bileşenlerinden biri olduğu ifade edilmektedir. Çoğu insan, rahatsız bir uyku gecesinin ardından duygusal reaktivitesinin nasıl olumsuz etkilenebildiğini tecrübe edebilmektedir. “Yatağın yanlış tarafından uyanmak” deyimini, normal günlük konuşmalarda bile, somurtkan ve çabuk sinirlenme hallerinin kötü uyku kalitesine bağlandığını göstermektedir (Kamphuis ve Lancel 2015).

Uyku kalitesinin uykuya dalma süresi (uyku latensi), uykuda geçen süre ve bir geceki uyanma sayısı gibi sayısal yönleri ile uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi daha öznel tarafları vardır (Günaydın 2014, Gökoğlu Güler 2018). Uyku kalitesi yaş, cinsiyet, yaşam biçimi, çalışma koşulları, çevre, alışkanlıklar gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Uzun bir dönem uykusuz kalan kişilerde irritabilite belirtileri (öfke, anksiyete, huzursuzluk, apati, konsantrasyon güçlüğü) görülebilmektedir (Şevik Erdöl 2018).

Günümüzde hem sosyoekonomik hem de sosyopolitik nedenlerden dolayı gündüz çalışmasının yanında gece çalışması da zorunlu bir hal almıştır. Bu koşullarda çalışan bireylerin, uyku-uyanıklık dönemlerini düzenleyen sistemlerinde aksaklıklar ortaya çıkmakta ve uyku kaliteleri bozulmaktadır (Üstün ve Çınar Yücel 2011, Taş 2012).

Hemşireler, çalışma hayatının yoğun geçtiği, kesintisiz hizmet veren ortamlardan biri olan hastanelerde, hasta ve yakınlarının her türlü sorunlarında ilk

başvurdukları sağlık ekibi üyesidir. Bu görevleri nedeniyle sağlık ekibi üyeleri arasında iletişimde kilit rol oynayan kişilerdir (Er 2013, Çelik Durmuş ve Yıldırım 2018). Bu hizmeti veren kişilerden her durumda kaliteli sağlık hizmeti vermeleri ve çalışma ortamlarında doğru iletişim kurmaları beklenmektedir. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunulması için sağlık personelinin kapasitesini, performansını ve sağlığını destekleyici bir çalışma ortamına sahip olmalıdır (Mollaoğlu vd 2010, Öztürk 2019).

Çalışma ortamlarında hemşirelerin sağlığını ve güvenliğini tehdit edici fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal faktörler bulunmaktadır (Er 2013). Bunların yanında çalışma sistemi/şekli ve çalışma süresi gibi kurumsal faktörler de, iş sahasında hemşirelerin sağlığını ve güvenliğini etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda vardiyalı çalışmanın hemşirelerin fizyolojik ve psikolojik sağlığını olumsuz etkilediği belirtilmektedir (Berger ve Hobbs 2006, Selvi vd 2010, McDowall vd 2017, Niu vd 2017, Alcan 2019).

Uzun saatler ve çeşitli vardiyalarda çalışan hemşireler uyku bozuklukları gibi rahatsızlıklar yaşamakta ve hemşirelerin uyku kaliteleri olumsuz etkilenmektedir. Uyku kalitesi hemşireler için dikkat gerektiren önemli bir konudur. Çünkü uyku yoksunluğunun hemşirelerin performansı ve verimliliği üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Klinik hatalar ve istenmeyen etkiler uykusuzluk nedeniyle ortaya çıkabilmektedir (Khatony vd 2020). Dahası, uyku yoksunluğunun bireyin sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Uyku yoksunluğu kişide sinirliliğe, psikolojik rahatsızlıklara, iletişim becerilerinde azalmaya, çalışma ortamında duygusal başa çıkma becerilerinin bozulmasına, dikkatsizliğe, yorgunluğa, devamında ise gastrointestinal, kardiyovasküler sistemle ilgili bozukluklara, kansere, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesine, mesleki doyumsuzluğa ve kontrolsüz öfke yaşanmasına yol açabilmektedir (İlhan 2014, Khatony vd 2020).

Öfke, engellenme, adaletsizlik, haksızlık ve kişisel benliğe yönelik bir tehdit karşısında, bireyin kendini savunmak ve karşısındakini uyarmak maksadıyla sergilediği bir duygulanım biçimidir (Portakal 2018). Başka bir tanımda ise öfke, bireysel tehdit ve engellenme durumunda tehdidin özelliğine göre ortaya çıkan iç sıkıntısına karşı gelişen hoşnutsuzluk durumundan, kızgınlık ve şiddet durumuna kadar değişiklik gösterebilen bir duygudur (Günüşen Partlak 2016).

Öfke sık olarak olumsuz bir duygu olarak onaylansa da, kişiyi zor ve tehlikeli olan durumlara hazırlayan ve koruyan bir yönü de bulunmaktadır. Asıl önemli olan, öfkenin kontrolü, şiddeti ve ifade edilme tarzıdır (Duran vd 2016, Sonkaya vd 2017). Uygun biçimde ifade edilmeyen öfkenin; kişinin yalnızlaşmasında, çevresinin kendinden uzaklaşmasında, benlik saygısının azalmasında, aile içi ve kişilerarası çatışmalarda ve suçluluk duygusu yaşanmasında payı bulunmaktadır (Baran 2009,

Duran vd 2016). Öfkenin sağlıklı şekilde ifade edilememesi, bireyin enerjisini tüketeceği gibi davranışlarını kontrol etmesini de güçleştirir. Uygun ifade edilmemiş öfke ile birey içten içe kızgınlık ve gücenme duyguları hissetmektedir (Bayrı 2007).

Hemşirelik, öfke duygusunun yoğun hissedildiği mesleklerden biridir (Öztürk 2019). Hemşirelerin öfke eğilimini etkileyen çeşitli faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada, hemşirelerin sürekli öfkelerinin yüksek düzeyde olduğu ve öfkelerini sağlıklı olarak ifade edemedikleri tespit edilmiştir (Cebeci 2018). Hemşireler, yoğun çalışma şekline, çalışma ortamından ve bireysel nedenlerden dolayı yaşadıkları engellenmeler nedeniyle öfke duygusu yaşayabilmektedirler (Yılmaz 2009). Öfke duygusu hemşirelerin hemşirelik bakımını, hastaları ve çalışma arkadaşları ile olan ilişkilerini etkilemektedir (İlhan 2014, Cebeci 2018).

Hemşireler vardiyalı çalışmanın neden olduğu tüm olumsuzluklara, iş yaşamları boyunca maruz kalmaktadır. İnsanlara sürekli sağlık hizmeti götüren hemşirelerin doğal, biyolojik ritimlerine uymayan çalışma biçimlerini devam ettirme zorunlulukları uyku kalitelerini olumsuz etkilemektedir (Üstün ve Çınar Yücel 2011, Karakaş vd 2017). Vardiyalı çalışmanın getirmiş olduğu uykusuzluk öfkeye zemin hazırlamakta ve bunun sonucunda hemşirelerde öfke yönetiminde zorlanmalar olabilmektedir (Taş 2012, Öztekin 2018).

Uyku kalitesinin öfke, düşmanlık ve saldırgan davranışlarla ilişkilerinin olabileceği belirtilmektedir. İnsan ve hayvanlarla yapılan çalışmalardan elde edilen kanıtlar, uyku yoksunluğunun ve yetersiz uykunun öfkeye, sinirliliğe ve saldırganlığın artmasına neden olabileceğini göstermektedir (Kamphuis ve Lancel 2015). Birkaç çalışmada (Granö vd 2008, Lund vd 2010, Tsuchiyama vd 2013) uyku ve öfke arasında korelasyon bulunmuştur. Örneğin, Tsuchiyama ve diğerleri (2013), 61 sağlıklı Japon yetişkinde düşmanlık ve öznel uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmada uykuyu ölçmek için Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) ve aktigrafi cihazıyla veri toplamıştır. Kendine karşı düşmanlık puanının, PUKİ puanı yüksek (uyku kalitesi düşük) olanlarda anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Saldırgan ve saldırgan olmayan popülasyonlarda yapılan çalışmalarda, saldırgan olmayan gruplardan kişilerin bildirdikleri uyku güçlükleri ile öfke duyguları, düşmanca eğilimler ve sorunlu agresif davranışlar arasında anlamlı korelasyonlar olduğunu göstermiştir. Saldırgan olan gruplarda az sayıda çalışma ile uyku sorunlarının saldırganlığa potansiyel katkısı araştırılmıştır. Sonuçlar, bu gruplardaki uyku güçlüklerinin sadece saldırganlığın nasıl algılandığı ile değil, aynı zamanda gerçek saldırgan davranışlarla da ilişkili olduğunu göstermiştir (Kamphuis ve Lancel 2015). Tayvan'da 62 hemşire ile yapılan prospektif bir çalışmada, hemşireler vardiya şekillerine göre 3 gruba ayrılmış, her bir hemşire uyku günlüğü tutmuş ve aktigrafi kullanmıştır. Sonuçta vardiya rotasyonlarının, uyku-

uyanıklık döngüsünü etkileyerek çeşitli bozukluklara (sirkadiyen-ritm problemleri, uyku bozuklukları) neden olabileceği, uyku kalitesinin bireysel ve iç faktörlerden etkilendiği bulunmuştur (Niu vd 2017).

Türkiye’de hemşirelerde uyku kalitesi ile ilişkili birçok çalışma yapılmıştır (Taş 2012, Günaydın 2014, Kaçan vd 2016, Çetinkol 2018, Dönmez vd 2018, Dağcan 2019, Alcan 2019). Dönmez ve diğerleri (2018) çalışmalarında hemşirelerin yetersiz uyuduklarını düşündüklerini, fizyolojik ve psikolojik olarak bu durumdan etkilendiklerini bildirmişlerdir. Doğan ve diğerleri (2019) vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesini incelemiş, vardiyalı çalışan hemşirelerin düşük uyku kalitesine sahip olduğu, çocuk sahibi olma, ekonomik durum, ilaç kullanımı ve ek iş yapma durumu, gece vardiyasının getirdiği zorluklar, sosyal hayatı ve aile ilişkilerini etkileme durumu gibi değişkenlerden uyku kalitesinin etkilendiğini belirlemişlerdir. Bir başka çalışmada ise hemşirelerin büyük çoğunluğunun uyku kalitesinin kötü olduğu ve vardiyalı çalışanlarda gündüz uykuluğunun fazla olduğu sonucu bulunmuştur (Alcan 2019). Literatürdeki diğer çalışmalar da hemşirelerin uyku kalitesinin normalin altında ve kötü olduğunu desteklemektedir (Günaydın 2014, Kaçan vd 2016, Yoo ve Kim 2017, McDowall vd 2017, Çetinol 2018, Dağcan 2019, Kirhan ve Uzer 2019, Khatony vd 2020)

Literatürde hemşirelerin öfke ifade biçimini tanımlayan araştırmalar da bulunmaktadır (İlhan 2014, Portakal 2018, Onan vd 2019, Aydoğan ve Özkan 2020). Portakal (2018), çalışmasında hemşirelerde öfkeyi etkileyen faktörler ve öfke ifade biçimlerini karşılaştırmış; hemşirelerin sürekli öfkelerini orta düzeyde bulmuş, öfkelerini daha çok içe yönelttiklerini ve öfke kontrolünde genel olarak başarılı olduklarını tespit etmiştir. Hemşirelerin iletişim becerileri ve öfke yönetimleri üzerine yapılan çalışmada, hemşirelerin iletişim becerileri üzerinde sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının olumsuz etkisi olduğu saptanmıştır (Aydoğan ve Özkan 2020). Özdemir ve diğerlerinin (2019) çalışmasında hemşirelerde empati ve öfke kontrolü değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda hemşirelerde empati düzeyi ile öfke kontrolü arasında bir ilişki bulunamamıştır.

Sonuç olarak literatür incelendiğinde hemşirelerde uyku kalitesi ve öfke ifadesi ile ilgili çalışmaların olduğu; fakat Türkiye’de ikisi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamış olması bu çalışmanın yapılma gerekçesidir. Bu çalışmada elde edilecek sonuçların, hemşirelerin mevcut çalışma şartlarının iyileştirilmesine ve literatüre katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

1.1. Amaç

Bu çalışma hemşirelerde uyku kalitesi ile öfke ifade tarzı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmıştır.

2. KURAMSAL BİLGİLER VE LİTERATÜR TARAMASI

2.1. Uykunun Tanımı, Fizyolojisi ve Evreleri

2.1.1. Uykunun tanımı

Uykunun farklı tanımlamaları bulunmaktadır. Uyku, kişinin duyuşsal ya da başka uyarıcılarla uyandırılabilirdiği farklı bir bilinçlilik durumudur. Uyku, kimileri için fazlalığı, kimileri için yetersizliği ile yakınma konusu olan ve düşleri ile düşündüren karanlık bir dünyadır (Yalın ve Kürtüncü 2017). Bir diğer tanımlamada uyku, bireyin minimal fiziksel aktivite ve vücudun fizyolojik süreçlerinde genel bir yavaşlama yaşadığı, değişmiş bir bilinç durumunu ifade etmektedir (DeLaune ve Ladner 2011). Türk Dil Kurumu sözlüğünde uyku, “Dış uyarılara karşı bilincin, bütünüyle veya bir bölümünün yittiği, tepki gücünün zayıfladığı ve her türlü etkinliğin büyük ölçüde azaldığı dinlenme durumu” olarak tanımlanmıştır (WEB_1). En genel tanımı ile uyku, psikolojik, fizyolojik ve sosyal boyutlar içeren, kişilerin sağlığını ve yaşamını etkileyen, organizmanın çevreyle olan iletişiminin farklı düzeyde uyarılarla geri döndürülebilir şekilde, kısmi ve periyodik biçimde kaybolduğu bir durumdur (Günaydın 2014, Şevik Erdöl 2018).

2.1.2. Uykunun fizyolojisi

Uyku konusunda ilk gelişmeler, Berger’in 1929’da uyku esnasında ilk elektroensefalografi (EEG) kaydı ile yaşanmıştır. EEG aktivitesi alanında ilk tanımlamalar ise 1937’de Loomis ve diğerleri tarafından yapılmıştır. Bu çalışmaları 1957’de Dement ve Kleitman’ın uyku evreleri üzerine olan çalışmaları, 1968’de ise Rechtschaffen ve Kales’in editörlüğünü yaptığı bir grup araştırmacı tarafından tasarlanan uyku evrelerini skortlama kitabı adlı çalışmaları izlemiştir. Günümüzde de bu çalışma sonuçları halen kullanılmaktadır (Görgülü 2003).

Uyku sade bir dinlenme durumundan ziyade organize, kompleks, aktif ve amacı net olarak bilinmeyen primer bir durumdur (Evlice 2012). Çalışmalarda, beyin kan

akımının uykunun farklı evrelerinde değişen miktarlarda arttığı gösterilmiştir (Yalın ve Kürtüncü 2017).

Uyku ve uyanıklığı düzenleyen, doğal döngüsünü devam ettiren iki bölge vardır. Bunlardan ilki beyin sapı, omurilik ve beyin korteksinde yer alan retiküler aktive edici sistem, diğeri ise medulla oblongatada bulunan bulber senkronize edici bölgedir (Çetinel 2018). Uyku aktif bir inhibisyon süreci olup beyin merkezlerinin de aralıklı olarak inhibe ve aktive olmaları ile karakterizedir. Burada inhibasyon uyku sürecini, aktivasyon evresi ise uyanıklılığı kapsamaktadır. Uyanıklıktan uykuya geçişte retiküler aktive edici sistemin azalması ve bulber senkronize edici bölge aktivitesinin artması rol oynamaktadır (Kiper 2008, Cici 2014). İstemli hareket ve reflekslerin ortaya çıkmasını sağlayan retiküler aktive edici sistem aynı zamanda uyku süresince vücut periferi ve beyin korteksinden gelen ağrı, basınç, gürültü gibi uyaranları algılayarak uykudan uyanıklılığa geçişi sağlar (Cici 2014).

Uyku fizyolojisinde etkili olan nörotransmitterlerden asetilkolin, norepinefrin, glutamat, dopamin, histamin, serotoninin uyanıklıkta, gamma aminobutrik asit (GABA)'ın uykululuk üzerinde etkisi olduğu belirtilmektedir (Yalın ve Kürtüncü 2017). Retiküler aktive edici sistem içinde bulunan "rafe çekirdeği" tarafından salgılanan serotonin hormonu özellikle uykuya başlamada etkilidir. Serotonin salınımı ile retiküler aktive edici sistem inhibe olmaktadır (negatif feedback). Uykuda iken gözkapaklarının kapalılığı, sessiz ve karanlık çevre, kişinin rahat olabileceği uygun bir pozisyon retiküler aktive edici sistemin uyarılmasını azaltarak bireyin uykuya dalmasında etkili olmaktadır (Çetinel 2018, Öztekin 2018).

Uyku esnasında gerçekleşen fizyolojik olaylarda da nörotransmitterlerin etkisi vardır. Vitaminlerin kullanımı, deri onarımı, adrenal bez hormonlarının salınımı, büyüme hormonunun salgılanması gece uykusu esnasında gerçekleşmektedir (Yalın ve Kürtüncü 2017, Şevik Erdöl 2018). Uyku sırasında metabolizma hızı azalmakta, bu da kalp atış hızı, solunum, vücut ısı ve kan basıncında azalmaya neden olmaktadır (Hilton 2005).

2.1.3. Uykunun evreleri

Beynin elektriksel aktivitesinin EEG ile, göz hareketlerinin elektrookülog ile ve kasın dinlenme halinde kasılıp gevşeme durumunun elektromyografi ile tespitiyle uykunun evreleri belirlenmektedir (Köktürk 2013). Uyku göz hareketlerinin hızlı olmadığı (Non-Rapid Eye Movement=NREM) ve göz hareketlerinin hızlı olduğu (Rapid Eye Movement= REM) iki evrede incelenmektedir (Çetinel 2018).

Uyku siklusu, uykunun başlangıcı olan NREM'den birinci REM devresinin sonuna kadar olan süredir. NREM ve REM devrelerinden olan bir uyku siklusunun süresi 90-120 dakikadır. Bir gecede takribi 4-6 uyku siklusu olmaktadır (Cici 2014). Uykuya daldıktan sonra ilk NREM evresi başlamakta daha sonra REM evresine geçiş olmaktadır (Öztek 2018).

2.1.3.1. NREM evresi (Hızlı göz hareketlerinin olmadığı uyku)

Yavaş dalga uykusu da denilmektedir. Uykunun ilk saatindeki ilk kısmı olup, derin ve dinlendirici tarzdaki uykunun da büyük bölümünü kapsamaktadır. Solunum ve bazal metabolizma hızında azalma ve vücut işlevlerinde yavaşlamayla karakterize olan uyku tipidir. “Düşsüz uyku” olarak da adlandırılan yavaş dalga uykusunda, düş görülse bile hatırlanması güçtür. Yani, uykunun NREM döneminde düşlerin bellekte konsolidasyonu gerçekleşmemektedir (Guyton ve Hall 2001, Öztuna 2013). Uykunun biyofizyolojik yönü nedeniyle uyku evrelerinin dağılımı da yaş ile değişmektedir. Yavaş dalga uykusunu erişkinlere nazaran çocukların daha çok, yaşlıların ise daha az uyuduğu bildirilmiştir (Görgülü 2003). Yavaş dalga uykusu NREM uyku dönemi olarak tanımlanmakta ve birbirinden farklı 4 evreden meydana gelmektedir (DeLaune ve Ladner 2011).

NREM 1. evre: Uyku ve uyanıklık arasındaki geçiş evresidir. Uykunun yaklaşık %5'lik kısmını oluşturur. Uyku hafif düzeyde olup, gürültü, dokunma ve diğer uyarılarla kişi uyandırılabilir. Uykuda uyanma eşiği evre 1'de oldukça düşüktür. Kalp atışı, ısı, solunum, metabolizma ve fizyolojik aktivite hızı azalır. Bu evre ortalama 0,5–7 dakika sürer (Öztuna 2013, Şevik Erdöl 2018, Gökoğlu Güler 2018).

NREM 2. evre: Huzursuz eden bir olay yoksa kişi 2. evreye geçer. İlk evreye göre daha derin, uyandırmanın daha fazla güç olduğu evredir. Uykunun yaklaşık %45'lik kısmını oluşturur. Beyin önemli ve önemsizi ayırt eder. Nabız, solunum sayısı düşer. Vücut fonksiyonları, vücut ısı ve kas tonusu azalarak devam eder. 2. evre toplamda 10–25 dakika sürmektedir (Öztuna 2013, Şevik Erdöl 2018, Öztek 2018).

NREM 3. evre: 2. evreden daha derin olan bu evre uykunun %12'lik bölümünü oluşturur. Bireyi uyandırmak için daha güçlü uyaran gereklidir. Periferik sinir sisteminin etkisiyle, vücut ısı düşük, kalp atışı yavaş ve solunum düzenlidir. Yaşam bulguları düşük ama düzenlidir. Kaslar tamamen gevşemiştir. Bu dönemde protein sentezi artar. Bu evre ortalama 15-30 dakika sürer (DeLaune ve Ladner 2011, Şevik Erdöl 2018).

NREM 4. Evre: En derin evredir ve toplam uykunun %13'lük kısmını oluşturur. Bu evrede vücut fiziksel olarak dinlenir. Yaşam bulgularının daha da düştüğü, kasların gevşediği ve metabolizmanın yavaşladığı bu evrede uyku esnasında konuşma,

horlama, enürezis ve uyurgezerlik gibi olaylar gerçekleşir. Büyüme hormonunun salgılandığı bu dönemde uyandırılma eşiği yüksektir. Bu evre ortalama 15–30 dakika sürmektedir (DeLaune ve Ladner 2011, Yalın ve Kürtüncü 2017, Öztekin 2018).

2.1.3.2. REM evresi (paradoksal uyku, desenkronize uyku)

Hızlı göz hareketlerinin olduğu uyku da denilmektedir. Gece uykusunda, normalde 5-30 dakika kadar süren REM uyku periyotları ortalama olarak her 90 dakikada bir meydana gelir. Kişinin aşırı uykulu olması REM uyku periyot süresinin kısalmasına hatta ortadan kalkmasına neden olur. Diğer taraftan kişinin gece boyu giderek daha fazla dinlenmesi REM uyku periyotlarını gittikçe uzatır (Guyton ve Hall 2001).

Çoğunlukla aktif rüya görme ve vücut hareketlerinin olduğu, duyu uyaranlarla kişinin güçlükle uyandırıldığı, kas tonüsünün azaldığı, sempatik sinir sistemi etkili olmasından dolayı solunum ve kalp hızının düzensizleştiği, periferik kasların aşırı baskılanmasına karşın birkaç düzensiz kas hareketinin olduğu (hızlı göz hareketleri), beyin yüksek aktivasyon gösterdiği ve toplam beyin metabolizmasının % 20 oranında arttığı durumlar REM uykusunda gerçekleşmektedir (Guyton ve Hall 2001). Ayrıca metabolik süreç hızlanarak gastrik sekresyon da artmaktadır (Yalın ve Kürtüncü 2017).

REM uyku süresi yaşın ilerlemesiyle azalır. Bu dönemdeki bireyi uyandırmak NREM dönemindekinden daha zordur. Kadınlarda vajinal akıntının ve erkeklerde ereksiyonun görüldüğü evredir (Oskay 2013). REM uykusu genetik hafızanın programlanmasından sorumludur. REM evresi bellek, davranışsal uyum ve öğrenme gibi beyin aktiviteleri bakımından önemlidir. Beynin, günlük etkinlikleriyle alakalı depolanan bilgilerini süzer ve dolayısıyla REM uykusunu alamayan kişilerde mental sorunlar ortaya çıkabilir. REM uykusunda kas tonüsü olmamasına rağmen beyin aktivitesi üst düzeydedir. O yüzden bu uyku “paradoksal uyku” olarak da adlandırılmaktadır (Çetinel 2018).

2.2. Uykunun İşlevi, Uyku Gereksinimi, Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler, Hemşirelik ve Uyku

2.2.1. Uykunun işlevi

Uykuyu sadece beynin dinlenmesi olarak görmek yanlış olur (Yalın ve Kürtüncü 2017). Uykunun temel fonksiyonu vücudun kendini yenilemesi ve vücudu bir sonraki güne hazırlamasıdır (Öztek 2018). Hipokrat yıllar önce insanların sağlığı için hastaların gündüzleri uyanık kalmasını, gece uyuması gerektiğini belirtmiş, aksi durumun hasta için iyi olmayacağını, ancak, daha da kötü olarak, hastanın hem gece ve hem gündüz uyumaması durumu olduğunu ifade etmiştir (Gökçay ve Arda 2012).

Uyku esnasında organizmada bazı gelişmeler meydana gelmektedir. Uyku esnasında böbreklerden fosfat salınması, adrenal ve büyüme hormonlarının salınımı, deri onarımı, vitaminlerin kullanımı, protein sentezi ve epitel hücre çoğalması gibi fizyolojik olaylar gerçekleşmektedir. Bebeklerde büyüme, vücut içindeki onarımlar ve yaraların kapanması NREM uykusunda olmaktadır. Uykuda bazal metabolizmanın yavaşlaması sayesinde vücudun enerjisi korunmaktadır. Bu durumda bireyin, günlük kullanacağı enerji uyku ile sağlanmaktadır (Bingöl 2006, Eryavuz 2007, Yalın ve Kürtüncü 2017).

Uyku esnasında kardiyovasküler sistem de daha iyi çalışmaktadır. Uykuda biyolojik işlevlerin yavaşlaması ile kalp daha çok kanla dolmakta ve her atımda daha fazla kanı dolaşıma vermektedir. Tüm bu değişimlerin gerçekleşmesi hücrelerde yenilenmeye ve vücudun dinlenmesine yardım etmektedir (Öztek 2018). Uyku için bir diğer önemli faktör de uyku süresince karanlığa maruz kalınmasıdır. Uykuda karanlık ortamda beyindeki epifiz bezi aktif olarak doğal hormon melatonin salgılamaya başlamaktadır (Kozier ve Erb 2016). Araştırmalar NREM uykusunun fiziki, REM uykusunun zihinsel iyilik sağladığını göstermektedir (Eryavuz 2007, Yalın ve Kürtüncü 2017, Öztek 2018).

Uykunun en önemli işlevlerinden biri de merkezi sinir sistemi üzerine olan etkileridir. Gün boyunca fazlaca kullanılan bazı nöronlarda nöron yorgunluğu/işlerlik kaybı oluşmakta, bu da sinir sistemi üzerinde dengesizliğin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Uzun dönemler boyunca uykusuzluk durumunda kişide irritabilite belirtileri (ansiyete, huzursuzluk, apati, konsantrasyon güçlüğü) görülebilmektedir (Yalın ve Kürtüncü 2017, Şevik Erdöl 2018).

2.2.2. Uyku gereksinimi, uyku kalitesi ve etkileyen faktörler

Uyku gereksinimi insanlarda; yaş, gelişim düzeyi, cinsiyet, sağlık durumu, beslenme, çevresel ortam ve kültürel normlara göre değişmektedir (Öztuna 2013, Şevik Erdöl 2018). Görgülü'nün (2003) aktarımıyla Berger ve Oswald uykunun fiziksel ve mental fonksiyonları etkilediğini ve uyku gereksiniminin yeterince karşılanmadığı bireylerde yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu, sinirlilik hali, fiziksel performansta yetersizlik ve konuşma güçlüğü gibi belirtilerin ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir.

Uykunun niceliği kadar niteliği yani kalitesi de önemlidir (Yalın ve Kürtüncü 2017). Bireyin uyandıktan sonra, kendini, formda, enerjik ve yeni bir güne hazır hissetmesi durumuna uyku kalitesi denir (Karakaş vd 2017, Çetinel 2018, Dağcan 2019). Uyku kalitesinin uykuya dalma süresi (uyku latensi), uykuda geçen süre ve bir geceki uyanma sayısı gibi niceliksel yönleri ile uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi daha öznel tarafları vardır (Karakaş vd 2017, Gökoğlu Güler 2018). Uyku gereksinimini, kalitesini ve süresini birtakım çevresel, ruhsal ve fizyolojik faktörler etkilemektedir. Bunlar aşağıda belirtilmiştir.

Yaş: Yaş, bireyin uyku fizyolojisini ve kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Bebekler ve çocuklar günün büyük bölümünde uyumaktadır. Yaş ilerlemesi ile uyku gereksinimi, toplam uyku saati ve REM uykusu oranı azalmaktadır (Eryavuz 2007, Çetinel 2018, Öztekin 2018).

Yenidoğan (doğumdan sonra ilk 1 ay), günde yaklaşık 16-20 saat boyunca 3-4 saatlik aralıklarla uyumaktadır. Uyku şekli genellikle çok pasiftir ve uyku sırasında çok az aktiviteye sahiptir. Bebeklerin 12-16, okul öncesi ve okul çağı çocukların 10-12, adölesanların 8-10, genç erişkinlerin 8, orta yaş yetişkinlerin 6-8 ve yaşlıların ise 5-7 saat normal olan uyku süreleridir (Hilton 2005, Delaune ve Ladner 2011, Kozier ve Erb 2016).

Yaşlı bireylerin, santral sinir sistemlerinde meydana gelen değişiklikler bireylerin uyku düzenini etkilemekte, yaşlanmanın beraberinde getirdiği duyuşal bozukluklar, idrar güçlükleri, solunum problemleri ve kronik hastalıkları gibi nedenlerle uyku kalitesi bozulabilmektedir (Çetinel 2018). Yetişkin bireylerde uykuya dalma süresi ortalama 10-30 dakika iken yaşlılarda 1 saat veya daha uzun sürmekte, yaşlı kişilerin yatakta daha fazla zaman geçirdiği ve nispeten daha az REM uykusu aldığı belirtilmektedir (Hilton 2005, Eryavuz 2007).

Cinsiyet: Kadınlardaki uyku süresi, erkeklere kıyasla daha uzundur. Ancak kadınların erkeklerden daha fazla uyku sorunu yaşadıkları tespit edilmiştir (Yalın ve Kürtüncü 2017, Öztekin 2018, Alcan 2019). Bu durum, toplumsal normlar gereği

kadınların, erkeklere nazaran uyku ritmindeki ve ruhsal durumundaki değişikliklerden daha fazla etkilendiğini ve buna bağlı olarak anksiyete düzeylerindeki artış nedeniyle daha sık uyku problemi yaşadıklarını göstermektedir (Gökoğlu Güler 2018).

Hastalık: Hastalıkların fizyolojik ve psikolojik etkileri uyku düzenini değiştirebilmektedir. Bazı hastalıklarda uykuya olan gereksinim artmaktadır. Özellikle ağrılı ve fiziksel sıkıntıya neden olan hastalıklar (artrit, sırt ağrısı), mide rahatsızlıkları (REM’de gastrik sekresyonlarda artma nedeniyle), gece boyu idrara çıkma, burun pasajı tam açık olmayan kişilerin yaşadığı solunum güçlüğü uykunun kalitesini etkilemektedir. Psikolojik rahatsızlıklar da uyku süresini ve kalitesini azaltmaktadır (Taş 2012, Öztuna 2013, Kozier ve Erb 2016, Yalın ve Kürtüncü 2017). Yapılan bir çalışmada kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan hastaların uyku kalitelerinin sağlıklı kişilere nazaran düşük olduğu bulunmuştur (Görgülü 2003).

Çevre: Çevre şartlarının uykuya yardımcı olmasının yanında uykuyu engelleyici yönü de vardır (Delaune ve Ladner 2011). Bazı kişiler uyumak için sessiz, sakın, ışısız ortamı tercih ederken kimisi loş ışıkta uyumayı tercih edebilmektedir (Hilton 2005, Bingöl 2006, Çetinel 2018). Kişi alışkın olduğu ortamda daha rahat uyurken farklı ortamlarda uykusuzluk yaşayabilmektedir. Ortamın sıcaklığı, aydınlığı, yatak boyu, yastık sertliği gibi faktörler de uykunun kalitesini etkilemektedir (Eryavuz 2007, Kiper 2008, Öztuna 2013).

Fiziksel faaliyet: Gün içinde yapılan fiziksel egzersiz yorulmaya neden olmakta, bu durum kişinin uykuya dalmasını kolaylaştırmaktadır. Düzenli yapılan egzersiz ve sportif faaliyetler uyku kalitesini olumlu etkilerken, düzensiz yapılan egzersizlerin uyku kalitesini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Egzersiz esnasında salınan serotonin hormonu NREM 4. Evre’yi etkilediğinden kişinin derin dinlenmesi gerçekleşmektedir (Kiper 2008, Öztuna 2013, Gökoğlu Güler 2018).

Emosyonel durum: Huzursuz bir beden ve zihin, uyumayı ve uykuda kalma süresini etkilemektedir. İş baskıları, ailesel nedenler ve diğer stres faktörleri ile ilgili ortaya çıkan kaygı, kişilerde uykuya dalma veya uykuyu sürdürme güçlüğü ile sonuçlanmaktadır (Delaune ve Ladner 2011).

Stres ve anksiyete durumunda daha fazla uyuma gereksinimi ortaya çıkabilmekte ve REM süresi azalmaktadır. Korku, üzüntü ve yas durumu kişinin uyumasını ve gevşemesini etkilemektedir (Kiper 2008, Öztuna 2013). Yapılan çalışmalarda uykusuz bırakılan ve herhangi bir sorunu olmayan kişilerde konsantrasyon güçlüğü, yorgunluk, sinirlilik ve anksiyete meydana geldiği, duygu farklılıklarının görüldüğü ve saldırganlıklarının arttığı tespit edilmiştir (Yıldız 2019).

İlaçlar: Bazı ilaçlar uyku süresini ve kalitesini etkilemektedir. Hipnotikler ilk 1 hafta uyku süresinde geçici artışa, benzodiazepinler REM uykusunu etkileyerek uyku

süresinin artmasına, antidepresan ve narkotikler REM uykusunu baskılayarak total uyku süresini etkileme ve gündüz uykusunda artışa neden olabilmektedir. Ayrıca diüretikler noktüri etkisi ile uykunun sık sık bölünmesine ve antikonvülsanlar REM uykusunu azaltmasıyla beraber gündüz uykuluğun artmasına sebep olmaktadır (Yalın ve Kürtüncü 2017).

Diğer uyarıcılar: Alkol ve nikotin kullanımı uyku kalitesini bozabilmektedir. Küçük miktarlarda alınan alkol, uykuya dalmaya yardımcı olabilirken diğer yandan REM uykusuna müdahale ederek huzursuz bir uykuya da neden olabilir. Nikotin, vücudu uyarıcı etkisiyle uyku döngüsünü bozabilmekte ve uykuda kalma güçlüğüne sebep olabilmektedir (Delaune ve Ladner 2011).

Beslenme: Tüketilen gıda türünün uyku kalitesi ve miktarı üzerine etkisi vardır (Delaune ve Ladner 2011). EEG parametreleri ve yapılan birçok araştırma ile uyku ve beslenme arasındaki ilişki gösterilmiştir. Günlük uyku süresinin vücut ağırlığı ve yağ oranı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir. Araştırmalarda günde sekiz saat uykunun beş saatlik uykuya göre %56 oranında daha fazla yağ yıkımına neden olduğu gösterilmiştir (Pulat Demir vd 2017, Dağcan 2019). Protein içeren besinlerde, serotoninin ön maddesi triptofan bulunur. Protein bakımından zengin beslenme de melatoninin fazla salgılanmasına neden olmakta ve uykuya olan meyili artırmaktadır. Diğer taraftan kafeinin kan-beyin bariyerini geçip adenozin nörotransmitterinin etkinliğini azaltması uykusuzluğa neden olmaktadır (Yalın ve Kürtüncü 2017, Dağcan 2019). Yetersiz uyuyanların tatlı besinlere daha fazla ihtiyaç duydukları tespit edilmiştir (Pulat Demir vd 2017). Akşam yemeğinde ağır beslenme durumu sindirim güçlüğü nedeniyle uykunun bölünmesine neden olmaktadır (Kiper 2008).

Yaşam tarzı: Stresli bir yaşam tarzı kişinin kolayca rahatlamasını veya hızlı bir şekilde uykuya dalmasını kolaylaştırabilmektedir. Diğer yandan bireyin biyolojik saati ile uyumayan çalışma şeklinin olması (örneğin gün dışındaki zamanlarda çalışma, vardiya) ve vardiya tipinin sık değişmesi ile kişiler biyolojik saatlerini sabitlemede zorlanmakta ve uyku kaliteleri bozulmaktadır (Delaune ve Ladner 2011).

Huzursuz bacak sendromu (restless leg): Huzursuz bacak sendromu, ekstremitelerde özellikle de bacaklarda ortaya çıkan anormal duyum, distezi, huzursuzluk ve kas seğirmeleri ile karakterize bir hastalıktır. Tipik olarak gece uyku öncesinde başlayıp, bacakları hareket ettirmekle veya yürümekle geçici olarak ortadan kalkmakta, bacakların hareketsizliği ile birlikte tekrar ortaya çıkabilmektedir. Bu hoş olmayan duyumlar ile uykuya dalma süresi uzamakta ya da uyuyan kişiyi uykusundan uyandırabilmektedir. Bu nedenle kişinin uyku kalitesi ve uyku süresi bu durumdan etkilenmektedir (Eryavuz 2007, Kiper 2008).

Vardiyalı çalışma ve uyku kalitesi: Çalışma hayatı insana birçok imkân sunarken, vardiyalı çalışma, fazla mesai gibi olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Bu durum çalışanın günlük ritmini bozmakta, ruhsal, sosyal ve fiziksel sağlık sorunlarına yol açmaktadır (Üstün ve Çınar Yücel 2011, Taş 2012).

Sağlıklı hayat şartları, gündüz aktif yaşamı, gece ise uyuyarak bedenin dinlenmesini ve yenilenmesini gerektirmektedir. Vardiyalı ve düzensiz saatlerde çalışan kişiler ise gündüz uyumakta, uyku kalitesi ve süresi bu durumdan olumsuz etkilenmektedir (Üstün ve Çınar Yücel 2011, Taş 2012, Karakaş vd 2017).

Vardiyalı çalışma sisteminin, fizyolojik etkileri daha ön plandadır. Sık görülen fizyolojik etkilerden biri uyku bozukluklarıdır. İnsan metabolizması gece çalışmasına adapte olamamakta, bu çalışma sisteminin bırakılmasının üzerinden 10 yıl geçse bile vücuda verdiği olumsuz etkiler devam edebilmektedir. Araştırmalarda, nöbetli çalışma sonucu gelişen uykusuzluk, uyku düzensizlikleri ve bunun vücut sistemleri üzerine etkilerinin güçlü bir ölüm sebebi olabileceği belirtilmektedir (Berger ve Hobbs 2006, Taş 2012).

Vardiyalı çalışma, vücudun iç saati ile çevre arasındaki uyumu bozarak uyku bozukluklarına, kaza ve yaralanmaların artmasına yol açmaktadır (Berger ve Hobbs 2006). Gece vardiyası, gece çalışması nevrozu olarak isimlendirilen, iç sıkıntısı, hırçınlık, öfkeli, saldırganlık, aşırı duyarlılık, dikkatsizlik gibi belirtiler gösteren ruhsal yorgunluğa sebebiyet vermektedir (Taş 2012).

2.2.3. Hemşirelik ve uyku

Ülkemiz şartlarında hemşirelik mesleği, çalışma ortamından kaynaklı olumsuz birçok faktörün etkisine maruz kalan, yoğun iş yükünün olduğu, stres düzeyi yüksek bir meslek olarak kabul görmüştür. Uluslararası Çalışma Örgütü'nün hemşirelerin çalışma alanlarında mevcut zorlayıcı etkenleri 7 başlıkta tanımlamıştır. Bunlar aşırı iş yükü, rol çatışması ve karmaşası, yönetici ve denetleyici olan kişilerle yaşanan çatışmalar, vardiya ile ilgili sorunlar, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalara hizmet sunma, hastaların var olan sorunları nedeniyle yaşadıkları duygusal stres ve hastalarla yaşanan çatışmalardır (İlhan 2014, Öztürk 2019).

Vardiyalı çalışma sistemi ruh hali ve motivasyonda değişikliklere, psikosomatik bozukluklara, halsizlik, daha fazla yorgunluk, huzursuzluk, ve iş veriminde ve iş güvenliğinde düşmeye, sindirim ve iskelet kas sistemi rahatsızlıklarına, uykusuzluğa ve beslenme bozukluklarına neden olmaktadır (Selvi vd 2010, Yüksel Kaçan vd 2016, Yoo ve Kim 2017, Dağcan 2019).

Vardiyalı çalışma, sosyal olarak çalışanın ailesi, eşi ve çocukları ile olan iletişimine de olumsuz etki etmektedir. Aile içi uyumun bozulması, boşanmalar, arkadaşlık bağlarında zayıflama gibi durumlar neticesinde bazı sorunlar meydana gelmektedir. Ayrıca çalışan kişinin sosyal yaşamda var olan pozisyonu da olumsuz etkilenmektedir (Arpacı 2007, Dağcan 2019).

Vardiyalı çalışma sisteminin getirmiş olduğu uykusuzluk, iletişimi engelleyen ve ardından ruhsal, fiziksel birçok problemi beraberinde getiren, öfke ve öfke yönetimi konusunda sorunların oluşumuna zemin hazırlayan bir tablo oluşturmaktadır (Taş 2012, Öztekin 2018).

2.3. Öfke Kavramı ve Kuramsal Yaklaşım

2.3.1. Öfke kavramı

“Duygu, organizmanın fizyolojik uyarılar karşısında bütünsel bir tepki olarak yaşadığı farkındalık durumu ve uyarıcılara verilen içsel ve öznel bir tepki, bir his ve önsezi, kendine özgü bir ruhsal hareket gibi anlamlara gelmektedir” (Yazgan İnanç vd 2007, WEB_2). Aristo ise, duyguyu, “belirli bir durumun bir tutkuya bağlı olarak (öfke, intikam arzusu) daha çok veya daha az zekice algılanma biçimi” olarak ifade etmektedir (Şahin 2005).

İnsan davranışlarını etkileyen duygular, bireyin çevresi ile olan ilişkilerini de etkilemektedir. Duygular genel olarak olumlu, engelleyici ve düşmanlık içeren duygular olarak gruplandırılır. Sevgi, şefkat, mutluluk, zevk duyguları olumlu; endişe, keder, pişmanlık, suçluluk, kaygı, üzüntü, suçluluk, pişmanlık, öğrenme ve utanma gibi duygular engelleyici; öfke, nefret ve kıskançlık gibi duygular ise düşmanlık duyguları olarak sınıflandırılmaktadır (Yazgan İnanç vd 2007).

Öfke, sözlük anlamına bakıldığında “Engellenme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hışım, hiddet, gazap” olarak tanımlanmaktadır (WEB_3). 1800’lü yıllarda öfke kavramına dikkatler yöneltile de bilimsel anlamda öfkeye duyulan ilginin Novaco ile 1975 yılında başladığı ve günümüzde de devam ettiği görülmektedir (Özmen 2006, 2009). Novaco, bilişsel olarak öfkeyi yoğun fizyolojik uyarılma durumu olarak açıklamış ve bu tanımla Novaco dışsal olaylarla öfkenin ilişkisinin olmadığını ifade etmiştir (Eroğlu ve İrdem 2016). Tüfekçi Hoşgör’ün (2013) aktarımıyla Biagio öfkeyi varsanılan veya gerçek bir engellenme, haksızlık veya tehdit karşısında oluşan bilişlerle ilgili ve kişiyi rahatsızlık hissettiği uyarıcıları ortadan kaldırmaya yönelten, güçlü bir duygu olarak tanımlamıştır. Törestad

ise öfkenin planlanma sonucu ortaya çıkmadığını, çoğunlukla, engellenme, haksızlığa uğrama, eleştirilme, küçümsenme gibi durumlarda meydana geldiğini belirtmiştir. Spielberger ve diğerleri (1988) ise öfkeyi, basit bir “sinirlilik” veya “kırgınlık” halinden, yoğun “hiddet” durumuna kadar değişen dereceli duygusal durum olarak tanımlamaktadır (Portakal 2018). Kocaman’ın (2017) bildirdiğine göre Sharkin öfkeyi beş temel duygumuzdan biri olarak belirtmiştir.

Öfke, genel anlamda bireysel tehdit ve engellenme durumunda, tehdidin özelliğine göre oluşan bunaltıya karşı gelişen hoşnutsuzluktan, kırgınlık ve şiddete kadar değişebilen bir duygu, kişinin benliğine yönelik algıladığı bir tehdit karşısında kendini savunma ve karşıdakini uyarma amacıyla sergilediği bir duygulanım şeklidir (Bayrı 2007, Günüşen Partlak 2016, Yıldız 2019). Lerner’e (2019) göre öfke; incindiğimizi, haklarımızın ihlalini, istek ve gereksinimlerimizin karşılanmadığını gösteren bir iletidir. En genel anlamıyla öfke, gösterilen tepkinin adıdır (Şahin 2005).

Öfke duygusu genelde olumsuz bir duygu olarak kabul görse de, aslında sevinç ve hüznün gibi insani yanımızın bir parçası olup normal ve sağlıklı bir duygudur (Kayaoğlu 2018). Öfke, insanların günlük yaşantılarında, bir takım sorunlarla ve çözümlenmesi gereken durumlarla baş etmeye çalışırken sıklıkla karşılaştığı doğal bir duygudur (Thomas 2009, Yıldız 2019).

Öfkenin, kişiyi tehlikeli ve zor durumlara hazırlayıcı bir yönü vardır. Puff ve Seghers’e (2019) göre öfke, insanların kendilerini fiziksel ve psikolojik tehlikelerden korumalarına yardımcı olan koruyucu bir duygudur. Lerner (2019) öfkenin koruyucu özelliğinden bahsederken, tıpkı fiziksel acının elimizi sobadan çekmemizi gerektirdiği gibi öfkenin de verdiği acının benlik bütünlüğümüzü koruduğu benzetmesini yapmıştır. Burada önemli olan, öfkenin şiddeti, kontrolü ve ifade edilme biçimidir (Duran vd 2016, Sonkaya vd 2017). Yani öfkede asıl problem, öfkenin varlığı değil onun kontrol edilip iç dünyamızda onu işleyememekten kaynaklanabilecek saldırganlığa ve şiddete dönüşme halidir (Kayaoğlu 2018).

Öfke, ikincil duygu olarak tabir edilen yani çoğunlukla başka bir duygunun (korku, acı gibi) arkasından gelen bir duygudur. Öfke, içerisinde sinirlenmeye, hiddetlenmeye, incinmiş hissetmeye neden olan farklı karmaşık duygular barındırır (Karlı 2011). Öfke uygun ifade edilmediğinde veya saldırganca ifade edildiğinde sorun haline gelmektedir (Tüfekçi Hoşgör 2013).

2.3.2. Öfke kavramına kuramsal yaklaşım

1. Biyolojik temele dayalı kuramlar

Öfkenin biyolojik belirleyicilerini ve adaptif önemiyetini anlamayı hefeleyen evrimle ilgili kuramcılar, Darwinci duygu anlayışından yola çıkarak, öfkenin de başka duygular gibi doğuştan ve evrensel olduğunu ileri sürmüşlerdir (Dilekler vd 2014). Biyolojik yaklaşımçı kuramın kurucusu olan Darwin insanlarda var olan öfke, merak, kıskançlık gibi duyguların hayvanlarla aynı olduğunu belirtmiştir. İnsan ve hayvanların duygularını ifade etmelerinin aynı amaca ve nedene bağlı olduğunu ifade etmiştir (Öz 2008).

Biyolojik temele dayandırılan kuramlarda saldırganlık davranışının merkezi sinir sisteminin özellikle limbik sistem ve endokrin sistemi ile ilişkili olduğu savunulmaktadır (İlhan 2014, Erkal 2019).

2. İç güdüsel kuramlar

Psikanalitik kuram: Freud, öfkenin saldırganlık ile birlikte ele alınmasını vurgulamıştır (Avcı 2020). Freud, bireyin bilinç dışında saldırganlık ve öfke duygularının varlığını bildirmiştir. Öfke ve saldırganlık haz (libido) güdüsünün engellenmesinin bir sonucudur (Atile 2015, Bulut 2018). Bu engellenmeye bağlı olarak öfke ve saldırganlık görülebilmektedir (Atile 2015). Freud öfke ve saldırganlık duygularının erken gelişim dönemlerinde oluştuğunu, her yaş dönemine özgü olarak görülebildiğini ve ortadan kalkmadığını savunmuştur. (Türkmen 2019, Avcı 2020).

Yaşamın ilk yılları olan oral dönemde bebek öfke ve saldırganlık davranışlarını ısıрма, çiğneme, tükürme ve ağlama tepkileri ile ifade etmektedir. Bu ifade şekilleri, bireyin var olan yıkıcı dürtülerinin ilk belirtileri niteliğindedir (Karslı 2011, Atile 2015, Türkmen 2019). Eğer bebek bu döneme fikse ya da regrese olursa, öfkeli ve saldırgan davranışların temeli atılmış olur. İleriki yaşantısında bu davranışlar başkalarını kötüleme, iğneleme, alay etme, suçlama, ani öfke patlamaları ve şiddet ile kendini göstermektedir (Türkmen 2019). Diğer taraftan oral dönemde bebeğin gereksinim duyduğu bakımı alamaması, ihtiyaçlarının doyurulmaması ve reddedilmesi öfkenin oluşmasına uygun ortam yaratan hayal kırıklığına neden olmaktadır (Dilekler 2014).

Öfkenin temellerinin atıldığı diğer dönem anal dönemdir (Çakırca 2020). Bu dönemde dışkılama çocuğun öfkesinin dışa yansıtma aracı olmaktadır. Anal dönemde kas kontrolü kendine geçen çocuk sınırlandığını hissettiğinde otoriteye karşı öfkelenmektedir. Öfkesiyle birlikte dışkısını vermeyi reddedebilmekte ya da denetimsiz bırakabilmektedir (Türkmen 2019). Bu dönemde verilen tuvalet eğitimi ve annenin çocuğa yaklaşımının sert ve cezalandırıcı bir tarzda olması çocuğun dışkısını silah gibi

kullanıp saldırganlık duyguları ile püskürtme eğilimine, kısaca “anal sadizm” olarak tanımlanan saldırgan davranışlar geliştirmesine sebep olabilmektedir (Atile 2015).

Freud’a göre, öfke ve saldırganlığın gelişmesini etkileyen önemli bir evre de “fallik dönem”dir. Bu dönemde çocuğun cinsel organları haz kaynağı olmuştur (Karslı 2011, Atile 2015). Haz kaynağının cinsel bölgeye yönelmesi ve cinsiyet değişikliğinin fark edilmesiyle birlikte çocuk karşı cinsiyetteki ebeveyni ile ilgilenmekte, aynı cinsten ebeveynini de rakip olarak görmektedir. Bu doğrultuda çocuk, öfke ve saldırganlığını hemcinsi olan ebeveynine yöneltmektedir (Türkmen 2019) .

Freud’a göre çocuğun ilk erotik duygusu anneyi, ilk saldırgan eğilimi de babayı hedef alır ve bu doğrultuda, oedipus ve elektra kompleksi ortaya çıkmaktadır. Oedipus kompleksi, erkek çocukların anneye duyduğu yasak cinsel arzu ve babadan nefret etme durumudur. Bunun sonucunda çocukta bir suçluluk hissi ortaya çıkmaktadır. Aynı durumun kızlardaki karşılığı ise elektra kompleksidir (Karslı 2011, Çakırca 2020).

Psikanalitik yaklaşıma göre öfkenin altında yatan güçler bilinç dışında gizlenmiştir. Bireylerin öfkelerinin altında yatan sebepleri anlaması öfkeyi çözebilmelerini sağlamaktadır. Öfkenin bastırılması sağlıklı olarak görülmektedir. Öfkenin sürekli bastırılması psikolojik ve fizyolojik sağlığın bozulmasına ve psikosomatik hastalıkların ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Özmen 2006, Karslı 2011, Bulut 2018). Öfkenin bastırılması ile öfke ortadan kalkmayacak farklı şekillerde ortaya çıkacaktır (Atile 2015).

3. Bilişsel kuram

Bilişsel davranışçı kuramcılar, öfkenin oluşumunu anlamada, düşünce süreçlerinin incelenmesinin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Yaşamda karşılaşılan çeşitli durumlar her bireyde farklı tepkilere ve her bireyin duygularını farklı biçimlerde sergilemelerine neden olmaktadır. Bireyin bir durum karşısında tepkisinin ne olacağını onun karşılaştığı durum ya da olaya yönelik algısı ve olayı nasıl anlamlandırıdığı belirlemektedir Duygusal her durumda sinir sistemi uyarılmakta ancak bireyin tepkisine ilişkin ipuçları içinde bulunduğu şartlar tarafından belirlenmektedir (Özmen 2006, Karslı 2011, Tüfekçi Hoşgör 2013, Atile 2015).

4. Sosyal öğrenme kuramı

Sosyal öğrenme kuramcıları insanın doğuştan saldırgan davranışlara sahip olmadığı, toplumsallaşma ile birlikte saldırganlığın ortaya çıktığını savunmaktadır (Yılmaz 2009). Kuramın temsilcisi Albert Bandura insan öğrenmesinin sosyal bir ortamda oluştuğunu, refleksler dışındaki bütün davranışların doğuştan değil öğrenme yoluyla kazanıldığını ifade etmiştir. Kurama göre davranışlar birey tarafından gözlemlenerek, rol model alınarak, taklit edilerek kazanılmaktadır (Özmen 2006, Karslı

2011, Tüfekçi Hoşgör 2013). Ancak buradaki önemli ayrıntı kişinin gözlemlediği her davranışı taklit etmemesidir. Kişi taklit edeceği bireyin kişiliği, geçmiş yaşantıları, ilişkisi, model aldığı davranışın ödüllendirilmesi gibi faktörleri göz önünde bulundurmaktadır (Avcı 2020). Öfkenin ve ifade ediliş biçiminin sonradan öğrenildiği söylenebilir. Deneysel araştırmalar neticesinde de saldırganlığın neredeyse tüm insanlarda yalnız doğuştan gelen etkenlere indirgenemeyeceğini, öğrenme faktörünün saldırganlığın türü ve şiddeti üzerinde önemli etkisi olduğu yinelenmektedir (Tüfekçi Hoşgör 2013).

2.4. Öfkenin İşlevi, Nedenleri, Öfke Türleri, Öfke İfade Tarzları ve Öfke Anında Ortaya Çıkan Tepkiler

2.4.1. Öfkenin işlevi

Öfke duygusu, organizmaya bir saldırı olduğunda organizmanın kendini savunmasına ve savaşmasına yardımcı olacak güçlü fiziksel, davranışsal ve duygusal tepkilerin ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Karslı 2011). Yapıcı bir şekilde ifade edilen öfke duygusu bireyi sağlıklı ve enerjik hissettirirken öfkenin uygun ifade edilmemesi veya bastırılması bireyin kendisine ve çevresine zarar vermektedir (Bayrı 2007, Thomas 2009).

Öfkenin işlevselliği konusunda farklı yaklaşımlar olmasına rağmen hepsinin ortak noktası, öfkenin hem yararlı hem zararlı yanları olan bir duygu olduğudur. Bunu ayırt etmede en önemli kriter ise öfkenin hedefidir (Şahin 2005). Öfke sonucu problem çözülüyorsa, davranış değişikliği oluşuyorsa, arkadaşlık korunuyor ve devam ediyorsa, kişi kendi otoritesini sağlayabiliyorsa elbette öfke yarar sağlamıştır. Eğer kişiye fiziksel zarar veriyor, intikam duygularını pekiştiriyor veya karşıdakinin isteklerine uymaya yol açıyorsa zararlı olmaya başlamıştır. Öfkenin kişilerarası ilişkilere zarar vermeye başlaması sağlıklı bir duygu halini aldığını göstermektedir (Karslı 2011, Atile 2015). Kayaoğlu'nun (2018) aktarımıyla Bernard Shaw, öfkenin kötü bir öğütçü olduğunu ifade etmiştir. Öfkenin en sağlıklı yanının öfkeyi hissetmek değil, öfkeyi bastırmak olduğu belirtilmektedir (Puff ve Seghers 2019). Bastırılmış öfkenin kişiye zarar verdiği, kanser, hipertansiyon ve koroner arter hastalığı gibi birçok fiziksel hastalıklarla ilişkili olduğu ileri sürülmüş ve depresyonla olan ilişkisi üzerinde durulmuştur (Balkaya ve Şahin 2003).

İmamoğlu (2003), Bayrı (2007), Öz (2008), Yılmaz (2009), İlhan (2014) ve Portakal'ın (2018) aktarımlarıyla Novaco, öfkenin insan yaşamında çift yönlü bir etkisi

olduğunu ifade etmiştir. Öfke duygusu daha çok sıkıcı, saldırgan davranışlarla sonuçlanmasına rağmen, uyum sağlayıcı işlevlerinin de olduğu üzerinde durarak öfkenin işlevlerini aşağıda 6 başlıkta toplamıştır.

1. Öfke bireye enerji hissettirir: Öfke, enerji hissettirme işleviyle kişiyi harekete geçirip ortamı denetleme duygusu verir. Birey, eğer öfkesinin farkındaysa, öfke sonucu ortaya çıkan enerjiyi kısa ve uzun vadede amaçlarını gerçekleştirmek için bir hareket unsuru olarak kullanabilmektedir (İlhan 2014).

2. Öfke bir işarettir: Öfkenin kişinin karşısındakini uyarmaya yönelik bir işaret olduğu belirtilmektedir. Bu işaret bireyin kırıldığının, incindiğinin, engellendiğinin ya da bir şeylerin yolunda gitmediğinin mesajını taşımaktadır. Sağlıklı ve dozunda yaşanan öfke, sınırlarımızı ihlal ederek hoşla gitmeyen teklifler yapan insanlara karşı “dur” işareti niteliğindedir. Böylece sağlıklı öfke ile kırmızı çizgimiz korunmuş olmaktadır (Kayaoğlu 2018).

3. Öfke süregelen davranışı ortadan kaldırır veya engeller: Sorunlarla baş edebilmesi için organizmayı uyaran öfke, kişiye rahatsızlık veren davranışların yerine yeni davranışlar geliştirmesine de imkân sağlar (Portakal 2018).

4. Öfke başkaları hakkında oluşan olumsuz duyguların açıklanmasını kolaylaştırır: Öfke ifadesinin karşı taraf ile ilişkilere zarar vermekten çok daha güzel bir yanı ilişkiyi güçlendirmesi, ilişkinin daha sağlıklı ve anlamlı olmasına yardımcı olmasıdır. Burada öfkenin ifade biçimi önemlidir. Birey öfkesini uygun bir dille, ben dili ile anlatarak diğerlerinin yaptığı davranışa yönelik duygularını ifade etme şansı yakalar (İlhan 2014, Portakal 2018).

5. Öfke bir savunmadır: Öfkenin belirli çizgiler sınırında kişiliği koruma, kişiye saygınlık kazandırma ve bu saygınlığı sürdürme görevi vardır. Öfke, kaygının dışa vurumu ile egonun zarar görme olasılığına karşı bir savunma oluşturur, böylece ego korunmuş olur (İlhan 2014).

6. Öfke bir haklılık algısıdır: Öfke, kişinin haklı ve adaletli olduğu, engellendiği duygusunun sürdürülmesinde etkilidir. Böylece bireyi isteklerine ulaşmada daha atılğan bir hale getirir (Portakal 2018).

2.4.2. Öfkenin nedenleri

Öfke duygusunun nedenlerini araştırmacılar farklı yaklaşımlarla ifade etmiştir. Öfkenin ortaya çıkışının üç biçimde gerçekleşebileceğini öne süren Deffenbacher (1999), ilk olarak dış uyarıcılar nedeni ile öfkenin ortaya çıktığını açıklamaktadır. Burada trafik yoğunluğunun ortasında kalma, bir iş için uzun süre sırada bekletilme, konuşurken başkaları tarafından sık sık sözünün kesilmesi gibi davranışlarla karşılaşan

birey öfkelenebilmektedir. İkinci bir neden dış uyarıcılar ve bu uyarıcıların bireyde oluşturduğu izlenimlerle bireyin geçmişine ait çağrışımların etkisidir. Bilhassa travmatik bir yaşantı sonrası, bu yaşantıya yol açmış uyarıcıların benzeriyle ya da o uyarıcıyı anımsatan başka uyarıcılarla karşılaşıldığında ortaya çıkan kuvvetli tepkilerden bazıları öfkeye neden olabilmektedir. Son olarak ise iç uyarıcıların etkisiyle bireyde ortaya çıkan öfke, duygu ve düşüncelerle harekete geçirilmektedir. Kişi bazen diğer duyguların etkisi ile öfke duygusuna da kapılabilmektedir. Örneğin ayrıldığı eşini düşünen kişi veya başkası tarafından eleştirilmekten ve reddedilmekten korkan kişi öfkelenebilmekte ya da savunma şeklinde tepkiler gösterebilmektedir (Özmen 2006, İlhan 2014, Çakar 2015).

Özmen (2006) tarafından bildirildiğine göre Gazda, öfke nedenlerini kayıp, tehdit, korku, engellenme ve reddedilme olarak dört grupta incelemiştir. Beck, bazı durumların dolaylı ya da doğrudan etkilerinin öfke nedeni olabileceğini ifade etmiştir. Bireyin bazı hoş olmayan yaşantılar ile yüzleşmesi, bu yaşantılarda görev alan baskı, fiziksel saldırı, reddedilme, yoksun bırakma ve engellenme gibi temel uyarıcıların bireyde hoş olmayan bir yaşantıya yol açması etkili olmaktadır. Bu uyarıcılar bireyin güvenliğini ve özgürlüğünü doğrudan tehdit etmektedir. Birey otoriter bir tutum karşısında kalırsa yasaklanmadan dolayı öfke duyabilir. Bir gencin fiziksel saldırıya uğraması ya da bir ergenin azarlanması, bir çocuğun oyuncağını istemediği halde paylaşmak zorunda bırakılması doğrudan öfkeye neden olan durumlardır. Öfkeye neden olan dolaylı faktörler ise, kişinin kendisinden kaynaklı ya da başkaları tarafından kişiye yöneltilen uyarıcıların etkileşimidir. Öfke, yoğunluğuna ve süresine göre değişse de genellikle duygusal uyarılma ve başka biri tarafından haksızlığa uğratılma algısı sonucu ortaya çıkmaktadır. Başkaları tarafından yöneltilen bazı davranışlar ilk etapta kişide saldırı olarak algılanmazken, davranışların anlamlandırılması sonucu birey tarafından saldırı olarak algılanabilmektedir. Burada önemli olan bireyin algısıdır. Beck, bireyin gerçekte tehdit unsuru içermemesine rağmen varsayımsal olarak uyarıcıyı tehdit olarak algılamasının da öfkeye yol açabileceğini ifade etmiştir. Kırmızı ışığı görmeyip yaya geçidinden hızla geçen bir motosikletliyi uzaktan gören biri, yaya geçidinde ben de olabilirdim, ileride bu benim başıma da gelebilir diye varsayımlarda bulunarak doğrudan bir tehdit almamasına rağmen öfkelenebilmektedir (Del Vecchio ve O'Leary 2004, Özmen 2006, Atila 2015).

Öfke üzerinde bireyin aşırı kontrolcü ve mükemmeliyetçi olma durumlarının da etkisi vardır. Bu bireyler her yaptığının onaylanmasını, kabullenilmesini ve diğerlerinden daha üstün olduğunun ispatlanmasını isterler. Bu durumda öfke duygusunun daha belirgin şekilde yaşandığı görülebilmektedir (Kocaman 2017).

2.4.3. Öfke türleri

Spielberger öfke duygusunu “sürekli” ve “durumsal” olarak 2 ayrı şekilde ele almıştır (Kocaman 2017).

Sürekli öfke: Sürekli öfke hali, bireyin her durumda öfkelenmeye meyilli olduğunu, çabuk ve kolayca öfkелendiğini, zaman içerisinde öfke hissedilme sıklığını ifade etmektedir. Sürekli öfke hali bireyde doğal bir tepki halini almıştır. Sürekli öfke yaşayan birinin de kendini kontrol etmesi zorlaşmaktadır. Öfkenin yıkıcı yanı kendini göstermekte kin, nefret, düşmanlık, saldırganlık, pişmanlık, korku ve üzüntü gibi duygular daha fazla yaşanmaktadır. Kişi çoğu zaman öfkesinin nedenini dahi bilmemekte ve öfke kişide yaşam tarzı halini almaktadır. Durumun sürekli devam etmesi ise ruh ve beden sağlığını bozmakta, hastalıklara yakalanmayı ve hastalıkların kronik bir hal almasına neden olabilmektedir (Özmen 2009, Karslı 2011, Çakar 2015, Kocaman 2017).

Durumsal öfke: Durumsal öfke, öznel duyguları içeren, hareketlenmeyi artıran ve otonom sinir sistemini canlandıran hafif dereceden şiddetli dereceli öfke ve gazaba kadar farklılaşan geçici duygusal ve psikobiyolojik durum olarak ifade edilmektedir. Çoğunlukla öfkeye neden olan haklı bir sebep vardır. Durumsal öfke, kişinin geçmişte yaşadığı kötü duyguların ani bir patlamasıdır (Karslı 2011, Çakar 2015, Kocaman 2017).

Durumsal öfkede parasempatik sinir sistemi etkilidir. Beyne ‘sakin ol, tehlike geçti, rahatla’ mesajını parasempatik sinir sistemi verir. Öfkenin, bu şekilde yapıcı olarak kullanılması zihinsel ve bedensel güç sağlayarak kişilerde esenlik ve huzur duygusu oluşturmaktadır (Çakar 2015). Durumsal öfke, saldırganlık şeklinde ifade edildiğinde sosyal ilişkilerde, iş ve okul aktivitelerinde bozulmaya da neden olabilmektedir (Karslı 2011).

2.4.4. Öfke ifade tarzları ve öfke esnasında ortaya çıkan tepkiler

Öfke duygusu, ifade edilme biçimine göre yorumlanmakta, bazı kişiler öfkelerini dışa vurabilmekte bazıları içinde tutmakta, kimileri ise çeşitli savunma şekilleri ile kontrol etmeye çalışmaktadır. Öfkenin ifadesi, durumsal koşullara, kişinin özelliklerine ve düşünce yapısına göre farklılık göstermektedir (Öztürk 2019).

Öfke ifadesi sözel ve davranışsal belirtiler yoluyla açıkça ve doğrudan gösterilebileceği gibi yine aynı belirtiler yolu ile dolaylı olarak da gösterilebilmektedir. Öfkenin doğrudan ifadesi, tekmeleme, tokat atma, vurma, küfretme, bağırma, tehdit

etme, saldırganlık, öfke nöbetleri geçirme gibi başkalarını inciten ve çevreye zarar veren davranışlarla gözlenebilmektedir. Kişinin diğer insanlardan uzak durması, işbirliği yapmaması, sessizlik, unutkanlık, psikosomatik rahatsızlıklar, depresyon, çekingenlik, mutsuzluk ve gergin olma, sürekli alttan alma ve güceniklik gibi birçok belirti öfkenin dolaylı olarak ifade edilmesini gösteren işaretlerdir (Soykan 2003).

2.4.4.1. Öfkenin boyutları ve öfke esnasında ortaya çıkan tepkiler

İçsel bir deneyim olan öfkenin, fizyolojik, duygusal ve bilişsel boyutu vardır (Tüfekçi Hoşgör 2013, Avcı 2020). Öfkenin fizyolojik boyutu kalp atışının hızlanması, terleme gibi kişinin bedeninde ortaya çıkan bazı değişimleri kapsar. Bedeninde olan bu değişimlerin anlamlandırılması ise öfkenin bilişsel boyutudur. Fizyolojik ve bilişsel boyutlar bir araya gelerek duygusal boyutu oluşturmaktadır. Öfkenin davranışsal boyutunda ise kişi ne hissediyorsa onu davranışlarına yansıtmaktadır (Avcı 2020).

Öfkenin fizyolojik boyutunda sempatik ve parasempatik sinir sistemin etkileri gözlenmektedir. Sempatik sinir sistemi, öfke ve korku gibi yüksek uyarılmışlık durumlarında işlev göstermekte ve kişiyi içinde bulunduğu durumla mücadeleye hazırlamaktadır. Parasempatik sinir sistemi ise sempatik sinir sisteminin aksine kişiyi dinlenme durumuna getirmeye çalışmaktadır (Karslı 2011, Tüfekçi Hoşgör 2013). Öfke anında sempatik sinir sisteminin etkisi ile salınan adrenalin ve noradrenalinin organizma üzerinde etkileri gözlenmektedir. Bu etkiler kalbin uyarılması, kalp damarlarında vazodilatasyon, sindirimin yavaşlaması, gözbebeklerinin büyümesi, terleme, sıcaklık hissi gibi sempatik etkilerdir. Adrenalin ve noradrenalinin öğrenme, hafıza ve yoğunlaşma üzerine olumlu etkileri olduğu da belirtilmiştir (Karslı 2011).

Öfkeli kişilerde kaslarda gerginlik, kas seğirmeleri, kaş çatılması, diş gıcırdatma, sinirli yüz ifadesi, yüzde kızarma, yumrukları sıkma, titreme ve uyuşma hissi ile nefes almada zorlanma (tıkanma), sıcak basması, terleme, kontrolünü kaybetme, baş ağrısı gibi bir dizi fizyolojik belirtiler de ortaya çıkabilmektedir (Tüfekçi Hoşgör 2013).

Öfke duygusu, sosyal ve bilişsel boyutuyla, öfkenin kişi tarafından nasıl algılandığı ve anlamlandırıldığı ile ele alınmaktadır. Sosyal öğrenme kuramında bahsedildiği gibi birey taklit, model alma, gözlem yapma yolları ile öfkeyi ve saldırganlığı öğrenmektedir. Bireyin geçmiş yaşantısı, deneyimleri ve inançları ile ortaya çıkan çağrışımlar öfkenin yaşanmasında belirleyici olmaktadır (Tüfekçi Hoşgör 2013, Atile 2015).

Bireyin öfke duygusu karşısında gösterdiği davranışları ise öfkenin davranışsal boyutudur. Öfke, santral sinir sistemi aracılığıyla yönlendirilip algılanmaktadır. Bireyin mantık dışı düşünce yapıları, geçmiş yaşantıları ve olaylarla ilgili çağrışımları ortaya

çıkacak öfkenin seviyesini ve kişinin öfke ifade şeklini belirlemektedir (Tüfekçi Hoşgör 2013, Eroğlu ve İrdem 2016).

Öfkenin bastırılması veya saldırgan davranışların sergilenmesi, öfkenin sağlıklı şekilde ifadeleri olarak ele alınmaktadır. Öfkenin sağlıklı ifade edilişi ise öfkenin tanınması ile başlamaktadır. Öfkenin davranışsal etkilerine bakıldığında ilaç ve alkol kullanımı, sigara tiryakiliği, aşırı besin tüketimi, huzursuzluk, saldırganlık, düşünmeden hareket etme, intihar eğilimi, dışlanma ve geri çekilme şeklinde ortaya çıkmaktadır. Öfkenin kronik bir hal almasında ise toplumsal etkiler daha çok öne çıkmaktadır. Tatminsizlik, iş yapamaz hale gelme, sürekli mahkemelik olma, sık sık iş değiştirme, kaza yapma ve zayıf ilişkiler karşılaşılan durumlar arasındadır (Karslı 2011, Tüfekçi Hoşgör 2013).

2.4.4.2.Öfke ifade tarzları

Kişinin öfkelenildiği olayı nasıl ifade ettiği önemlidir. Bu ifade şekli kişiden kişiye değişmekte ve genel olarak literatürde “öfke ifade biçimleri” olarak tanımlanmaktadır. Öfke denildiğinde ilk akla gelen öfkenin olumsuz bir duygu olmasıdır. Aslında öfke duygusunun olumsuz yanı, onun hissedilişinden değil öfkenin ifade biçimi ve tarzından dolayı ortaya çıkmaktadır (Avcı 2020).

İnançlarımız, değerlerimiz, düşüncelerimiz farklı olsa da insanların duyguları birbirine çok benzemektedir. Öfkenin suçluluk duyulmadan, haklı gösterilmeye çalışılmadan kabul ve ifade edilmesi öfkeye karşı sağlıklı yaklaşımın ilk ve en önemli şartıdır. Öfke ifade tarzı bireyin öfke duygusu karşısında gösterdiği tepkisidir (Karslı 2011).

Uygun şekilde ifade edilemeyen öfke duygusu insan ilişkilerine zarar verebilmekte bastırıldığında ise pasif-agresif tavırlara neden olabilmektedir (Günüşen Partlak 2016). Sağlıklı şekilde ifade edilemeyen öfke bireyin enerjisini tüketerek, davranışlarını kontrol etmede güçlük çekmesine, ifade edilmemiş öfke ise bireyin içten içe kızgınlık ve gücenme duyguları yaşamasına neden olmaktadır (Bayrı 2007, Thomas 2009). Öfkenin ifade ediliş biçiminin öğrenmeyle olan bağlantısından dolayı toplumsal ve bireysel farklılıklar göstermektedir (İlhan 2014).

Sosyal psikolog Carol Tavris öfkenin ifade edilişinde beş şart sağlanmış ise öfkenin doğru ifade edilmiş olduğunu savunmaktadır. İlki öfke ilgili kişiye yönelik olursa, ikincisi kontrolü geri kazanma ve adaleti sağlama arzusu varsa, üçüncüsü öfke değişime isteklendirir ya da karşıdaki insanın davranışını anlamayı sağlarsa, dördüncü olarak öfke ifadesinin karşıdaki insana anlamlı geliyorsa ve son olarak da ifade

misilleme değil dayanışma amacı içeriyorsa öfke doğru ifade edilmiş demektir (Karslı 2011).

Yılmaz'ın (2009) aktardığına göre Cüceloğlu, öfkenin ifade biçiminin kişinin yaşadığı engellenmenin kaynağına bağlı olarak değiştiğini ifade etmiştir. Engellenme çevreden kaynaklanıyorsa öfkenin hedefi çevresel faktörler, kişinin içinden gelen içsel bir nedene bağlı ise öfkenin hedefi kişinin kendisi olmaktadır.

Doğru ifade edilmeyen öfke, mide rahatsızlıkları, baş ağrıları, dermatolojik sorunlar, sinir sistemi rahatsızlıkları, solunum problemleri, böbrek rahatsızlıkları, genital sorunlar gibi fizyolojik sorunlara, depresyon, uyku bozuklukları, psikosomatik bozukluklar, saldırganlık var olan rahatsızlıkların kötüleşmesi gibi psikolojik sıkıntılara yol açabilmektedir (İlhan 2014).

Öfkenin ifadesini kültürel özellikler, beklentiler, çevre ve aileden öğrenilmiş davranışlar, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, alkol ve sigara kullanımı, aile bireylerinin çocuklara davranış şekli ve kişilik özellikleri gibi faktörler etkilemektedir (İlhan 2014, Sonkaya vd 2017).

Genel ve çok kullanılan bir sınıflama yapan Spielberger (2010), öfke ifade tarzlarını içselleştirilmiş öfke, dışsallaştırılmış öfke ve öfke kontrolü olmak üzere üç boyutta ele almaktadır.

Öfkenin içe yönelmesi: Bazı insanların öfkesini ifade etmede zorlandığı görülmektedir. Bu zorlanmanın nedeni kendi içlerinde koydukları kurallar ve ölçülerdir. Bu durum bir nevi öz disiplin sorununun varlığını da gösterebilmektedir. Bireyin açığa vuramadığı duyguları birikerek o kişiye karşı kinlenme boyutuna kadar ilerleyebilmektedir. Açığa çıkarılmayan öfke duygusu kişiyi fizyolojik olarak etkileyerek sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Öfkesini açığa vuramayan bireyler kendini çaresiz hissetmekte depresyon ve buna bağlı olarak intihar gibi istenmeyen durumlar meydana gelebilmektedir (Özmen 2009, Atile 2015, Çakar 2015).

Öfkesini içine atan bireyler öfkelendiklerini kabullenmekte zorlanmakta, somurtarak, küserek karşıdaki kişinin kendi düşüncelerini okumalarını beklemektedir. Bu durum öfkeyi ortaya çıkaran konu hakkında konuşma ve öfkelenilen bireyle iletişime geçip çözüm sağlamayı zorlaştırmaktadır. Öfkeleri zamanla acı çekme veya gücenmeye dönüşebilmektedir. Öfkelerini içe yönelten kişilerin öncelikle öfkelerini tanıyıp öfkelerini ifade etmeye engel durumları araştırmaları gerekmektedir (Özmen 2009, İlhan 2014, Atile 2015, Çakar 2015).

Öfkenin dışı yönelmesi: Öfkenin genellikle sözel olarak kontrolsüzce ifade edilmesidir. Öfkesini bu tarz ifade eden bireyler enerjilerini dışarıya atarlar. Bu bireyler, sergiledikleri zorbalıklar ile çevrelerine zarar verici ve onları küçük düşürücü şekilde davranırlar. Kontrolsüz şekilde dışarıya atılan öfkenin sürekli bu şekilde devam etmesi

zamanla kişiler arası ilişkilerde sorunlara yol açmaktadır (Özmen 2006, İlhan 2014). Dışa yönelik öfkenin kişinin çevresi ile çatışma yaşamasına, benlik saygısında azalmaya ve sosyal yaşamda uyumsuzluklara neden olabildiği belirtilmiştir (Avcı 2020).

Öfkenin kontrol edilmesi: Öfkenin oluşturduğu olumsuzlukla baş etmeyi sağlayarak sakin ve duygu ve düşüncelerin karşındaki kişiye ifade edilmesidir (İlhan 2014).

2.5. Öfke Kontrolü, Hemşirelik ve Öfke

2.5.1. Öfke kontrolü

Lerner (2019), birçoğumuzun öfkemizi, kendimizi ve ilişkilerimizi açıklığa kavuşturup güçlendirmede kullanma noktasında yardım görmediğini, yardım alanların da öfkeden korkmayı, öfkeyi reddetmeyi, başka hedeflere yönlendirmeyi ya da kendine çevirmeyi öğütlediğini ifade etmiştir. Ona göre insan, öfke enerjisini kendi saygınlığını ve kendini geliştirmede kullanmalıdır.

Kişinin öfke duygusunun farkına varması, öfkesini kendisine ve çevresine zarar vermeden, doğru bir şekilde ifade edilmesine öfke kontrolü denir (Avcı 2020). Öfke kontrolündeki amaç, saldırganlık ve şiddet içeren davranışlardan uzak, kişinin kendine ve çevresine zarar vermeyecek şekilde öfkesini ifade edebilmesidir. Öfkenin kontrolü, öfkenin bastırılması ya da öfkeye tepki verilmemesi değildir (Özmen 2006, Yılmaz 2009, İlhan 2014). Öfke kontrolü, öfkelenmemek, öfkeyi unutmak, belli etmemek, alttan almak, hakkını savunmamak, kendini ortaya koymamak değil bilakis sonrasında pişmanlık duyulacak ani tepkilerden kaçınıp, sorunu anlama çabası ve insani çözümler üretme sürecidir (Kayaoğlu 2018).

Uygun şekilde ifade edilmeyen öfke, kişilerin yalnızlaşmasına, çevresinin kendisinden uzaklaşmasına, benlik saygısında azalmaya, aile içi ve kişilerarası çatışmalara, suçluluk duygusu yaşanmasına neden olmaktadır (Duran vd 2016).

Öfkenin kabul edilebilir biçimde yönetilmesi için geçilmesi gereken dört aşama bulunmaktadır. Öfke ile baş etmede ilk basamak öfkenin kabul edilmesidir (Kocaman 2017). Kişi öfkeli olduğunu kabullenmezse öfkesinin altında yatan gerçek nedenin tespiti imkânsız olacaktır. Sonraki adım öfkenin kaynağını bulmaktır. Bu aşama bazen açık bazen ise çok karışıktır. Eğer öfke nedeni çok güçlü bir kaynaksa ve kişi baş edemeyecekse bu kez öfke yer değiştirerek başka kişi/nesnelere yönlendirilmektedir. Neden öfkeli olduğunu anlamak ise üçüncü aşamadır. Öfke kaynağı açıkça görülse bile bazen öfkenin gerçek nedenini bulması kolay olmaz. Bu aynı buzdağının görünmeyen

yüzü gibidir. Öfke yönetiminde son aşama ise öfke ile gerçekçi bir biçimde mücadele etmektir. Burada öfkeli kişi karşı taraftan gelecek kışkırtmalara karşı sükûnetini kaybetmemelidir (İlhan 2014, Çakar 2015).

Öfke kontrol yöntemleri genel bir sınıflama yapıldığında, problem çözme, bilişsel, duyuşsal, davranışsal ve iletişim boyutlarını içeren yöntemler olarak karşımıza çıkmaktadır (Bilge ve Ünal 2005).

1. Problem çözme: Bireyin öfke oluşturan durum karşısında duygusal boyutu azaltarak sorunun ne olduğunu anlayıp problemi tanımlaması sorunun çözümünü kolaylaştırır. Problem çözme süreci, problemi küçük parçalara ayırarak problem nedenini tanımlanma, problem çözümüne yönelik hedefleri belirleme, çözüme yayar sağlayabilecek seçeneklerin oluşturulması, uygun olan çözümün seçilip plan yapılması ardından uygulanmış planın gözden geçirilip değerlendirilmesi gibi basamaklardan oluşmaktadır. Sorunun çözülemeyecek bir durum olduğunda ise sorunla yüzleşerek nasıl baş edileceğini bulmak en iyi çıkış yoludur (Portakal 2018).

2. Bilişsel boyuttaki yöntemler: Farkındalık, kemikleşmiş bir alışkanlığın değişimi için temel unsurdur ve farkındalık güçlü bir dosttur (Puff ve Seghers 2019). Öfke kontrolünde bilişsel yöntemler kişinin düşünce tarzını değiştirmesi anlamına gelmektedir. Öfke kontrolünde bilişsel boyutu incelerken atılması gereken ilk adım kişinin öfkelenildiğini kabul etmesi ve bunu kendine itiraf etmesidir (Çakırca 2020). Bireyler öfkenin zararlarından ancak öfkelerini tanıdıklarında ve kendileri için yapıcı bir şekilde ifade ettiklerinde kurtulabilir. İstenilen ise öfkenin sözel ifadesidir (Yılmaz 2009). Öfkeyi fark etme kişiye geri adım attırarak olayı dışarıdan izleyebilme fırsatı tanımaktadır (Puff ve Seghers 2019).

Öfkelenen bireyin o andaki düşünceleri genelde gerçeği yansıtmaz. Birey olayı çoğunlukla çarpıtılmış biçimde algılar. Bu tarz düşünceleri fark edip değiştirmesi gerekir. Kişi öfkelenildiğinde yaşamın iniş ve çıkışlarından bazılarını yaşadığını düşünmeli, yaşanan bu olayın dünyanın sonu olmadığını, o anda öfkeleniyor olmasının bu olayı yaşanmamış hale getiremeyeceğini anımsayabilmelidir (Bilge ve Ünal 2005, İlhan 2014). Sonuç olarak bilişsel yöntemler esas olarak düşünceyi kapsamaktadır ve bilişsel yöntemlerin temel amacı bu düşünceleri davranışa, iletişime ve duygusal süreçlere doğru şekilde dönüştürerek yansıtmaktır (Çakırca 2020).

3. Duyuşsal boyuttaki yöntemler: Öfke kontrolünde duyuşsal boyuttaki yöntemler 3 adımda açıklanabilmektedir. Bunlardan ilki biofeedback uygulama yöntemidir. Bu yöntemde öfke anında vücudun verdiği tepkileri keşfedip, fiziksel uyarılmayı azaltarak, davranış ve düşünceleri değiştirmek için öfkeyi ipucu olarak kullanmak faydalı olmaktadır. Kişi öfkelenildiğinde vücudunun gönderdiği iletileri fark etmeye başladığında, vücut dilini değiştirebilir. Örneğin vücudunun gerildiğini

hissediorsa rahatla mesajı verebilir. İkinci adım alternatif (öfke ya da fiziksel uyarılma karşısında başka bir uyarılma) uyarılma oluşturmak için öfkenin ipucu olarak kullanılmasıdır. Son adım ise uyarılmanın yönünü değiştirerek öfke sonucu oluşan enerjinin de üretime dönüştürülerek kaynak olarak kullanımıdır (Bilge ve Ünal 2005, Karslı 2011).

Kişi öfkelenildiğinde bir süre sakin kalabilirse daha sağlıklı düşünebilir. Kişinin öfkelenildiği konuda sağlıklı karar verebilmesi için kişinin öncelikle sakinleşip bir süre kendine zaman tanınması en doğru yaklaşımdır (Karslı 2011).

Puff ve Seghers (2019), öfkeyi kontrol etmeyi rahatlama, durumu yeniden değerlendirme ve tepki üretme olarak üç adımda açıklamakta, bu yöntemden yararlanacak kişilerin ise yüksek motivasyona sahip olması gerektiğini vurgulamaktadırlar.

Duyuşsal yöntemler özet olarak öfke anında vücudun içinde bulunduğu durumun, karşıya verdiği mesajın ve vücudunun verdiği fizyolojik tepkilerin farkına vararak bunları değiştirme ve öfkeyi kontrol altında tutma yoludur (Çakırca 2020).

4. Davranışsal boyuttaki yöntemler: Öfke kontrolünde davranışsal boyuttaki yöntemler öfke anında yapılabilecek sakinleştirici davranışları ve öfkeye neden olabilecek gıdalardan uzak durmayı kapsamaktadır (Çakırca 2020).

Sağlıklı beslenme: Öfke açısından sağlıklı beslenme davranışı incelendiğinde özellikle bazı gıdaların stres ve öfke kontrolü üzerinde etkili olabileceği ifade edilmiştir. Tuzun kan basıncını artırıcı özelliğinden, kafeinin uyarıcı etkisinden ötürü bu gıdalardan mümkün olduğunca uzak kalınmalıdır. Diğer yandan yemek yerken yavaş ve acele etmeden yenilmesi, yeterli ve dengeli beslenilmesi, öfkeyi bastırmada daha fazla yemek yeme davranışının engellenmesi de tavsiyeler arasında yer almaktadır (Karslı 2011).

Olay yerinden uzaklaşma: Bazen öfkenin kaynağı kişinin yakın çevresinde yer almaktadır. Psikiyatristler, diğer öfke kontrol yöntemlerine alternatif olarak bulunan sosyal ortamı değiştirmeyi vurgulamıştır. Bunun amacı öfkeli anında kişinin yanlış karar vermesini engellemek ve sakin kalıp olayı tekrar değerlendirmektir (Karslı 2011, Çakar 2015). Öfkeli anda sakinleşmek için ilk olarak sessiz bir ortama geçip oturulmalı, gözler kapatılıp doğru ve derin nefes alınmaya çalışılmalıdır. Arkasından, sözel telkinlerle olumlu etiketlemeler (şimdi daha sakin olmalıyım, kendimi kontrol edebilmeliyim) yapılmalıdır (Tatlılıoğlu 2013, Çakar 2015, Kocaman 2017).

Stres azaltıcı bir ortam oluşturma: Bireyin, bazı olumsuz duygulardan kafası karışmışsa sağlıklı düşünmek ve sağlıklı karar almak için, sessiz sakin bir ortamda öfkeye neden olan asıl nedeni bulmaya çalışmasıdır (Karslı 2011).

Gevşeme teknikleri: Bu tekniklerin amacı öfke anında kaslarımızda ortaya çıkan gerginlikleri fark etmek ve bunları gevşetmektir (Çakırca 2020). Bu konuda farklı gevşeme teknikleri bulunmaktadır. Kasların gevşetilmesi öfkeli anlarda vücudun tepkilerini azaltarak, uzun vadede bireyin sağlıklı kalmasını sağlayacaktır. Dans, spor, bisiklete binme, yürüyüş, gülmek, masaj, seks, hayal kurma ve meditasyon da öfkeli durumlarda gevşemeye yardımcı aktivitelerdir (Karslı 2011).

Hayal kurma: Bireyin, öfkeli ortamda kendine huzur veren bir ortamı düşünerek gevşemesi tekniğidir. Kişi bu ortamda sevdiği bir kişiyi ya da sevdiği bir işi yapmayı hayal edebilir (Karslı 2011).

Mizah: Öfke kontrolünde mizah kullanılması kişiye objektif bir bakış açısı sağlayarak onu denge kurmaya yönlendirir. Mizahın insanlar üzerinde pozitif bir enerjisi vardır. Öfkelenildiğinde mizaha başvurmak öfkeyi ve öfkenin yıkıcı etkilerini azaltır. Ancak burada dikkat edilmesi gereken noktalar karşıdaki insana alaycı ya da aşağılayıcı bir yaklaşım sergilememek ve mizahı, sorunlara gülüp geçilecek bir tutum olarak kullanmamaktır (Bilge ve Ünal 2005, Karslı 2011, Çakar 2015, Kocaman 2017).

5. İletişim boyutundaki yöntemler: İletişim becerileri her zaman önemlidir. Öfkeli insanların iletişim kurma becerileri ise zayıftır. Aslında öfkeli insanlar öfkelerini iyi iletişim kuramamalarına bağlamaktadırlar. Aşırı öfke problemi yaşayan insanların sağlıklı iletişim becerisi kazanmaları da nihai bir değişim sağlayacaktır (Puff ve Seghers 2019).

Başarılı bir iletişim kurmada en önemli anlayış, tüm insanların kıymetli olduğu ve herkes için anlattığı şeylerin çok önemli olabileceği ve herkesin anlattıklarının dinlenmesi hakkına sahip olduğu anlayışıdır (Kocaman 2017). Bazı iletişim tekniklerinin öfkeyi kontrol etmede hayata geçirilmesi gereklidir. Bu teknikler; dinleme, kendini uygun ifade etme, kişiler arası çatışmaları fikir birliğine vararak çözme, yapıcı eleştiri yapabilme ve alabilme becerisi, kişinin davranışının aykırı olduğunu ben diliyle ifade etmedir (Bilge ve Ünal 2005).

Öfkeyi iletişim kanalı ile kontrol etmede diğer önemli alternatif, girişkenlik eğitimidir. Girişkenlik, kendi fikirlerimizi, bakış açımızı karşıımızdaki kişileri hakkına da saygı duyarak uygun şekilde ifade edilmesi davranışını kapsamaktadır. İçinde bulunduğumuz toplumda bizler başka toplumlara nazaran “ayıp olur” “başkası üzülür, kırılır” ve “uyumlu ol” gibi gerçeği yansıtmayan düşüncelerle daha fazla baskı altında bulunmaktayız. Girişkenlik eğitimi ile bireyin sosyal ortamlarda duygularını doğrudan, dürüst bir biçimde ve uygun yöntemlerle ifade etmesi amaçlanmaktadır. Duyguların üzerinde konuşulması, yüz ifadesinin kullanılması ve ben dilini kullanma gibi bazı egzersizleri içermektedir (Kocaman 2017).

2.5.2. Hemşirelik ve öfke

Çalışan bireylerin iş ortamı, hayatlarında önemli bir yer tutmakta ve günlerinin büyük kısmını içermektedir. İş hayatında çalışma şartları ile çalışan arasında etkileşimli bir ilişki vardır. Çalışanların mesleki görevlerini yerine getirmeleri için onlara fiziksel ve psikolojik açıdan korunaklı çalışma ortamı sağlamak, çalışanları yönetmede öncelikli ve önemli sorunlardır. Zamanlarının çoğunu iş ortamında geçiren bireyler bir dizi psikolojik, fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını iş ortamından beklemektedir. Bu gereksinimler karşılanmazsa çalışanların yaşamdan aldığı doyum, ruhsal ve fiziksel sağlık etkilenmektedir. Duygular insan yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. Dolayısı ile çalışma hayatı da bireyin duygusallığından etkilenmektedir (Polatçı ve Özçalık 2015, Bal 2019).

Hemşireler çalışma koşulları, ücret yetersizliği, zor hastaya bakım verme, meslektaşlarından ve yöneticilerinden yeterli destek alamama, şiddet olaylarıyla karşılaşma, hasta sayısının fazla olması, istenilen bakımın verilememesi, iletişim problemleri, ekip üyeleri ile çatışmalar gibi nedenlerden dolayı öfke duygusunun sık hissedildiği bir meslektir (Öztürk 2019). Bu sorunlara ek olarak hemşirelik mesleğinin daha çok kadınlar tarafından tercih edilmesi de stresin boyutunu artırmaktadır. İş hayatından kaynaklı zorluklara ev hayatında kadın ve anne rolünün getirdiği sorumluluklar ile toplumsal baskılar da eklenmektedir. Bu sorunların neticesinde hemşirelerde gastrointestinal, kardiyovasküler ve psikolojik sorunlar, kanser, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesi, mesleki doyumsuzluk, yorgunluk, dikkatsizlik, uyku düzensizlikleri ve kontrolsüz öfke yaşantısı ortaya çıkmaktadır (İlhan 2014, Çakar 2015).

Klinik ortamda hemşirelerin öfke davranışının yapıcı ifade edilmediği belirtilmektedir. Hemşirelerde öfke; devamlı yemek yeme gibi içeri atma, sürekli yorgunluk hali, var olan sorunlar hakkında sürekli söylenme şeklinde ifade edilmiştir. Bu durum fiziksel sağlık sorunları, depresyon ve benlik saygısında azalma gibi sorunlarla sonuçlanmaktadır (Thomas 2004, Bayrı 2007).

Hemşireler öfkelenedikleri zaman öfke kaynağının farkına varıp, etkin bir şekilde baş etmek ve ilgili kişilerle iletişim kurmak yerine genelde sessiz kalmakta, bastırma, inkâr ya da yansıtma gibi savunma mekanizmalarını kullanmaktadır. Sıklıkla öfkelerini dolaylı bir şekilde pasif-agresif davranışlarla, bazen de öfke patlamaları şeklinde direkt göstermektedir (Çakar 2015).

2.6. Hemşirelik Alanında Uyku ve Öfke ile İlgili Yapılmış Çalışmalar

Hemşirelerde uyku kalitesi ve öfke ifade tarzı arasındaki ilişkiyi araştıran bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Fakat hemşirelerde uyku kalitesi ve öfke ile ilgili ayrı ayrı yapılmış çalışmalar bulunmaktadır.

Türkiye’de ve yurt dışında hemşirelerde uyku ile ilgili yapılmış çalışmalarda hemşirelerin uyku kalitesinin kötü olduğu tespit edilmiştir (Bayrı ve Kelleci 2009, Fışkın vd 2013, Günaydın 2014, McDowall vd 2017, Yoo ve Kim 2017, Park vd 2018, Çetinel ve Özvurmaz 2018, Dağcan 2019, Alcan 2019, Kirhan ve Uzer 2019, Khatony vd 2020)

Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada farklı vardiyalarda çalışan 163 hemşireye anket çalışması yapılmış, gece vardiyasında çalışan hemşirelerin %70’inden fazlasında uyku yetersizliği olduğu ve bu grupta stres belirtilerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada ileri yaş, yeterince alınmamış uyku, mide-bağırsak rahatsızlıkları, gerginlik, uyku yetersizliğine sebep olan risk faktörleri olarak bulunmuştur (Chan 2009).

Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesinin genel olarak vardiyasız çalışan hemşirelerden daha kötü olduğu birçok çalışma ile tespit edilmiştir (Roodbandi vd 2016, Zhang 2016, Karakaş vd 2017, Dai vd 2019).

Doğan ve diğerlerinin (2019) vardiyalı sistemle çalışan 243 hemşire ile yaptığı çalışmasında vardiyalı çalışan hemşirelerin düşük uyku kalitesine sahip olduğu, çocuk sahibi olma, ekonomik durum, ilaç kullanımı ve ek iş yapma durumu, gece vardiyasının getirdiği zorluklar, sosyal hayatı ve aile ilişkilerini etkileme durumu gibi değişkenlerden uyku kalitesinin etkilendiği belirlenmiştir.

Park ve diğerlerinin (2018) hemşirelerle yaptığı çalışmasında, hemşirelerin uyku kalitesinin düşük olduğunu ve bu durumun hemşirelerde iş verimliliğinin düşmesine neden olabileceğini ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin uyku kalitesi ile ruhsal bozuklukları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilen bir çalışmaya 105 hemşire katılmış, hemşirelerin %52,9’unun ruhsal sorunu olduğu ve %70,9’unun düşük uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin uyku kalitesinin artmasıyla ruh sağlığının iyileştiği, uyku kalitesinin çalışma yılı, eğitim düzeyi, haftalık çalışma saati ve hemşire başına düşen hasta sayısı gibi değişkenler ile ilişkili olduğu, bunların yanında vardiyalı çalışma şeklinin hemşirelerin uyku latensini, öznel uyku kalitesini ve uyku süresini etkilediği ve uyku açısından gündüz işlev bozukluğuna yol açtığı belirlenmiştir (Günaydın 2014).

Farklı vardiyalarda çalışan toplam 63 hemşireyle uyku kalitesini araştıran bir çalışma yapılmıştır. Çalışma için veriler, objektif olarak aktigrafi adı verilen bir cihaz ile toplanmıştır. Çalışmaya katılan her bir hemşire uyku günlüğü tutmuştur. Sonuç olarak sürekli değişen vardiyaların hemşirelerin sirkadiyen ritimlerini bozabildiği saptanmıştır. Bu durumun hemşirelerde uyku yoksunluğu ve önemli fizyolojik ve psikolojik etkilere yol açabileceği belirtilmiştir (Niu vd 2017).

Chaiard ve diğerlerinin (2019), Tayland'da yaptığı uyku bozuklukları ve ilişkili faktörler isimli çalışmasında 221 hemşirenin yaklaşık % 76'sının 7 saatten az uyuduğu, % 8,6'sının uyku apnesi için yüksek risk grubunda olduğu bulunmuştur.

Bayrı ve Kelleci'nin (2009) 614 hemşire ile yaptığı çalışmasında hemşirelerin genel sağlık durumları ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin öfkelerini kontrol edebildikleri, öfke ifadesinin hemşirelerin genel sağlık durumları üzerine etki eden faktörlerden birisi olabileceği, öfkesini kontrol eden hemşirelerin genel sağlık durumlarının daha iyi olduğu, öfkesini içe atan veya dışa yansıtan hemşirelerin genel sağlık durumlarının bozulduğu sonucuna varılmıştır.

Kocatepe ve diğerlerinin (2017) palyatif ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin bakım davranışları ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaya 64 hemşire katılmıştır. Çalışma sonucunda palyatif ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin öfke kontrolü ve ifade tarzlarının hemşirelik bakım davranışlarını etkilediği tespit edilmiştir.

Onan ve diğerlerinin (2019) ameliyathanede görev yapan hemşire ve hekimlerin iletişimde yaşadıkları sorunların ve öfke ifade tarzlarının tespiti amacıyla yaptıkları araştırmada, katılanların %60,7'sinin ekiple iletişimlerini olumlu değerlendirdikleri, hemşire ve hekim grubunun ekiple olan iletişim sorununu ameliyathanede en az karşılaşılan sorunlar arasında olduğunu belirtmiştir. Hemşire ve hekimlerin iletişim problemlerine neden olan faktörleri farklı değerlendirdikleri, iletişim sorunlarına çözüm odaklı yaklaştıkları, ekip içi iletişimi etkileyebilecek çeşitli sorunlarla karşılaştıkları ve öfkelerini kontrol edebildikleri tespit edilmiştir.

Aydoğan ve Özkan'ın (2020) çalışmasında hemşirelerin iletişim becerileri ve öfke yönetimlerini incelenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin iletişim beceri düzeyinin ortalamanın üzerinde olduğu, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının iletişim becerileri üzerinde olumsuz etkisi olduğu sonucu bulunmuştur.

2.7. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Hemşirelerin uyku kalitesi ile öfke ifade tarzları arasında ilişki vardır.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma hemşirelerde uyku kalitesi ile öfke ifade tarzı arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla kesitsel ve ilişki arayıcıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Şubat 2020 - Kasım 2020 tarihleri arasında Isparta Şehir Hastanesi'nde yapılmıştır. 2017 yılında hizmete açılan hastane 810 yataklı olup, bu yatakların 176'sı yoğun bakımda yer almaktadır. Ayrıca 167 poliklinik, 20 ameliyat, 9 TDL (travay-doğum-lohusa) odası, yandal klinikleri, acil servis, anesteziyoloji ve reanimasyon, cerrahi klinikler, dahili klinikler, yoğun bakımlar, endoskopi ünitesi, görüntüleme üniteleri ve laboratuvarlar bulunmaktadır. Araştırmanın başladığı tarih itibari ile hastanede 643 hemşire görev yapmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Isparta Şehir Hastanesi'nde çalışan 643 hemşire oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmeden evren üzerinden çalışılmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü 340 hemşire ile çalışma yürütülmüştür.

Araştırmanın dahil edilme kriterleri: Araştırmaya Isparta Şehir Hastanesi'nde çalışan, en az 6 aydır vardiyalı sistemle çalışan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler dahil edilmiştir.

Araştırmanın dışlama kriterleri: Çalışmada belirtilen tarihler arasında raporlu, izinli olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hemşireler araştırmanın dışlama kriterlerini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni: Hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeğinden (SÖÖTÖ) aldıkları toplam puan araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri: Araştırmaya katılan hemşirelerin Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) 'den aldıkları toplam puan, hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri (cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk sayısı), hemşirelerin çalışma ortamı ve kişilik özelliklerine (hizmet yılı, görevi, çalıştığı birim, birimdeki hizmet süresi, çalışma biçimi, haftalık çalışma saati, bakım verdiği hasta sayısı, ekonomik durumu, hastalık varlığı, sağlık algısı, sigara ve alkol kullanımı, spor alışkanlığı, nöbetlerde yaşadığı zorluklar ile kişinin öfke kontrolü konusundaki açık uçlu sorulara verilen cevaplar) ait bilgiler araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan veri toplama formu, PUKİ ve SÖÖTÖ kullanılmıştır.

Veri toplama formu (EK 1): Veri toplama formu araştırmacı tarafından hazırlanan hemşirelerin sosyodemografik bilgilerinin (6 soru), meslek yaşamına ve çalışma ortamına ait bilgilerin (18 Soru) olduğu toplam 24 sorudan oluşan bir formdur. Bu sorular literatür (Bingöl 2006, Bayrı 2007, Yılmaz 2009, Taş 2012, Öztuna 2013, İlhan 2014, Çetinoğlu 2018, Dağcan 2019) incelenerek oluşturulmuştur.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) (EK 2): PUKİ, Buysse ve diğerleri (1989) tarafından geliştirilmiş, Ağargün ve diğerleri (1996) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup iç tutarlılık katsayısı 0.80 'dir. Bu çalışmada cronbach alfa değeri 0,82'dir. PUKİ, son 1 ay içerisindeki uyku kalitesi ile uyku bozukluğunun tipi ve şiddeti konusunda bilgi sağlayan bir ölçektir. Bu ölçek, toplamda 24 sorudan oluşmaktadır. İlk 19 soru kişi tarafından son 5 soru ise eş veya bir oda arkadaşı tarafından yanıtlanmaktadır. Son 5 soru puanlamaya dahil edilmez, yalnız klinik bilgi için kullanılır. 19. soru bir oda arkadaşının ya da eşinin olup olmadığı ile ilgilidir ve ölçeğin bileşen puanlarının

hesaplanmasında dikkate alınmaz. Kişi tarafından cevaplanan 18 soru ile öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanım durumu, gündüz işlev bozukluğu olarak 7 alt boyutta değerlendirilmektedir. Ölçekte bulunan her madde 0 (hiç sıkıntı olmaması) ile 3 (ciddi sıkıntı olması) puan arasında bir değer almaktadır. Yedi alt boyut puanının toplamı, toplam PUKİ puanını vermektedir. Her bir alt boyutun puanı 0-3 arasında değişmektedir. PUKİ puanlaması 0-21 arasında bir değer almaktadır. Bazı bileşenler tek bir maddeden ibaretken bazıları birkaç maddenin gruplandırılmasıyla oluşturulmaktadır. PUKİ puanı 5 ve altında olanların uyku kalitesi “iyi”, 5’ten yüksek olanların ise uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilmektedir. Ölçek, uyku bozukluğunun varlığını ya da yaygınlığını göstermemektedir (Gökoğlu Gürer 2018, Çetinol 2018, Esen 2018).

PUKİ’nin puanlaması aşağıdaki gibidir (Çetinol 2018, Esen 2018).

Bileşen 1: Öznel Uyku Kalitesi, soru 6’nın puanlamasıyla elde edilir.

Bileşen 2: Uyku Latensi, soru 2 ve 5a ‘nın puanlamasıyla elde edilir.

Soru 2 ve 5a’nın toplamı	Bileşen puanı
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3

Bileşen 3: Uyku Süresi, soru 4’ün puanlamasıyla elde edilir.

Bileşen 4: Alışılmış Uyku Etkinliği, soru 1, 3 ve 4 ile hesaplanır. Yatma saati (soru1) ile kalkma saati (soru 3) arasındaki süre hesaplanarak yatakta geçirilen süre bulunur. Daha sonra soru 4 ile uyuma saatlerinin süresi saptanır ve aşağıdaki gibi alışılmış uyku etkinliği hesaplanır.

*Alışılmış uyku etkinliği(%)= uyku süresi / yatakta geçen süre * 100*

Alışılmış uyku etkinliği	Bileşen 4 puanı
Uyku etkinliği $\geq$ %85	0
$\%75 \leq$ uyku etkinliği $< \%84$	1
$\%65 \leq$ uyku etkinliği $< \%74$	2
Uyku etkinliği $< \%65$	3
Bu değerlendirme sonucunda bileşen 4 elde edilir	

Bileşen 5: Uyku Bozukluğu, soru 5b-j' nin hesaplanması ile elde edilir. Soru 5 b, c, d, e, f, g, h, i, j sorulara ait toplam puan aşağıdaki gibidir.

Soru 5b- 5j toplamı	Bileşen 5 puanı
0	0
1-9	1
10-18	2
19-21	3
Bu değerlendirme sonucu bileşen 5 puanı elde edilir	

Bileşen 6: Uyku İlacı Kullanımı, soru 7'nin puanlamasıyla oluşturulur.

Bileşen 7: Gündüz İşlev Bozukluğu, soru 8 ve 9 'un puanlamasıyla oluşturulur.

Soru 8 ve 9 toplamı	Bileşen 7 puanı
0	0
1-2	1
3-4	2
5-6	3
Bu değerlendirme sonucu bileşen 7 puanı elde edilir	

*Tüm bu bileşen puanları toplanarak PUKİ puanı elde edilir.

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ) (EK 3): Öfke duygusu ve ifadesini ölçen bir ölçektir. Ölçek ile ilgili ilk çalışmalar Spielberger ve diğerleri tarafından 1980'lerin başında başlatılmış ve geliştirilmiştir. Ölçeğin orijinal adı The State Trait Anger Scale (STAS)'dır. Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Özer tarafından 1994' te yapılmıştır. Ölçek 34 maddeden oluşmaktadır. Sürekli Öfke (10 madde) ve Öfke İfade Tarzı (24 madde) olarak 2 alt ölçekten oluşmaktadır. Öfke ifade tarzı ölçeğinin 3 alt boyutu bulunmaktadır. Bunların her biri 8'er maddeden oluşmaktadır. Öfke Kontrol (11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34. maddeler), Öfke Dışa (12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33. maddeler) ve Öfke İç (13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31. maddeler) dir. Özer (1994) tarafından güvenilirlik çalışmasında elde edilen cronbach alfa değerleri ölçeğin alt ölçekleri için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Sürekli Öfke ölçeğinin alfa değerleri .67-.92, öfke Kontrolünün .80-.90, Öfke Dışa vurmanın .69-.91 ve Öfke İç atmanın .58-.76 arasında bulunmuştur (Özer 1994). Bu çalışmada cronbach alfa değerleri Sürekli Öfke 0,82, Öfke Kontrolü 0,84, Öfke iç 0,74 ve Öfke Dışa 0,78 olarak bulunmuştur. Ölçeğin

maddeleri hiçbir zaman (1 puan), bazen (2 puan), çoğu zaman (3 puan) ve her zaman (4 puan) olarak değerlendirilmektedir. Ölçekteki ilk 10 madde, sürekli öfkeyi sonraki 24 maddesi öfke ifade tarzlarını ölçmektedir. Sürekli öfke, kişinin genelde kendini nasıl hissettiğini, ne derece öfke yaşadığını, öfke ifade tarzında ise, genelde ne sıklıkta sözü edilen şekilde davrandığını ifade etmektedir. Sürekli Öfke ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan ise 40'tır. Öfke İç, Öfke Dış ve Öfke Kontrol alt boyutlarının her birinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32'dir (Özer 1994). Sürekli öfke puanının yüksek olması öfke düzeyinin yüksek olduğunu, öfke kontrol puanının yüksek olması öfkenin kontrol edilebildiğini, öfke dış puanının yüksekliği öfkenin kolayca ifade edildiğini öfke iç puanlarının yüksekliği ise öfkenin bastırılmış olduğunu gösterir (Özer 1994).

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma için kullanılacak olan veri toplama formu tez danışmanı ve tez öneri jürisi tarafından incelenmiştir. Form, öneriler doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. Veri toplama formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Dr. Saadettin Bilgiç Devlet Hastanesinde çalışan 10 hemşireye uygulanmıştır. Öneriler ve eleştiriler doğrultusunda formda gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

Öncelikle araştırma için Isparta Şehir Hastanesinde 08-16 ve 16-08 arası çalışan hemşireler tespit edilmiş ve hemşirelerin çalışma saatlerine göre formlar kliniklere araştırmacı tarafından ulaştırılmıştır. Çalışma hakkında hemşirelere bilgi verilmiş ve bu doğrultuda sözel onamları alınmıştır. Öz bildirim dayalı formlar olduğundan belirtilen hastanede formları hemşireler kendileri doldurmuştur. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

3.7. İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Ölçek puanlarına ait bulguların değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma ve medyan verilmiştir. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-

Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla ikili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi yapılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılması için Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 07.01.2020 tarihli 60116787-020/2084 sayılı toplantı kararında etik kurul onayı alınmıştır (Ek-6). Araştırmanın belirlenen hastanede yürütülebilmesi için kurum izni alınmıştır (Ek-7). Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapan Mehmet Yücel Ağargün’den 23.12.2019 (Ek-4) ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği’nin geçerlik ve güvenirliği çalışmasını yapan Kadir Özer’den 22.12.2019 (Ek-5) tarihlerinde mail yolu ile ölçek kullanım izinleri alınmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere; araştırmanın amacı, süresi, kapsamı ve kendisinden ne beklendiği açıklanarak gönüllülük ve isteklilik ilkesi doğrultusunda araştırmaya katılmaları için bilgilendirilmiş sözel izinleri alınmıştır. Otonomi ilkesi ışığında, araştırmaya katılan hemşirelere, araştırmaya katılıp katılmamada özgür oldukları, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları konusunda bilgi verilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan hemşirelerin verdikleri bilgilerin araştırma dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacağı ve başkalarının bu bilgilere ulaşmasına müsaade edilmeyeceği hususunda teminat verilerek, gizlilik ve sadakat ilkelerine bağlı kalınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma uygulamasına başlanacak tarih 1 Şubat 2020 olarak planlanmış ve uygulamaya başlanmıştır. Fakat bu süreçte dünyada Covid-19 pandemiden dolayı belirtilen bu tarihte uygulama aksamış ve dolayısıyla tezin uygulama planı uzamıştır. Bu süreçte hastanelerde çalışma prosedürleri değişiklik gösterdiğinden uygulamaya devam edilememiştir. Uygulamaya tekrar Covid-19 sonrası kaotik etkinin azaldığı tarih

aralığında (1 Mayıs 2020 – 30 Kasım 2020) başlanmıştır. Yine bu süreçte hastanenin bazı (yeni doğan yoğun bakım, 3. ve 4. kademe yoğun bakımlar) yoğun bakımlarında çalışan hemşirelere alınan önlemler nedeniyle ulaşılamadığından uygulama orada çalışanlara yapılamamıştır. Bu nedenle çalışmaya alınan hemşire sayısı sınırlı olmuş ve katılımın %53 olması çalışmanın sınırlılığını oluşturmuştur. Ayrıca toplanan verilerin yalnız çalışmanın yapıldığı hastaneye genellenebilmesi araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Ek olarak araştırmada kullanılan ölçeklerin özbildirime dayalı ölçekler olması çalışmada sınırlılık yaratabilir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya ait bulgular üç başlık altında verilmektedir.

- 4.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ve çalışma ortamına ilişkin bulgular
- 4.2. Hemşirelerin uyku durumlarına ilişkin bulgular
- 4.3. Hemşirelerin öfke durumlarına ilişkin bulgular

4.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Çalışma Ortamına İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1 Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Değişken (n=340)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	284	83,5
Erkek	56	16,5
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 37,24 \pm 8,18$ (yıl)]		
18-26	58	17,1
27-35	75	22,1
36-44	134	39,3
45 ve üzeri	73	21,5
Medeni durum		
Bekar	91	26,8
Evli	249	73,2
Çocuk sayısı		
1	61	24,8
2	152	61,8
3 ve üzeri	33	13,4
Eğitim düzeyi		
Sağlık meslek lisesi	7	2,1
Ön lisans	62	18,2
Lisans	254	74,7
Lisansüstü	17	5,0
Gelir durumu		
Gelir giderden az	126	37,1
Gelir gidere denk	188	55,3
Gelir giderden fazla	26	7,6
Tanı konmuş hastalık		
Hayır	251	73,8
Evet	89	26,2
Kendi sağlık algısı		
İyi	136	40,0
Orta	184	54,1
Kötü	20	5,9
Sigara kullanma		
Hayır	259	76,2
Evet	81	23,8
Alkol kullanma		
Hayır	279	82,1
Evet	61	17,9
Düzenli spor yapma		
Evet	41	12,1
Hayır	299	87,9
Kendilerini nasıl tanımlarlar		
Sabırsız	53	15,6
Sabırlı/sakin	178	52,4
Çok sabırsız/heyecanlı	53	15,6
Öfkeli	56	16,4
Hangi durumlar öfkelenendir		
Haksızlık	159	46,8
Düzensizlik, kural ihlalleri	38	11,2
Takdir görmeme, işinin önemsenmemesi	36	10,6
Saygısızlık, laubalilik, hakaret	26	7,6
Kendini ifade ederken yanlış anlaşılma	23	6,8
Fazladan iş yükü, angarya işler	22	6,4
Açlık, yorgunluk, uykusuzluk	19	5,6
Yalancılık	17	5,0
Öfkelerini nasıl ifade ederler		
Ses tonunu yükselterek	110	32,4
Sorunu paylaşarak	81	23,9
Jest, mimik ve beden diliyle	65	19,1
Sessiz kalarak	60	17,6
İğneleyici sözler kullanarak	12	3,5
Ortamdan uzaklaşarak	12	3,5
Öfke eğitimi alma durumları		
Evet	69	20,3
Hayır	271	79,7

Tablo 4.1.1’de hemşirelerin sosyodemografik özellikleri bulunmaktadır. Hemşirelerin %83,5’inin kadın olduğu, 134 hemşirenin (%39,3) 36-44 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının $37,24 \pm 8,18$ (yıl) olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %73,2’sinin evli, %61,8’inin 2 çocuğunun olduğu ve büyük kısmının (%74,7) lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin yarısından biraz fazlası (%55,3) gelirin gidere denk olduğunu belirtmiştir. Çalışma kapsamına alınanların %73,8’inin tanı konmuş bir hastalığı olmadığı, %54,1’inin sağlık durumunu orta düzeyde algıladığı, büyük kısmının sigara (%76,2) ve alkol (%82,1) kullanmadığı ve büyük bir çoğunluğunun (%87,9) spor yapmadığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hemşirelerin yarısından biraz fazlasının (%52,4) kendini sabırlı/sakin olarak tanımladığı, %46,8’i kendini en çok öfkeliendiren konunun haksızlık olduğunu belirtmiştir. Hemşirelerin öfkelerini ifade etme şekillerine bakıldığında %32,4’ünün öfkesini ifade ederken ses tonunu yükselttiği, %23,9’unun sorunu konuşarak paylaştığı saptanmıştır. Katılımcıların büyük kısmı (%79,7) öfke eğitimi almadığını belirtmiştir.

Tablo 4.1.2 Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerinin dağılımı

Değişken (n=340)	n	%
Hemşirelikte geçen hizmet süresi (yıl)		
1 ve altı	26	7,6
2-5	37	10,9
6-10	62	18,3
11-15	36	10,6
16 ve üzeri	179	52,6
Kurumdaki görevleri		
Servis hemşiresi	175	51,5
Sorumlu hemşire	13	3,8
Acil servis hemşiresi	32	9,4
Yoğun bakım hemşiresi	68	20,0
Diğer (ameliyathane hemşiresi, poliklinik hemşiresi, diyaliz hemşiresi, eğitim hemşiresi, idari görevli)	52	15,3
Çalışılan birim		
Acil servis	33	9,7
Ameliyathane	29	8,5
Cerrahi birimler	66	19,4
Dahili birimler	102	30,0
Yoğun bakım	72	21,2
Diğer (Diyaliz, palyatif, ayaktan tedavi, eğitim birimi, idari birimler, poliklinikler)	38	11,2
Şu anki birimde çalışma süresi (yıl)		
1 ve altı	134	39,4
2-5	110	32,4
6-9	34	10,0
10 ve üzeri	62	18,2
Çalışma biçimi		
Sürekli gündüz	36	10,6
Sürekli gece	14	4,1
Bazen nöbet	235	69,1
24 saat nöbet	55	16,2
Haftalık çalışma saati		
40 saatten az	9	2,6
40 saat	112	32,9
40 saatten fazla	219	64,5
Bir vardiyada bakım verilen hasta sayısı		
2-5	101	29,7
6-9	109	32,1
10 ve üzeri	130	38,2
Gece nöbetlerinin yaşantılarına getirdiği zorluklar*		
Uyku düzenini bozuyor	293	31,1
Sosyal yaşantıyı olumsuz etkiliyor	216	23,1
Ruhsal açıdan olumsuz etkileniyor	166	17,6
Çocuklarıyla iletişimlerini bozuyor	106	11,3
Sık sık hasta oluyor	69	7,3
Eşyle iletişimlerini bozuyor	64	6,8
Herhangi bir zorluk getirmiyor	21	2,2
Diğer (yorgunluk, gece çocukların bakımı için bakıcı tutmak ekonomiyi zorluyor, egzersiz düzeni bozuluyor)	6	0,6

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdelere artan "n" değerine göre alınmıştır.

Hemşirelerin çalışma ortamına ait özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.2'dedir. Hemşirelerin %52,6'sının 16 yıl ve üzeri süredir çalıştığı görülmektedir. Hemşirelerin kurumdaki görevlerine bakıldığında %51,5'inin servis hemşiresi %20,0'sinin yoğun bakım hemşiresi ve %15,3'ünün idari görevli, ameliyathane, poliklinik, diyaliz ve eğitim

hemşiresi (diğer) olduğu belirlenmiştir. Çalışılan birimler incelendiğinde %30,0'nun dahili birimlerde ardından %21,2'sinin yoğun bakımda ve %19,4'ünün cerrahi birimlerde çalıştığı görülmektedir. Şu anki birimlerinde çalışma sürelerine bakıldığında %39,4'ü biriminde 1 yıl ya da 1 yıldan daha az çalıştığını, %32,4'ü 2-5 yıl arasında çalıştığını belirtmiştir. Hemşirelerin çalışma biçimi ve çalışma saatleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun (%69,1) bazen nöbetle çalıştığı, %64,5'inin haftalık 40 saatten fazla çalıştığı, %38,2'sinin bir vardiyada 10 veya daha fazla sayıda hastaya bakım verdiği tespit edilmiştir. Gece nöbetlerinin yaşantılarına getirdiği zorluklar incelendiğinde sırasıyla hemşireler uyku düzenlerinin bozulduğunu (%31,1), sosyal yaşantılarının (%23,1) ve ruhsal açıdan olumsuz etkilendiklerini (%17,6) ifade etmişlerdir.

4.2. Hemşirelerin Uyku Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1 Hemşirelerin PUKİ uyku kaliteleri ve PUKİ puan ortalamalarının dağılımı

Değişken (n=340)	n (%)	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min.	Max.
PUKİ uyku kalitesi						
≤5 (iyi uyku kalitesi)	55 (16,2)					
>5 (kötü uyku kalitesi)	285 (83,8)					
PUKİ		8,26	2,88	8,0	1,0	16,0

Tablo 4.2.1'de hemşirelerin PUKİ uyku kalitelerinin dağılımı verilmiştir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun (%83,8) kötü uyku kalitesine (PUKİ>5) sahip olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin PUKİ puan ortalaması $8,26 \pm 2,88$ olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.2 Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre PUKİ puan ortalamaları

Değişken (n=340)	n	PUKİ		İstatistiksel analiz*	Olasılık
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]		
Cinsiyet					
Kadın	284	8,20±2,85	8,0 [4,0]	Z=-0,772	p=0,440
Erkek	56	8,57±3,06	8,0 [4,8]		
Yaş sınıfları					
18-26 ⁽¹⁾	58	8,26±2,51	8,0 [4,0]	$\chi^2=2,561$	p=0,464
27-35 ⁽²⁾	75	8,31±2,50	8,0 [4,0]		
36-44 ⁽³⁾	134	8,51±3,20	9,0 [5,0]		
45 ve üzeri ⁽⁴⁾	73	7,75±2,90	8,0 [4,0]		
Medeni durum					
Bekar	91	7,99±2,69	8,0 [3,0]	Z=-1,276	p=0,202
Evli	249	8,36±2,94	8,0 [4,0]		
Çocuk sayısı					
1 ⁽¹⁾	61	8,59±2,96	8,0 [5,0]	$\chi^2=1,415$	p=0,493
2 ⁽²⁾	152	8,39±3,09	8,0 [4,8]		
3 ve üzeri ⁽³⁾	33	7,67±2,76	8,0 [3,5]		
Eğitim düzeyi					
Ön lisans/altı	69	8,61±3,18	8,0 [4,0]	$\chi^2=4,488$	p=0,106
Lisans	254	8,23±2,77	8,0 [4,0]		
Lisansüstü	17	7,35±3,16	6,0 [3,5]		
Gelir durumu					
Gelir<gider ⁽¹⁾	126	9,15±3,18	9,0 [4,0]	$\chi^2=20,607$	p=0,001 [1-2,3]
Gelir=gider ⁽²⁾	188	7,85±2,59	7,0 [3,0]		
Gelir>gider ⁽³⁾	26	6,92±2,23	6,5 [4,0]		
Hastalık durumu					
Yok	251	8,22±2,94	8,0 [4,0]	Z=-0,352	p=0,725
Var	89	8,38±2,73	8,0 [4,0]		
Sağlık algısı					
İyi ⁽¹⁾	136	7,52±2,80	7,0 [3,0]	$\chi^2=19,440$	p=0,001 [1-2,3]
Orta ⁽²⁾	184	8,63±2,75	9,0 [4,8]		
Kötü ⁽³⁾	20	9,90±3,38	10,0 [4,5]		
Sigara kullanma durumu					
Hayır	259	8,19±2,76	8,0 [4,0]	Z=-0,718	p=0,473
Evet	81	8,51±3,24	8,0 [5,0]		

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır (Devamı arka sayfadadır).

Tablo 4.2.2 Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre PUKİ puan ortalamaları

Değişken (n=340)	n	PUKİ		İstatistiksel analiz*	Olasılık
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]		
Alkol					
Hayır	279	8,19±2,86	8,0 [4,0]	Z=-0,687	p=0,492
Evet	61	8,59±2,94	8,0 [4,0]		
Düzenli spor					
Evet	41	8,59±3,05	8,0 [5,0]	Z=-0,574	p=0,566
Hayır	299	8,22±2,86	8,0 [4,0]		
Kendini tanımlama					
Sabırsız	53	8,15±2,85	8,0 [3,5]	$\chi^2=4,818$	p=0,186
Sabırlı/sakin	178	8,10±3,03	8,0 [4,0]		
Çok sabırsız/heyecanlı	53	8,09±2,58	8,0 [4,0]		
Öfkeli	56	9,04±2,64	9,0 [4,0]		
Öfke eğitimi					
Evet	69	8,16±2,76	8,0 [4,0]	Z=-0,553	p=0,580
Hayır	271	8,29±2,92	8,0 [4,0]		
Hangi durumlar öfkelenendirir					
Haksızlık	159	7,92±2,85	8,0 [4,0]	$\chi^2=7,937$	p=0,338
Kendini ifadede yanlış anlaşılma	23	8,70±2,36	9,0 [4,0]		
Yalancılık	17	8,77±3,17	8,0 [6,0]		
Takdir görmeme	36	9,00±2,87	8,0 [4,0]		
Saygısızlık, laubalilik, hakaret	26	8,00±3,38	7,5 [3,3]		
Fazladan iş yükü, angarya işler	22	9,09±2,74	9,0 [4,3]		
Düzensizlik, kural ihlalleri	38	8,00±2,77	8,0 [4,0]		
Açlık, yorgunluk, uykusuzluk	19	8,63±3,04	9,0 [4,0]		
Öfkelerini nasıl ifade ederler					
Ses tonunu yükselterek	110	8,11±3,03	8,0 [4,0]	$\chi^2=5,639$	p=0,343
Sessiz kalarak	60	8,80±3,06	9,0 [4,0]		
İğneleyici sözler kullanarak	12	7,50±2,07	8,0 [3,5]		
Ortamdan uzaklaşarak	12	9,08±3,82	9,0 [6,8]		
Sorunu paylaşarak	81	7,90±2,51	8,0 [3,0]		
Jest, mimik ve beden diliyle	65	8,46±2,79	8,0 [3,0]		

Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre PUKİ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4.2.2' de verilmiştir. Katılımcıların gelir durumuna göre PUKİ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=20,607$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri giderinden az olanlar ile geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Geliri giderinden az olanların PUKİ puanları, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Hemşirelerin kendi sağlığını algılamasına göre PUKİ puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmıştır ($\chi^2=19,440$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; kendi sağlığını iyi olarak algılayanlar ile orta ve kötü olarak algılayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, kendi sağlık algısı orta ve kötü olanların PUKİ puanlarının, sağlık algısı iyi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.2).

Çalışma kapsamına alınan hemşirelerin cinsiyetlerine, medeni durumlarına, yaşlarına, çocuk sayılarına, eğitim düzeylerine, hastalık durumlarına, alışkanlıklarına, kendini tanımlamalarına, öfke eğitimi alma durumlarına, kendilerini öfkeliendiren nedenlere ve öfkelerini ifade etme şekillerine göre PUKİ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3 Hemşirelerin çalışma ortamına göre PUKİ puan ortalamaları

Değişken (n=340)	n	PUKİ		İstatistiksel analiz*	Olasılık
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]		
Hemşirelikte geçen hizmet süresi (yıl)					
1 yıl ve altı ⁽¹⁾	26	7,46±1,88	7,0 [2,3]	$\chi^2=2,714$	p=0,607
2-5 yıl ⁽²⁾	37	8,41±2,48	8,0 [4,0]		
6-10 yıl ⁽³⁾	62	8,55±2,65	8,0 [4,0]		
11-15 yıl ⁽⁴⁾	36	8,42±2,80	8,0 [4,0]		
16 yıl ve üzeri ⁽⁵⁾	179	8,22±3,16	8,0 [4,0]		
Kurum görev					
Servis hem.	175	8,09±2,76	8,0 [4,0]	$\chi^2=7,083$	p=0,132
Sorumlu hem.	13	7,69±3,42	8,0 [4,5]		
Acil servis	32	8,56±2,75	8,0 [3,0]		
Yoğun bakım	68	9,04±3,01	9,0 [4,0]		
Diğer	52	7,79±2,94	7,5 [4,0]		
Çalışılan birim					
Acil servis ⁽¹⁾	33	8,67±2,77	8,0 [3,0]	$\chi^2=14,107$	p=0,015 [4-6]
Ameliyathane ⁽²⁾	29	7,66±2,68	8,0 [3,0]		
Cerrahi birim ⁽³⁾	66	7,65±2,53	8,0 [3,3]		
Dahili birim ⁽⁴⁾	102	8,71±2,73	9,0 [5,0]		
Yoğun bakım ⁽⁵⁾	72	8,79±3,15	8,0 [4,0]		
Diğer ⁽⁶⁾	38	7,24±3,18	6,5 [3,5]		
Birim çalışma					
1 yıl ve altı	134	7,96±2,54	8,0 [4,0]	$\chi^2=3,289$	p=0,349
2-5 yıl	110	8,55±3,21	8,0 [5,0]		
6-9 yıl	34	8,71±2,84	8,5 [3,3]		
10 yıl ve üzeri	62	8,18±2,98	9,0 [4,0]		
Çalışma biçimi					
Sürekli gündüz ⁽¹⁾	36	7,86±3,24	7,0 [3,8]	$\chi^2=13,373$	p=0,004 [2-1,3,4]
Sürekli gece ⁽²⁾	14	10,78±2,64	11,0 [3,5]		
Bazen nöbet ⁽³⁾	235	8,05±2,72	8,0 [4,0]		
24 saat nöbet ⁽⁴⁾	55	8,76±3,04	8,0 [4,0]		
Haftalık çalışma					
40 saatten az	9	8,67±3,16	8,0 [6,0]	$\chi^2=2,211$	p=0,331
40 saat	112	7,93±3,00	7,5 [4,0]		
40 saatten fazla	219	8,41±2,81	8,0 [4,0]		
Vardiya bakım					
2-5 hasta ⁽¹⁾	101	8,08±2,74	8,0 [3,5]	$\chi^2=2,368$	p=0,306
6-9 hasta ⁽²⁾	109	8,17±2,91	8,0 [4,0]		
10 ve üzeri ⁽³⁾	130	8,48±2,97	9,0 [5,0]		

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.2.3’de hemşirelerin çalışma ortamına göre PUKİ puan ortalamalarının dağılımı gösterilmiştir. Katılımcıların çalıştıkları birimlere göre PUKİ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($\chi^2=14,107$; $p=0,015$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; dahili birimlerde çalışan hemşirelerin PUKİ puanlarının diğer birimlerde çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin çalışma biçimine göre PUKİ puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur ($\chi^2=13,373$; $p=0,004$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sürekli gece çalışanlar ile sürekli gündüz, bazen nöbet ve 24 saat nöbet şeklinde çalışanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Sürekli gece çalışan hemşirelerin PUKİ puanları, sürekli gündüz, bazen nöbet ve 24 saat nöbet şeklinde çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.2.3).

Yapılan analizlerde hemşirelerin hizmet süresine, kurumdaki görevine, birimdeki çalışma süresine, haftalık çalışma saatine, bir vardiyada bakım verilen hasta sayısına göre PUKİ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.2.3).

4.3 Hemşirelerin Öfke Durumlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1 Hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Değişken (n=340)	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min.	Max.
Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği					
Sürekli öfke	20,42	5,11	20,0	11,0	40,0
Öfke kontrol	21,49	4,49	21,0	9,0	32,0
Öfke dışı	14,28	3,73	14,0	8,0	31,0
Öfke içi	15,70	3,90	16,0	8,0	31,0

Hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyutlarına ilişkin puanları Tablo 4.3.1’de gösterilmektedir. Bu analizlere göre puan ortalamaları incelendiğinde; sürekli öfke $20,42\pm5,11$, öfke kontrol $21,49\pm4,49$, öfke dışı $14,28\pm3,73$ ve öfke içi $15,70\pm 3,90$ olarak saptanmıştır.

Tablo 4.3.2 Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Değişken (N=340)	n	Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği							
		Sürekli öfke		Öfke kontrol		Öfke dışı		Öfke içi	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Cinsiyet									
Kadın	284	20,49±5,11	20,0 [8,0]	21,68±4,35	21,0 [6,0]	14,02±3,41	13,0 [4,8]	15,73±3,88	16,0 [5,0]
Erkek	56	20,04±5,16	19,0 [8,0]	20,50±5,05	19,5 [8,0]	15,55±4,87	15,0 [4,8]	15,55±4,06	16,0 [4,8]
İstatistiksel analiz*		Z=-0,648		Z=-1,741		Z=-2,096		Z=-0,394	
Olasılık		p=0,517		p=0,082		p=0,036		p=0,694	
Yaş sınıfları									
18-26 ⁽¹⁾	58	20,19±5,39	19,0 [7,0]	21,76±3,93	22,0 [7,0]	14,10±3,78	13,5 [5,0]	15,55±3,79	16,0 [5,3]
27-35 ⁽²⁾	75	21,25±5,38	22,0 [8,0]	20,03±4,56	20,0 [8,0]	15,11±4,61	14,0 [5,0]	16,27±4,19	16,0 [6,0]
36-44 ⁽³⁾	134	20,49±4,97	20,0 [8,0]	21,63±4,20	21,0 [6,3]	14,14±3,20	14,0 [4,3]	15,85±3,65	16,0 [5,0]
45 ve üzeri ⁽⁴⁾	73	19,60±4,82	19,0 [7,5]	22,51±5,03	23,0 [7,0]	13,81±3,52	13,0 [5,0]	14,96±4,09	15,0 [5,5]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=4,244$		$\chi^2=9,937$		$\chi^2=2,567$		$\chi^2=4,522$	
Olasılık		p=0,236		p=0,019		p=0,463		p=0,210	
Fark				[2-4]					
Medeni durum									
Bekar	91	20,36±5,14	20,0 [9,0]	21,13±4,61	21,0 [6,0]	14,40±3,51	14,0 [4,0]	15,80±4,05	16,0 [5,0]
Evli	249	20,44±5,11	20,0 [8,0]	21,62±4,44	21,0 [7,0]	14,23±3,81	14,0 [4,5]	15,66±3,85	15,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,079		Z=-0,763		Z=-0,655		Z=-0,291	
Olasılık		p=0,937		p=0,446		p=0,513		p=0,771	
Çocuk sayısı									
1 ⁽¹⁾	61	21,38±4,91	21,0 [7,5]	20,03±4,02	19,0 [6,0]	15,33±4,90	14,0 [6,0]	15,98±3,62	16,0 [5,0]
2 ⁽²⁾	152	19,84±5,03	19,0 [7,0]	22,02±4,52	22,0 [6,0]	13,97±3,26	14,0 [4,0]	15,48±3,99	15,0 [6,0]
3 ve üzeri ⁽³⁾	33	20,55±5,33	20,0 [8,5]	23,15±4,56	23,0 [7,0]	13,18±3,05	13,0 [5,0]	15,03±3,55	15,0 [4,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=4,781$		$\chi^2=12,439$		$\chi^2=3,776$		$\chi^2=1,695$	
Olasılık		p=0,092		p=0,002		p=0,151		p=0,429	
Fark				[1-2,3]					
Eğitim düzeyi									
Ön lisans/altı	69	20,26±5,21	19,0 [9,0]	21,33±4,30	21,0 [6,0]	14,29±3,97	13,0 [5,0]	15,54±3,69	16,0 [6,0]
Lisans	254	20,46±5,12	20,0 [8,0]	21,42±4,54	21,0 [7,0]	14,32±3,72	14,0 [4,0]	15,69±3,96	15,0 [5,0]
Lisansüstü	17	20,35±4,85	19,0 [8,5]	23,18±4,33	24,0 [8,0]	13,65±2,91	13,0 [4,5]	16,41±4,03	18,0 [6,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=0,161$		$\chi^2=2,381$		$\chi^2=0,432$		$\chi^2=1,246$	
Olasılık		p=0,923		p=0,304		p=0,806		p=0,536	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır (Devamı arka sayfadadır).

Tablo 4.3.2. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Değişken (n=340)	n	Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği							
		Sürekli öfke		Öfke kontrol		Öfke dışı		Öfke içi	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Gelir durumu									
Gelir<gider ⁽¹⁾	126	21,48±5,00	21,0 [8,0]	21,58±4,43	21,0 [7,0]	14,73±3,55	14,0 [5,0]	16,35±4,02	16,0 [5,3]
Gelir=gider ⁽²⁾	188	19,95±5,13	19,0 [7,0]	21,38±4,42	21,0 [7,0]	13,12±3,74	13,0 [5,0]	15,60±3,79	16,0 [5,0]
Gelir>gider ⁽³⁾	26	18,65±4,67	17,5 [7,0]	21,85±5,32	23,0 [8,0]	12,19±4,26	12,0 [4,0]	13,23±3,13	13,5 [5,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=11,825$		$\chi^2=0,213$		$\chi^2=8,270$		$\chi^2=13,258$	
Olasılık		p=0,003		p=0,899		p=0,016		p=0,001	
Fark		[1-2,3]				[1-3]		[1,2-3]	
Hastalık									
Hayır	251	20,18±5,25	19,0 [8,0]	21,40±4,54	21,0 [7,0]	14,23±3,72	13,0 [4,0]	15,53±3,99	16,0 [6,0]
Evet	89	21,09±4,67	21,0 [7,0]	21,73±4,36	21,0 [5,0]	14,42±3,77	14,0 [4,0]	16,18±3,60	16,0 [4,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,844		Z=-0,503		Z=-0,633		Z=-1,286	
Olasılık		p=0,065		p=0,615		p=0,527		p=0,199	
Sağlık algısı									
İyi ⁽¹⁾	136	19,35±5,11	18,0 [8,0]	21,99±4,79	22,0 [7,0]	14,07±3,79	13,0 [5,0]	14,71±3,77	14,0 [5,8]
Orta ⁽²⁾	184	21,02±4,89	21,0 [7,0]	21,12±4,29	20,0 [6,0]	14,33±3,62	14,0 [4,0]	16,21±3,84	16,0 [5,0]
Kötü ⁽³⁾	20	22,15±5,97	21,5 [9,0]	21,45±3,94	22,0 [5,3]	15,15±4,33	13,5 [3,8]	17,75±3,82	17,0 [6,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=12,570$		$\chi^2=2,733$		$\chi^2=1,512$		$\chi^2=14,598$	
Olasılık		p=0,002		p=0,255		p=0,469		p=0,001	
Fark		[1-3]						[1-2,3]	
Sigara									
Hayır	259	20,20±5,01	19,0 [8,0]	21,43±4,38	21,0 [6,0]	13,98±3,48	13,0 [5,0]	15,63±3,88	15,0 [5,0]
Evet	81	21,10±5,39	21,0 [8,0]	21,67±4,82	22,0 [8,0]	15,24±4,31	14,0 [4,5]	15,92±3,96	16,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,297		Z=-0,654		Z=-2,337		Z=-0,565	
Olasılık		p=0,195		p=0,513		p=0,019		p=0,572	
Alkol									
Hayır	279	20,29±5,04	20,0 [8,0]	21,52±4,54	21,0 [7,0]	14,04±3,75	13,0 [5,0]	15,66±3,92	15,0 [5,0]
Evet	61	21,02±5,44	20,0 [7,5]	21,33±4,25	21,0 [7,0]	15,34±3,45	15,0 [5,5]	15,90±3,82	16,0 [4,5]
İstatistiksel analiz		Z=-0,833		Z=-0,190		Z=-2,859		Z=-0,421	
Olasılık		p=0,405		p=0,849		p=0,004		p=0,674	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır (Devamı arka sayfadadır).

Tablo 4.3.2 Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Değişken (n=340)	n	Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği							
		Sürekli öfke		Öfke kontrol		Öfke dışı		Öfke içi	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Düzenli spor									
Evet	41	19,66±5,39	18,0 [7,0]	21,85±4,69	23,0 [7,5]	14,34±4,08	13,0 [5,0]	15,56±4,20	15,0 [4,0]
Hayır	299	20,52±5,07	20,0 [8,0]	21,43±4,46	21,0 [7,0]	14,27±3,69	14,0 [4,0]	15,72±3,87	16,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		Z=-1,217		Z=-0,646		Z=-0,240		Z=-0,765	
Olasılık		p=0,224		p=0,518		p=0,810		p=0,450	
Kendini tanımlama									
Sabırsız	53	21,66±4,68	22,0 [7,5]	19,60±4,04	19,0 [5,5]	15,04±4,65	15,0 [5,0]	15,96±3,69	16,0 [6,0]
Sabırlı/sakin	178	18,79±4,51	18,0 [6,0]	22,95±4,39	23,0 [6,3]	13,45±3,01	13,0 [4,0]	15,13±3,74	15,0 [6,0]
Çok sabırsız/heyecanlı	53	20,28±5,25	19,0 [8,0]	21,02±4,56	21,0 [6,0]	14,28±3,83	14,0 [5,0]	15,64±4,31	15,0 [5,0]
Öfkeli	56	24,54±4,64	25,0 [4,8]	19,07±3,19	19,0 [5,0]	16,18±3,97	16,0 [5,0]	17,32±3,82	17,0 [5,8]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=58,701$		$\chi^2=45,300$		$\chi^2=22,430$		$\chi^2=12,716$	
Olasılık		p=0,001		p=0,001		p=0,001		p=0,001	
Fark		[1-2] [4-1,2,3]		[2-1,4]		[2,3-4]		[2,3-4]	
Öfke eğitimi									
Evet	69	20,64±4,93	20,0 [8,0]	21,49±4,82	22,0 [7,5]	14,35±3,69	14,0 [4,0]	15,32±3,87	15,0 [6,0]
Hayır	271	20,36±5,16	20,0 [8,0]	21,48±4,41	21,0 [7,0]	14,26±3,74	14,0 [4,0]	15,79±3,91	16,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		Z=-0,580		Z=-0,061		Z=-0,306		Z=-0,855	
Olasılık		p=0,562		p=0,951		p=0,760		p=0,392	
Hangi durumlar öfkelendirir									
Haksızlık	159	20,14±4,60	20,0 [8,0]	21,47±4,38	21,0 [7,0]	14,10±3,23	14,0 [4,0]	15,67±4,02	15,0 [5,0]
Kendini ifadede yanlış anlaşılma	23	19,43±5,34	18,0 [5,0]	22,48±4,73	23,0 [8,0]	13,96±4,08	13,0 [5,0]	15,09±4,25	15,0 [8,0]
Yalancılık	17	19,18±4,03	18,0 [5,5]	22,65±5,82	24,0 [5,5]	14,82±5,20	13,0 [7,5]	15,53±4,08	16,0 [7,5]
Takdir görmeme	36	20,53±4,96	20,5 [8,0]	21,14±3,92	21,5 [6,0]	13,92±2,87	14,0 [4,8]	16,14±3,25	16,0 [4,8]
Saygısızlık, laubalilik, hakaret	26	21,96±6,06	21,5 [9,0]	20,77±5,26	19,5 [8,3]	15,88±5,05	15,0 [10,0]	17,35±3,88	18,0 [6,3]
Fazladan iş yükü, angarya işler	22	22,27±5,03	22,5 [7,3]	20,95±4,01	20,0 [7,3]	14,09±3,69	13,5 [4,3]	15,00±3,32	14,0 [6,3]
Düzensizlik, kural ihlalleri	38	20,32±6,03	19,0 [9,0]	21,08±4,42	20,5 [7,0]	13,74±3,66	13,0 [3,3]	14,66±3,55	15,0 [4,3]
Açlık, yorgunluk, uykusuzluk	19	20,74±6,51	21,0 [9,0]	22,47±4,59	22,0 [7,0]	15,42±4,88	15,0 [7,0]	16,63±4,66	15,0 [8,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=7,416$		$\chi^2=5,424$		$\chi^2=5,177$		$\chi^2=10,392$	
Olasılık		p=0,387		p=0,608		p=0,638		p=0,167	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır (Devamı arka sayfadadır).

Tablo 4.3.2 Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Değişken (n=340)	n	Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği							
		Sürekli öfke		Öfke kontrol		Öfke dışı		Öfke içe	
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]
Öfkelerini nasıl ifade ederler									
Ses tonunu yükselterek ⁽¹⁾	110	21,61±5,19	22,0 [8,0]	20,32±4,21	20,0 [6,0]	15,24±3,71	15,0 [4,3]	15,62±3,99	15,0 [5,0]
Sessiz kalarak ⁽²⁾	60	18,28±4,23	18,0 [5,8]	22,72±4,59	23,5 [6,0]	12,12±2,41	12,0 [3,8]	15,75±4,04	16,0 [6,8]
İğneleyici sözler kullanarak ⁽³⁾	12	21,17±6,29	20,0 [9,0]	22,08±6,04	23,0 [7,8]	14,17±5,37	13,0 [5,5]	17,25±3,96	16,0 [6,0]
Ortamdan uzaklaşarak ⁽⁴⁾	12	20,17±4,15	19,5 [7,8]	22,17±4,11	22,0 [5,5]	13,92±2,57	13,0 [3,8]	17,08±2,61	16,0 [4,5]
Sorunu paylaşarak ⁽⁵⁾	81	19,05±4,96	18,0 [7,0]	22,49±4,14	23,5 [6,0]	14,02±3,21	14,0 [4,5]	14,57±3,86	14,0 [5,0]
Jest, mimik ve beden diliyle ⁽⁶⁾	65	21,89±4,90	22,0 [8,0]	21,66±4,48	21,0 [7,0]	15,03±4,38	14,0 [5,0]	16,66±3,55	17,0 [4,5]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=29,389$		$\chi^2=22,635$		$\chi^2=36,175$		$\chi^2=16,264$	
Olasılık		p=0,001		p=0,001		p=0,001		p=0,001	
Fark		[1-2,5] [6-2,5]		[1-2,5]		[2-1,5,6]		[5-6]	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.3.2’de verilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre öfke dışı alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($Z=-2,096$; $p=0,036$). Erkek hemşirelerin Öfke Dışa alt boyutu puanları, kadın hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin yaşına göre Öfke Kontrol alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=9,937$; $p=0,019$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 27-35 yaş grubunda olanlar ile 45 yaş ve üzerinde olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir. 45 yaş ve üzerinde olanların öfke kontrol alt boyutu puanları, 27-35 yaş grubunda olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Hemşirelerin sahip olduğu çocuk sayısına göre Öfke Kontrol alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=12,439$; $p=0,002$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 1 çocuğu olanlar ile 2 ve 3 çocuğu olanlar arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. 2 ve 3 çocuğu olanların Öfke Kontrol alt boyutu puanları, 1 çocuğu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Araştırmaya katılan hemşirelerin gelir durumuna göre yapılan analizde Sürekli Öfke alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=11,825$; $p=0,003$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri giderinden az olanlar ile geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Geliri giderinden az olanların Sürekli Öfke alt boyutu puanları, geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Gelir durumuna göre hemşirelerin Öfke Dışa alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=8,270$; $p=0,016$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; geliri giderinden az olanlar ile geliri giderinden fazla olanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Geliri giderinden az olanların Öfke Dışa alt boyutu puanları, geliri giderinden fazla olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Gelir durumuna göre Öfke İçer alt boyutu puanlarında istatistiksel anlamlılık olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=13,258$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar

sonucunda; geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanlar ile geliri giderinden fazla olanların arasında istatistiksel farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanların Öfke İçer alt boyutu puanları, geliri giderinden fazla olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Hemşirelerin kendi sağlık algısına göre Sürekli Öfke alt boyutu puanları açısından farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2=12,570$; $p=0,002$). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sağlık algısı iyi olanlar ile kötü olanlar arasında fark olduğu saptanmıştır. Kendi sağlık algısı kötü olanların Sürekli Öfke alt boyutundan aldığı puanlar, iyi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Kendi sağlık algısına göre Öfke İçer alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=14,598$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sağlık algısı iyi olanlar ile orta ve kötü olanlar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Kendi sağlık algısı orta ve kötü olanların Öfke İçer alt boyutu puanları, iyi olanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Araştırmaya katılan hemşirelerin sigara kullanma durumuna göre Öfke Dışer alt boyutu puanları açısından farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($Z=-2,337$; $p=0,019$). Sigara kullananların Öfke Dışer alt boyutu puanları, sigara kullanmayanlara göre yüksek saptanmıştır (Tablo 4.3.2).

Alkol kullanma durumuna göre Öfke Dışer alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=-2,859$; $p=0,004$). Alkol kullananların Öfke Dışer alt boyutu puanları, alkol kullanmayanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Hemşirelerin kendini tanımlama durumuna göre Sürekli Öfke alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu saptanmıştır ($\chi^2=58,701$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; kendini sabırsız görenler ile kendini sabırlı/sakin görenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur. Kendini sabırsız görenlerin Sürekli Öfke alt boyutu puanları, kendini sabırlı/sakin görenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Aynı şekilde, kendini öfkeli görenler ile kendini sabırsız, sabırlı/sakin ve çok sabırsız/heyecanlı görenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kendini öfkeli görenlerin Sürekli Öfke alt boyutu puanları, kendini sabırsız, sabırlı/sakin ve sabırsız/heyecanlı görenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Çalışmaya katılanların kendini tanımlama durumuna göre Öfke Kontrol alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=45,300$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; kendini sabırlı/sakin görenler ile kendini sabırsız ve öfkeli görenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kendini sabırlı/sakin görenlerin Öfke Kontrol alt boyutu puanları, kendini sabırsız ve öfkeli görenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.2).

Kendini tanımlama durumlarına göre hemşirelerin Öfke Dışa alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($\chi^2=22,430$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; kendini sabırlı/sakin ve çok sabırsız/heyecanlı görenler ile kendini öfkeli görenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kendini öfkeli görenlerin Öfke Dışa alt boyutu puanları, sabırlı/sakin ve çok sabırsız/heyecanlı görenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.2).

Hemşirelerde kendini tanımlama durumuna göre Öfke İçte alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=12,716$; $p=0,005$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; kendini sabırlı/sakin ve çok sabırsız/heyecanlı görenler ile kendini öfkeli görenler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Kendini öfkeli görenlerin Öfke İçte alt boyutu puanları, sabırlı/sakin ve çok sabırsız/heyecanlı görenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.2).

Hemşirelerin öfke ifade etme şekillerine göre Sürekli Öfke alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=29,389$; $p=0,019$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ses tonunu yükselterek konuşanlar ile sessiz kalarak ve sorunu paylaşarak ifade edenler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir. Ses tonunu yükselterek konuşanların Sürekli Öfke alt boyutu puanları, sessiz kalarak ve sorunu paylaşarak ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aynı şekilde, öfkesini jest, mimik ve beden diliyle ifade edenlerin ile sessiz kalarak ve sorunu paylaşarak ifade edenler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu bulunmuştur. Öfkesini jest, mimik ve beden diliyle ifade edenlerin Sürekli Öfke alt boyutu puanları, sessiz kalarak ve sorunu paylaşarak ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 4.3.2).

Araştırmaya katılanların öfke ifade şekillerine göre Öfke Kontrol alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=22,635$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ses tonunu yükselterek konuşanlar ile sessiz kalarak ve sorunu paylaşarak ifade edenler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir. Ses tonunu yükselterek konuşanların Öfke Kontrol alt boyutu puanları, sessiz kalarak ve sorunu paylaşarak ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.3.2).

Hemşirelerin öfke ifade şekillerine göre Öfke Dışa alt boyutu puanları açısından istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2=36,175$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sessiz kalanlar ile ses tonunu yükselterek konuşanlar, sorunu paylaşarak ifade edenler ve jest/mimik/beden diliyle ifade edenler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir. Sessiz kalanların Öfke Dışa alt boyutu puanları, ses tonunu yükselterek konuşanlar, sorunu paylaşarak ifade edenler ve jest/mimik/beden diliyle ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.3.2).

Hemşirelerin öfke ifade şekillerine göre Öfke İçer alt boyutu puanları açısından istatistiksel anlamlılık belirlenmiştir ($\chi^2=16,264$; $p=0,001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; sorunu paylaşanlar ile jest/mimik/beden diliyle ifade edenler arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir. Sorunu paylaşanların Öfke İçer alt boyutu puanları, jest/mimik/beden diliyle ifade edenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 4.3.2).

Çalışmada hemşirelerin medeni durumları, eğitim düzeyleri, kronik bir hastalık tanısı alma durumları, düzenli spor yapma ve öfke eğitimi alma durumları, kendilerini en çok öfkelendiren değişkenlere göre Sürekli Öfke, Öfke İçer, Öfke Dışa ve Öfke Kontrol puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.3 Hemşirelerin çalışma ortamına göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Değişken (n=340)	n	Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği							
		Sürekli öfke		Öfke kontrol		Öfke dışı		Öfke içe	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Hemşirelikte geçen hizmet süresi (yıl)									
1 yıl ve altı ⁽¹⁾	26	19,96±6,31	18,5 [8,0]	21,85±3,99	21,0 [5,5]	13,92±3,94	12,0 [5,0]	15,42±3,70	16,0 [6,3]
2-5 yıl ⁽²⁾	37	20,03±4,55	20,0 [7,0]	21,35±4,40	21,0 [7,0]	14,57±3,59	14,0 [4,5]	15,97±4,46	15,0 [5,0]
6-10 yıl ⁽³⁾	62	22,00±5,40	22,0 [7,3]	19,68±4,41	19,0 [7,3]	15,35±4,86	15,0 [6,0]	16,26±3,97	16,0 [6,3]
11-15 yıl ⁽⁴⁾	36	19,72±4,38	19,0 [6,8]	21,50±4,11	21,0 [7,0]	14,08±2,68	14,0 [4,0]	15,33±3,66	15,0 [5,8]
16 yıl ve üzeri ⁽⁵⁾	179	20,16±5,01	19,0 [8,0]	22,09±4,55	22,0 [6,0]	13,93±3,41	13,0 [5,0]	15,56±3,86	16,0 [5,0]
İstatistiksel analiz*		$\chi^2=8,212$		$\chi^2=12,964$		$\chi^2=4,168$		$\chi^2=1,531$	
Olasılık		p=0,084		p=0,011		p=0,384		p=0,821	
Fark				[3-5]					
Kurum görev									
Servis hem.	175	20,48±5,20	20,0 [8,0]	21,64±4,34	21,0 [6,0]	14,05±3,44	14,0 [5,0]	15,78±3,83	16,0 [5,0]
Sorumlu hem.	13	19,00±4,22	19,0 [8,0]	21,92±4,89	21,0 [8,5]	13,61±2,60	13,0 [3,0]	13,31±3,97	13,0 [7,0]
Acil servis	32	19,25±4,71	19,0 [8,5]	20,81±4,98	21,0 [7,8]	14,16±3,60	14,5 [6,0]	14,66±3,65	14,5 [6,0]
Yoğun bakım	68	21,37±4,94	21,5 [8,8]	21,24±4,64	21,5 [8,0]	15,00±4,68	13,0 [6,0]	15,94±4,26	15,5 [6,0]
Diğer	52	20,04±5,39	19,0 [8,8]	21,62±4,46	21,0 [6,8]	14,33±3,57	14,0 [3,8]	16,36±3,61	17,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=5,688$		$\chi^2=1,190$		$\chi^2=1,341$		$\chi^2=8,718$	
Olasılık		p=0,224		p=0,880		p=0,854		p=0,069	
Çalışılan birim									
Acil servis ⁽¹⁾	33	19,36±4,69	19,0 [8,0]	20,79±4,90	21,0 [7,5]	14,09±3,57	14,0 [6,0]	14,82±3,71	15,0 [6,0]
Ameliyathane ⁽²⁾	29	20,10±5,35	19,0 [8,0]	21,03±4,18	21,0 [6,0]	14,62±3,70	14,0 [4,0]	16,76±3,70	18,0 [6,0]
Cerrahi birim ⁽³⁾	66	19,94±4,83	20,0 [7,0]	21,98±4,18	22,0 [6,3]	13,91±3,22	13,0 [5,0]	15,14±3,45	15,0 [5,3]
Dahili birim ⁽⁴⁾	102	20,99±5,39	20,0 [8,0]	21,48±4,52	21,0 [5,0]	14,07±3,65	14,0 [5,0]	16,13±3,97	16,0 [6,0]
Yoğun bakım ⁽⁵⁾	72	21,25±4,90	21,5 [7,8]	21,26±4,72	21,5 [8,0]	14,94±4,56	13,0 [5,8]	15,71±4,30	15,0 [5,5]
Diğer ⁽⁶⁾	38	19,29±5,22	19,0 [6,8]	22,03±4,45	21,0 [7,0]	14,11±3,20	13,0 [3,3]	15,47±3,89	16,0 [6,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=7,490$		$\chi^2=2,133$		$\chi^2=1,866$		$\chi^2=6,292$	
Olasılık		p=0,187		p=0,830		p=0,867		p=0,279	
Fark									

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır (Devamı arka sayfadadır).

Tablo 4.3.3 Hemşirelerin çalışma ortamına göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları

Değişken (n=340)	n	Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği							
		Sürekli öfke		Öfke kontrol		Öfke dışı		Öfke içi	
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]
Birim çalışma									
1 yıl ve altı	134	20,13±5,44	19,0 [8,0]	21,67±4,47	22,0 [7,0]	14,22±3,97	13,0 [4,0]	15,63±4,04	15,0 [5,0]
2-5 yıl	110	20,65±4,91	20,0 [9,0]	21,13±4,43	20,0 [6,0]	14,24±3,22	14,0 [4,3]	15,44±3,53	16,0 [6,0]
6-9 yıl	34	21,03±4,83	20,0 [7,0]	22,21±4,43	22,0 [6,3]	14,76±4,01	15,0 [4,8]	16,71±4,29	16,0 [6,3]
10 yıl ve üzeri	62	20,27±4,95	19,5 [7,3]	21,34±4,68	20,5 [6,3]	14,19±3,93	14,0 [5,0]	15,74±4,02	16,0 [6,3]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=3,289$		$\chi^2=1,997$		$\chi^2=1,575$		$\chi^2=0,990$	
Olasılık		p=0,349		p=0,573		p=0,665		p=0,804	
Çalışma biçimi									
Sürekli gündüz ⁽¹⁾	36	19,39±5,03	19,0 [8,0]	21,97±4,55	22,0 [7,5]	13,53±2,86	13,0 [3,8]	15,28±3,36	16,0 [5,0]
Sürekli gece ⁽²⁾	14	20,00±4,11	20,0 [7,0]	21,21±4,99	20,5 [9,5]	12,86±3,21	12,0 [2,5]	14,93±3,08	15,0 [2,8]
Bazen nöbet ⁽³⁾	235	20,39±5,16	20,0 [8,0]	21,64±4,45	21,0 [6,0]	14,33±3,78	14,0 [4,0]	15,91±3,95	16,0 [6,0]
24 saat nöbet ⁽⁴⁾	55	21,30±5,16	21,0 [8,0]	20,58±4,48	20,0 [7,0]	14,91±4,02	14,0 [5,0]	15,27±4,20	14,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=3,538$		$\chi^2=2,698$		$\chi^2=5,846$		$\chi^2=2,420$	
Olasılık		p=0,316		p=0,441		p=0,119		p=0,490	
Fark									
Haftalık çalışma									
40 saatten az	9	23,56±6,88	23,0 [10,0]	21,78±3,96	22,0 [7,0]	16,78±4,76	17,0 [7,5]	15,78±4,09	15,0 [6,0]
40 saat	112	20,04±4,70	19,0 [8,0]	21,59±4,20	22,0 [5,0]	13,61±2,99	13,0 [4,8]	15,55±3,55	16,0 [5,0]
40 saatten fazla	219	20,48±5,21	20,0 [8,0]	21,42±4,69	21,0 [7,0]	14,51±3,96	14,0 [4,0]	15,77±4,08	16,0 [5,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=2,259$		$\chi^2=0,349$		$\chi^2=5,690$		$\chi^2=0,027$	
Olasılık		p=0,323		p=0,840		p=0,058		p=0,986	
Vardiya bakım									
2-5 hasta ⁽¹⁾	101	20,98±5,07	20,0 [8,0]	21,23±4,54	21,0 [7,0]	14,63±4,27	14,0 [4,0]	16,35±3,93	16,0 [5,0]
6-9 hasta ⁽²⁾	109	20,60±4,66	20,0 [7,5]	21,96±3,93	22,0 [5,0]	14,22±3,31	14,0 [4,5]	15,83±3,84	15,0 [5,0]
10 ve üzeri ⁽³⁾	130	19,83±5,47	19,0 [9,0]	21,29±4,87	20,0 [7,0]	14,05±3,61	14,0 [5,0]	14,79±3,87	14,0 [6,0]
İstatistiksel analiz		$\chi^2=4,399$		$\chi^2=1,901$		$\chi^2=0,729$		$\chi^2=6,055$	
Olasılık		p=0,111		p=0,387		p=0,695		p=0,048	
Fark								[1-3]	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında "Kruskal-Wallis H" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Tablo 4.3.3'te hemşirelerin çalışma ortamına ait değişkenler ile sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyut puan ortalamaları yer almaktadır. Hemşirelerin toplam hizmet süresine (yıl) göre öfke kontrol alt boyutu puanlarında istatistiksel anlamlılık olduğu bulunmuştur ($\chi^2=12,964$; $p=0,011$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 6-10 yıldır çalışma süresi olanlar ile 16 yıl ve üzeri çalışma süresi olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmüştür. Katılımcılardan 16 yıl ve üzeri çalışma süresi olanların Öfke Kontrol alt boyutu puanları, 6-10 yıldır çalışma süresi olanlara göre daha yüksektir.

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin bir vardiyada baktıkları hasta sayısına göre Öfke İçer alt boyutu puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=6,055$; $p=0,048$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; 2-5 hastaya bakanlar ile 10 ve üzeri hastaya bakanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olduğu görülmüştür. 2-5 hastaya bakanların Öfke İçer alt boyutu puanları, 10 ve üzeri hastaya bakanlara göre yüksek bulunmuştur (Tablo 4.3.3).

Hemşirelerin kurumdaki görevi, çalıştıkları birim, birimdeki hizmet süreleri, çalışma biçimleri ve haftalık çalışma saati değişkenlerine göre Sürekli Öfke, Öfke İçer, Öfke Dışa ve Öfke Kontrol puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p> 0,05$) (Tablo 4.3.3).

Tablo 4.3.4. Hemşirelerin PUKİ ile SÖÖTÖ puanları arasındaki ilişkiye ait dağılım

Değişken (n=340)	PUKİ	
	r*	p
Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği		
Sürekli öfke	0,240	0,001
Öfke kontrol	-0,125	0,021
Öfke dışa	0,030	0,576
Öfke içe	0,211	0,001

*Normal dağılıma sahip olmayan iki nicel değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Hemşirelerin PUKİ ile SÖÖTÖ puanları arasındaki ilişkiye ait dağılım Tablo 4.3.4'de görülmektedir. PUKİ puanı ile Sürekli Öfke alt boyutu puanı arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,240$; $p=0,001$). Yani hemşirelerin PUKİ puanları arttıkça, Sürekli Öfke alt boyut puanlarını da artacaktır ya da PUKİ puanları azaldıkça, Sürekli Öfke alt boyut puanları azalacaktır.

Araştırmada hemşirelerin PUKİ puanları ile Öfke Kontrol alt boyut puanları arasında negatif yönde, çok zayıf derecede anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($r=-0,125$; $p=0,021$). Hemşirelerin PUKİ puanları arttıkça, Öfke Kontrol alt boyut puanları

azalacaktır ya da PUKİ puanları azaldıkça, öfke kontrol alt boyutu puanları artacaktır (Tablo 4.3.4).

Katılımcıların PUKİ puanları ile Öfke İçe alt boyut puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmiştir ($r=0,211$; $p=0,001$). Yani çalışmadakilerin PUKİ puanları arttıkça, Öfke İçe alt boyut puanları artacaktır ya da PUKİ puanları azaldıkça, öfke içe alt boyutu puanları azalacaktır (Tablo 4.3.4).

5. TARTIŞMA

Hemşirelerde uyku kalitesi ile öfke ifade tarzı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmanın bulguları, 3 ana başlıkta tartışılmıştır.

5.1. Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ve çalışma ortamına ilişkin bulguların tartışılması.

5.2. Hemşirelerin uyku durumlarına ilişkin bulguların tartışılması.

5.3. Hemşirelerin öfke durumlarına ilişkin bulguların tartışılması.

5.1. Hemşirelerin Sosyodemografik Özelliklerine ve Çalışma Ortamına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya dahil olan hemşirelerin büyük bir kısmının kadın, evli, yaş ortalamaları 37 ve çoğunluğunun lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Elde edilen bu bulgular yapılan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Öztek 2018, Dağcan 2019, Alcan 2019).

Araştırmaya katılan hemşirelerin yarıdan biraz fazlası gelirin giderine denk olduğunu, büyük bir kısmının sigara ve alkol kullanmadığını, büyük bir çoğunluğunun spor yapmadığını ve tanı konmuş bir hastalığının olmadığını belirtmiştir. Bu çalışmadaki bulguları destekler bazı literatür sonuçları bulunmaktadır (Çetinel 2018, Portakal 2018, Öztürk 2019, Dağcan 2019). Araştırmada hemşirelerin yarıdan fazlasının sağlık durumunu orta, az bir kısmının ise kötü olarak algıladığı ve bazı çalışmalarla da benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür (Çetinel 2018, Jang vd 2018).

Hemşirelerin kendilerini tanımları, değerlendirmeleri ve yaşadığı öfke duygusunun farkında olmaları önemlidir (Cebeci 2018). Çalışmada hemşirelerin yarısından biraz fazlası kendini sabırlı/sakin olarak tanımlarken, İlhan'ın (2014) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin büyük bir kısmı kendini sabırlı olarak tanımlamıştır.

Günümüz tıbbi ortamı, hastaların farklı ihtiyaçlarını karşılamak ve daha kaliteli bakım sunmak için daha fazla rekabetçi bir tutum sergilemektedir. Bu duruma paralel olarak hastane çalışanlarının da stres düzeyi giderek artmaktadır. Hasta ve ailelerine

ilk elden hizmet sunan hemşirelerin diğer çalışanlardan çok daha fazla stres yaşadığı belirtilmiştir. Sürekli ve tekrarlayan stresin hemşirelerde öfkeye neden olduğu tespit edilmiştir (Han vd 2015). Hemşirelerin en çok çalışma koşulları, ücret yetersizliği, zor hastaya bakım verme, meslektaşlarından ve yöneticilerinden yeterli destek alınamaması şiddet olaylarıyla karşılaşma, hasta sayısının fazla olması, istenilen bakımın verilememesi, iletişim problemleri, ekip üyeleri ile çatışmalar gibi nedenlerden dolayı öfkelenildiği belirtilmiştir (Çakar 2015, Portakal 2018). Bu çalışmada katılımcıların %46,8'i kendini en çok öfkeliendiren konunun haksızlık, ardından düzensizlik, kural ihlalleri (%11,2) olduğunu belirtmiştir. Cebeci (2018) ise hemşirelerin en çok iletişim problemlerinden dolayı öfkeliendiklerini bildirmiştir. Baran (2009) çalışmasında hemşirelerin en fazla öfkelenmelerine neden olan durumu hasta ve yakınlarının davranışları olarak tespit etmiştir. Portakal (2018) ise hemşirelerin en çok hasta ve yakınlarının kurallara uymamasından, eksik ekipmanla çalışmaktan dolayı öfke yaşadıklarını belirlemiştir. Onan ve diğerlerinin (2019) ameliyathane hemşireleri ile yaptığı araştırmasında hemşireler en çok steril saha dışındaki ameliyathane personelinin yetersizliğinden dolayı öfke duyduklarını belirtmiştir. Engin'in (2004), psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmasında çalışma koşullarının kötü olması, malzeme yetersizliği, kötü bina ve hasta yakınlarının bu olumsuzluklara rağmen özel ilgi istemesinden dolayı hemşirelerin öfkelenildiği bildirilmiştir. Bu çalışma bulgusunun literatürden biraz daha farklı olmasının nedeni veri toplama formunda yöneltilen sorunun genel olarak kişiyi öfkeliendiren durumun sorgulanmasından kaynaklandığı ve yalnız çalışma alanı ile sınırlı tutulmamasından dolayı olabileceği düşünülmektedir.

Yılmaz (2009) tarafından öfkenin ifade ediliş biçimi, kişinin yaşadığı engellenmenin kaynağına bağlı olarak değişmekte olduğu bildirilmiştir. Öfkenin sağlıklı şekilde ifade edilememesi durumunda, bireyin enerjisi tükenmekte ve davranışlarını kontrol etmesi güçleşmektedir. İfade edilmemiş öfke, bireyin içten içe kızgınlık ve gücenme duymasına neden olmaktadır (Bayrı 2007, Thomas 2009). Bazı kişiler öfke duygularını bastırmayı, yok saymayı veya inkar etmeyi yeğlerken, kimileri öfkelerini bir süre bastırıp sonrasında öfke patlamaları şeklinde göstermektedir (Soykan 2003). Öfkeyi bastırmak öfkenin gösterilmesini engellemekte ancak onu ortadan kaldırmamakta, zamanla duygusal sağlığın bozulmasına yol açabilmektedir (Han vd 2015). Öfke ifadesi sözel ve davranışsal belirtiler yoluyla doğrudan gösterilebileceği gibi aynı belirtilerle dolaylı olarak da gösterilebilmektedir. Tekmeleme, tokat atma, vurma, küfretme, bağırma, tehdit etme, saldırganlık, öfke nöbetleri geçirme gibi başkalarını inciten ve çevreye zarar veren davranışlar öfkenin doğrudan; insanlardan uzak durma, işbirliği yapmama, sessizlik, unutkanlık, psikosomatik rahatsızlıklar, depresyon, çekingenlik, mutsuzluk ve gergin olma, sürekli alttan alma ve güceniklik gibi

birçok belirtiler de dolaylı olarak ifade edildiğini göstermektedir (Soykan 2003). Öfkenin bastırılması veya saldırgan davranışlarda bulunulması öfkenin sağlıklı ifade şeklidir. Öfkenin sağlıklı ifadesi ise öfke duygusunun tanınması, uygun zamanda kontrollü şekilde ifadesi ile mümkündür (Tüfekçi Hoşgör 2013). Bu çalışmada sırasıyla hemşireler ses tonunu yükselterek, sorunu bir başkasıyla paylaşarak, konuşarak öfkelerini ifade ettiklerini söylemişlerdir. Bu çalışma bulgusunu destekler şekilde İlhan'ın (2014) hemşirelerin çalışma ortamında öfke düzeylerini ve ifade tarzlarını araştırdığı çalışmasında hemşirelerin öfkelerini en çok bağırarak ifade ettiği belirlenmiştir. Portakal'ın (2018) araştırmasında ise farklı olarak öfkelenen hemşirelerin %57,7'sinin ortamdaki uzaklaştığını, %35,1'inin kendi kendine söylendiği bulunmuştur. Engin'in (2004), psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmasında, hemşirelerin öfkelendiklerinde en çok derin nefes alarak rahatlamaya çalışma, kendi kendine sinirlenme ve sessiz kalma daha az olarak ortamdaki uzaklaşıp sonrasında konuşmayı deneme gibi baş etme yöntemlerini tercih ettiği belirtilmiştir.

Yapılan bu çalışmada katılımcıların büyük bir kısmı (%79,7) öfke eğitimi almadığını belirtmiştir. Bu sonuç literatür bulgusu ile benzerlik göstermektedir (İlhan 2014, Öztürk 2019).

Araştırmaya katılan hemşireler, hemşirelikte geçirdikleri sürenin 16 yıl ve üzeri olduğunu ifade etmişlerdir. Bayrı'nın (2007) öfke ile ilgili çalışmasında da hemşirelerin %25'inin 16 yıl ve üzeri çalıştığı bulunmuştur. Şen (2013) uyku ve yaşam kalitesini araştırdığı çalışmasında da bu araştırma ile benzer olarak hemşirelerin %29,6'sının 16 yıl ve üstü çalıştığını tespit etmiştir. Dağcan (2019) çalışmasında katılımcıların büyük çoğunluğunun 10 yıl ve üzeri çalıştığını tespit etmiştir.

Bu çalışmada hemşirelerin kurumdaki görevleri sırasıyla servis hemşiresi, yoğun bakım hemşiresi daha sonra yönetici, ameliyathane hemşiresi, poliklinik hemşiresi, diyaliz hemşiresi, eğitim hemşiresi, idari görevli (diğer) şeklindedir. Literatür incelendiğinde hemşirelerin yarısından fazlasının servis hemşiresi olarak çalıştığı belirlenmiştir (Öztuna 2013, Han vd 2015, Choi vd 2016, Çetinoğlu 2018, Alcan 2019, Khatoon vd 2019). Bu çalışmada çalışılan birimler incelendiğinde %30,0'nun dahili birimler, %21,2'sinin yoğun bakım ve %19,4'ünün cerrahi birimlerde çalıştığı görülmektedir. Sonuçlarımız bazı literatür bulgularıyla paralellik göstermektedir (Fışkın vd 2013, Çakar 2015, Portakal 2018).

Araştırmada hemşirelerin çalışma biçimi ve çalışma saatleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun mesai ve nöbet usulü çalıştığı, yarısından fazlasının haftalık 40 saatten fazla çalıştığı tespit edilmiştir. Çalışma bulgusu literatür sonuçlarını destekler niteliktedir (Kağan vd 2016, Alcan 2019, Aydoğan ve Özkan 2020).

Araştırmaya katılan hemşirelerin %38,2'sinin bir vardiyada 10 veya daha fazla, %32,1'inin 6-9 arası sayıda hastaya bakım verdiği bulunmuştur. Dağcan (2019) çalışmasında hemşirelerin %29,0'unun 5'ten az, %26,4'ünün de 10-19 aralığında hastaya bakım verdiğini bulmuştur. Uyku kalitesi ile ruh sağlığı arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada hemşirelerin %40,0'ının bir vardiyada 22 ve üzeri sayıda hastaya baktığı bildirilmiştir (Günaydın 2014). Esen'in (2018) çalışmasında ise hemşire başına düşen hasta sayısı ortalaması $23,22 \pm 8,230$ olarak bulunmuştur. Bu araştırma bulgusu literatür bulgularına benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada gece nöbetlerinin yaşantılarına getirdiği zorluklar incelendiğinde sırasıyla hemşireler uyku düzenlerinin bozulduğunu (%31,1), sosyal yaşantılarının olumsuz etkilendiğini (%23,1) ve ruhsal açıdan olumsuz etkilendiklerini (%17,6) ifade etmişlerdir. Bu alanda yapılmış bazı çalışmaların bu bulguya paralel olduğu görülmektedir. Dağcan'ın (2019) çalışmasında gece nöbetlerinin hemşirelerin uyku düzenini bozduğu (%21,9) ve sosyal yaşantılarını olumsuz etkilediği (%17,1) bulunmuştur. Karakaş ve diğerlerinin (2017) hemşirelerle yaptıkları çalışmada hemşirelerin %81,0'ının gece nöbetlerinde zorluk yaşadığı, bu zorluklar içinde %35,0 oranda en fazla uyku ile ilgili sorunlar yaşadıklarını, Öztekin (2018) gece nöbeti ile çalışanların uyku kalitesinin daha kötü olduğunu, Bingöl (2006) daha çok uyku düzeninin ve sosyal hayatının bozulduğunu belirtmiştir. Günaydın'ın (2014) çalışmasında ise gece nöbetlerinin uyku düzenini (%61,1) ve sosyal yaşantıyı (%14,3) bozduğu belirtilmiştir. Doğan ve diğerlerinin (2019) vardiyalı çalışan hemşirelerle yaptığı çalışmada gece nöbetlerinin büyük oranda yaşantıya zorluk getirdiği ve sosyal yaşantıyı olumsuz etkilediği belirtilmiştir. Karagözoğlu ve Bingöl'ün (2008) çalışmasında ise hemşirelerin tamamına yakınının kendini yorgun hissettiği, büyük çoğunluğunun uyku düzeninin bozulduğu ve sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir. Ayrıca nöbet usulü çalışmanın mesaiye oranla daha rahatsız edici olduğu ve uyku düzenlerinde bozulmaya neden olduğu bildirilmiştir (Karakaş vd 2016, Esen 2018).

5.2. Hemşirelerin Uyku Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Uyku kalitesi hemşireler için önem arzeden bir konudur. Çünkü uyku yoksunluğu hemşirelerin performansını ve verimliliğini olumsuz etkileyebilmekte ve klinik hatalar gibi istenmeyen olumsuzluklara neden olabilmektedir (Khatony vd 2020). Nöbetli çalışmanın insan yaşamının günlük ritmini bozarak ruhsal, sosyal ve fiziksel sağlık sorunlarına neden olduğu bilinmektedir (Öztuna 2013). Hemşirelerin vardiyalı

çalışmalarına bağlı uyku kalitesindeki bozulmalar sosyal ve iş yaşamlarını olumsuz etkileyebilmektedir (Doğan vd 2019). Bunların yanında vardiyalı çalışanlarda vücudun iç saati ile çevre arasındaki uyum bozularak uyku bozuklukları ile kaza ve yaralanmaların artması gibi durumlar ortaya çıkmaktadır (Berger ve Hobbs 2006). Huzursuz bir beden ve zihin, uyumayı ve uykuda kalma süresini etkilemektedir. İş baskıları, ailesel nedenler ve diğer stres faktörleri ile ilgili ortaya çıkan kaygı, kişilerde uykuya dalma veya uykuyu sürdürme güçlüğü ile sonuçlanmaktadır (DeLaune ve Ladner 2011). Hemşirelerin stresli, zor ve yoğun tempoda çalışma zorunlulukları, hem maddi hem sosyal desteklerinde eksiklik yaşama, bakım verdikleri hastaların yaşadıkları sağlık sorunlarının duygusal etkileri, farklı ve değişen zamanlarda düzenlenen nöbetler uyku kalitelerinin bozulmasında önemli rol oynamaktadır (Günaydın 2014, Kaçan vd 2016, Yoo ve Kim 2017). Cinsiyetin uyku kalitesi üzerine etkisi düşünüldüğünde kadınlar, erkeklere nazaran uyku ritminde ve ruhsal durumdaki değişikliklerden daha fazla etkilenmektedir. Buna bağlı olarak kadınlar anksiyete düzeylerindeki artış nedeniyle daha sık uyku problemi yaşayabilmektedirler (Gökoğlu Güler 2018). Kadınların hemşirelik mesleğinde daha çok görev alması onların uyku kalitelerini daha çok etkileyebilmektedir.

Araştırmaya dahil olan hemşirelerin PUKİ puan ortalaması $8,26 \pm 2,88$ olarak hesaplanmıştır. Bu puan ortalaması hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun (%83,8) uyku kalitesinin düşük olduğunu ifade etmektedir. Bazı çalışmalarda da PUKİ puan ortalamasının benzer olduğu belirlenmiştir (Park vd 2018, Öztekin 2018, Dağcan 2019, Dai vd 2019). Çalışma bulgusuna paralel olarak Dağcan (2019) hemşirelerin %69,1'inin, Alcan (2019) %56,2'sinin uyku kalitesinin kötü olduğunu bulmuştur. Literatürde yer alan daha bir kaç çalışma da hemşirelerin uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir (Dönmez vd 2018, Park vd 2018, Kirhan ve Uzer 2019, Khatony vd 2020).

Uyku kalitesi yaş, cinsiyet, yaşam tarzı, çalışma koşulları, çevre, fiziksel aktivite, emosyonel durum, beslenme, alışkanlıklar gibi faktörlerden etkilenebilmektedir (Şevik Erdöl 2018). Erkeklerin kadınlara oranla daha az uyku bozukluklarından yakındıkları ifade edilmektedir (Öztuna 2013). Bu çalışmada katılımcıların cinsiyetlerine göre uyku kalitesine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Elde edilen bu bulgu Han ve diğerleri (2011), McDowall ve diğerleri (2017), Çetinol (2018) ve Alcan'ın (2019) çalışmalarıyla benzerlik göstermektedir. Araştırma sonucunun literatür bilgisinden farklı olması örnekleme erkek hemşire sayısının az olmasından kaynaklı olabileceğini düşündürmüştür. Çalışma bulgusunun aksine Karakaş ve diğerleri (2017), Karagözoğlu ve Bingöl (2008) hemşirelerde cinsiyetin uyku kalitesini etkileyen bir faktör olduğunu ve erkek hemşirelerin uyku kalitelerinin daha iyi olduğunu bildirmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin yaş, çocuk sayısı, medeni durum, eğitim düzeyi, hastalık durumu, sigara ve alkol kullanımı, düzenli spor yapma, kendini tanımlama, öfke eğitimi alma, öfkeliendiren durumlar gibi değişkenlerin uyku kalitelerini etkilemediği belirlenmiştir. Bu bulgu yapılan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir (McDowall vd 2017, Çetinel 2018, Esen 2018, Doğan vd 2019). Bu sonucun aksine yapılan bir çalışmada ise 20-25 yaş aralığında bulunan hemşirelerin uyku kalitelerinin anlamlı derecede kötü olduğu bulunmuştur (Çetinel 2018). Başka bir çalışmada lisans mezunu hemşirelerin uyku kalitesinin daha kötü olduğu bildirilmiştir (Günaydın 2014). Bir başka çalışmada ise evli hemşirelerin uyku kalitesinin bekar hemşirelere oranla daha iyi olduğu bulunmuştur (Karagözoğlu ve Bingöl 2008).

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin gelir durumlarına göre uyku kaliteleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Geliri giderinden az olan hemşirelerin geliri giderine denk ve geliri giderinden fazla olanlara göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu ortaya çıkmıştır. Vardiya sistemiyle çalışan hemşirelerin uyku kalitesinin araştırıldığı bir çalışmada bu bulguyu desteklemektedir (Doğan vd 2019). Başka bir çalışmada gelir durumunu kötü ya da orta düzeyde algılayan hemşirelerin en kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (Kaçan vd 2016). Gelir düzeyinin düşük olması hemşirelerin yaşam şartlarını da etkilemiş olabilir. Ek iş yapma, fazla mesai yapma ve ev işlerinde yardımcı alamayarak dinlenme saatlerinde evle meşgul olma ve dinlenememe gibi nedenlerden dolayı uyku kalitelerinin bozulmuş olabileceği tahmin edilmektedir.

Hastalıkların fizyolojik ve psikolojik etkileri uyku düzenini değiştirebilmektedir (Yalın ve Kürtüncü 2017). Çalışmada hemşirelerin kendi sağlığını algılama durumlarına göre uyku kalitelerinde anlamlılık belirlenmiştir. Sağlığını iyi olarak tanımlayanların uyku kalitesinin sağlığını orta ve kötü olarak tanımlayanlardan daha iyi olduğu görülmüştür. Bu çalışma ile benzer olarak Karagözoğlu ve Bingöl (2008) hemşirelerin uyku kaliteleri ile kendilerini kötü hissetmeleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Kendisini ruhen kötü hisseden hemşirelerin uyku kaliteleri de olumsuz yönde etkilenmiştir. Şen'in (2013) çalışmasında da ruhsal sorunu olan hemşirelerin daha kötü uyku kalitelerinin olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucu yapılan çalışmaları desteklemektedir. Bu durum sağlığını iyi olarak algılayanların pozitif bakış açısının ya da gerçekten sağlıklı olmaları durumunun uyku kalitesini olumlu yönde etkilemesi ile ilişkilendirilebilir.

Hemşirelerin göreve başladıkları ilk yıllarda, yeni bir hastane ortamı ve uyumda zorlanmaları, mesai saatlerinin fazla olması, yoğun bakım gibi riskli birimlerde çalışmaları gibi faktörlerden dolayı uyku kalitelerinin daha kötü olması beklenebilir (Esen 2018). Literatürün aksine çalışmaya alınanların hemşirelikte geçen hizmet süresine göre uyku kalitesince anlamlılık olmadığı belirlenmiştir. Esen (2018), Üstün ve

Çınar Yücel'in (2011) araştırma sonuçları bu çalışmada elde edilen bulguları desteklemektedir. Hemşirelerde uyku kalitesi ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı bir başka çalışmada ise çalışma süresi 5 yıl ve üzeri olanların uyku kalitesinin daha iyi olduğu bulunmuştur (Çetinol 2018). Günaydın (2014) ise çalışmasında 10 yıl ve üzeri çalışma yılı olanların uyku kalitesinin daha iyi olduğunu belirlemiştir. Bu araştırmada hizmet süresinin uyku kalitesi üzerindeki etkisinin olmaması hemşirelerin birbirlerine benzer bir tempoda çalışması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışma hayatı bireylere, toplumda belirgin bir rol, ekonomik güç ve statü sağlamaktadır. Bireye sağladığı bu imkanların yanında psikolojik ve fizyolojik açıdan bazı olumsuz durumları da beraberinde getirmektedir (Şen 2013). Yapılan bir çalışmada vardiyalı ve sık nöbet tutan servis hemşirelerinin uyku kalitelerinin gündüz çalışan ve düzenli çalışma programı olan poliklinik hemşirelerinden daha kötü olduğu görülmüştür (Karagözoğlu ve Bingöl 2008). Bu çalışmada hemşirelerin kurumdaki görevlerine göre uyku kalitelerinde istatistiksel anlamlılık bulunmamıştır. Benzer sonuçlar literatür ile desteklenmiştir (Üstün ve Çınar Yücel 2011, Günaydın 2014, Alcan 2019).

Dahili birimlerde yatan hastalar daha çok kronik hastalıklara sahip, terminal dönemde ve kısa ya da uzun süreli bakım gereksinimi olan hastalardır. Dahili birimler daha fazla iş baskısı ve gerilimin yaşandığı ünitelerdir. Diğer birimlerden farklı olarak kritik olan hastaların bulunması, ekip içi mesleki ilişki, çok çabuk gerginleşebilecek bir ortam gibi faktörler hemşirelerde bariz bir strese ve tükenmişliğe neden olabilmektedir. Özellikle yoğun bakımlar başta olmak üzere iç hastalıkları kliniklerinde görev yapan hemşireler, uzun bir süre ağrısı şiddetli, ağır hastalıklara sahip hastalara ve yakınlarına hizmet vermekte ve ölümlerle daha sık karşılaşmaktadır. Bu durum hemşirelerin fiziksel ve duygusal açıdan zorlanmalarına neden olabilmekte, hemşirelerde uykusuzluk, uyku ritminde ve uyku bütünlüğünde bozulma gibi durumlara neden olabilmektedir (Şen 2013). Araştırma kapsamına alınanların çalıştıkları birime göre dahili birimlerde çalışanların diğer birimlerdekilere göre uyku kalitelerinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Bazı çalışmalar bu çalışmanın bulgusunu desteklemektedir. Bingöl (2006), Kaçan ve diğerleri (2016) ve Esen'in (2018) çalışmasında dahili birimlerde çalışan hemşirelerin daha kötü uyku kalitelerinin olduğu rapor edilmiştir. Bu durum dahili birimlerde çalışan hemşirelerin geniş yelpazede hasta çeşitliliği ile çalışması ve çeşitliliğe bağlı olarak hastaların çok yönlü hemşirelik bakımına ihtiyaç duyması, hemşirelerin kronik hastalarla uzun süreli çalışması gibi durumlardan kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada hemşirelerin birimdeki çalışma yılına göre uyku kalitelerinin etkilenmediği bulunmuştur. Bu çalışmadan elde edilen bulgu, Öztuna'nın (2013), Esen'

in (2018) yaptığı çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada birimdeki çalışma yılının uyku kalitesini etkilememesi hemşirelerin çalıştığı biriminden memnun olması ya da kurum politikası olarak birbirine benzer bir tempoda çalışıyor olmasından kaynaklı olabilir.

Hemşireler yaşamları boyunca mesleklerinin gerektirdiği koşullardan ötürü vardiya-gece çalışma sisteminin getirdiği güçlüklerin üstesinden gelmek durumundadırlar. Bu şartlar altında çalışma durumu uyku kalitesini niceliksel ve niteliksel olarak etkilemektedir (Günaydın 2014). Türkiye’de genellikle hemşireler meslek hayatlarına vardiyalı çalışma ile başlamaktadır. Hemşirelerde sürekli gündüz çalışma durumu ileri çalışma yıllarına paralel olarak ileriki yaşlarında olmaktadır (Taş 2012). Bu araştırmada katılımcıların çalışma biçimine göre sürekli gece çalışan hemşirelerin PUKİ puanlarının, sürekli gündüz, bazen nöbet ve 24 saat nöbet şeklinde çalışanlara göre daha yüksek olduğu yani uyku kalitelerinin daha kötü olduğu görülmektedir. Bir çalışmada sürekli gündüz çalışan hemşirelerin, sürekli gece çalışan ve gece/gündüz dönüşümlü çalışan hemşirelerden daha kaliteli uykuya sahip olduğu bildirilmiştir (Dağcan 2019). Türkiye’de ve yurt dışında yapılan birçok çalışmada benzer şekilde, vardiyalı çalışmanın uyku sorunlarına yol açtığı belirtilmektedir (Üstün ve Çınar Yücel 2011, Roodbandi vd 2016, Zhang 2016, Karakaş vd 2017, Niu vd 2017, Doğan vd 2019, Dai vd 2019). Görüldüğü gibi yapılan çalışmalar bu çalışmanın bulgusunu desteklemektedir.

Çalışmada hemşirelerin haftalık çalışma saati ve bir vardiyada bakım verilen hasta sayısına göre PUKİ puanlarında anlamlılık saptanmamıştır. Araştırma sonucuna paralel olarak Esen (2018), fazla mesai yapan hemşirelerle yapmayanlar arasında uyku kalitesi bakımından anlamlı bir fark bulmamıştır. Yine başka çalışmalarda da anlamlılık olmadığı belirlenmiştir (Fışkın vd 2013, Kaçan vd 2016, Doğan vd 2019). Ancak literatür incelendiğinde 40 saat çalışan bireyler ile 40 saat üstü çalışanlar arasında anlamlı fark bulunmuştur. 40 saatten fazla çalışan bireylerin uyku kalitelerinin diğerlerine oranla kötü olduğu belirtilmiştir (Karagözoğlu ve Bingöl 2008, Şen 2013, Karakaş vd 2017). Yine başka bir çalışmada haftalık 45 saat üstü çalışan hemşirelerin daha çok uyku sorunu yaşadıkları bildirilmiştir (Çetinel 2018). Görüldüğü gibi bu değişken ile ilgili oldukça farklı bulgular bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda elde edilen bu bulgunun hemşirelerdeki yaş ortalamasının 37 olması, yani çalışma yılı olarak 10 yıl ve üzeri olan hemşirelerden oluşması, dolayısıyla çalışma temposuna, çalışma ortamına alışkın olmaları ve meslekleri ile ilgili daha gerçekçi beklenti içinde olmaları ile ilgili olabilir.

5.3. Hemşirelerin Öfke Durumlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Spielberger ve diğerleri (1988) “öfkeyi, basit bir sinirlilik veya kızgınlık halinden, yoğun hiddet durumuna kadar değişen dereceli duygusal durum” olarak tanımlamaktadır. Sürekli öfke, bireyin her durumda öfkelenmeye meyilli olduğunu, çabuk ve kolayca öfkelenildiğini, zaman içerisinde öfke hissedilme sıklığını ifade etmektedir (Özmen 2009, Karslı 2011). Genel ve çok kullanılan bir sınıflama yapan Spielberger (2010), öfke ifade tarzlarını içselleştirilmiş öfke, dışsallaştırılmış öfke ve öfke kontrolü olmak üzere üç boyutta ele almıştır. Bazı kişiler öfkelerini dışa vurabilirken, bazıları öfkelerini içerisinde tutmakta, kimileri ise çeşitli baş etme yolları ile kontrol etmeye çalışmaktadır (Öztürk 2019). Yapılan bu çalışmada hemşirelerin sürekli öfke puanı $20,42 \pm 5,11$ olup, bu bulgu hemşirelerin orta düzeyde öfke duygusu yaşadıklarını göstermektedir. Öfke ifade biçimlerine bakıldığında; ‘öfke kontrol’ puan ortalaması $21,49 \pm 4,49$ 'dur. Bulgu, çalışma yapılan hemşirelerin öfke kontrolünün orta düzeyden biraz daha fazla olduğunu ve hemşirelerin öfkelerini kontrol edebildiklerini göstermektedir. Hemşirelerin öfke içe puan ortalamaları $15,70 \pm 3,90$ 'dur ve onların orta düzeyde öfkelerini bastırdığını söyleyebiliriz. Hemşirelerin Öfke Dışa puan ortalaması $14,28 \pm 3,73$ olarak bulunmuştur. Bu bulgu çalışmaya alınanların orta düzeye yakın rahatça öfkelerini ifade edebildiklerini göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalar bu çalışmadan elde edilen bulguları destekler niteliktedir (Kaya ve Solmaz 2009, Baran ve Okanlı 2015, Cebeci 2018, Khatoon vd 2019, Portakal 2020, Aydoğan ve Özkan 2020).

Öfke ve öfke ifadesi kültürel özellikler, beklentiler, çevre ve aileden öğrenilmiş davranışlar, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, alkol ve sigara kullanımı, ebeveynlerin kişilik özellikleri ve çocuklara olan davranış şekli gibi değişkenlerden etkilenmektedir (İlhan 2014, Sonkaya vd 2017). Öfke duygusu ve ifade ediliş biçimi cinsiyete göre değişkenlik gösterebilmektedir. Öfkelenme sıklığı yönünden kadın ve erkeklerin benzer yoğunlukta ve benzer sebeplerden öfkelenildiği, erkeklerin kadınlara göre öfke duygularını daha doğrudan ifade edebildikleri, kadınların ise öfkelerini erkeklere göre daha dolaylı ifade ettikleri belirtilmektedir (Balkaya ve Şahin 2003). Lerner (2019) kadınların, öfkelerini doğrudan ifade edememelerinin sebeplerini içsel ve sosyal engellere değinerek kadınların öfke duygusunu ifade etmelerinde toplum tarafından hoş karşılanılmaması ve kabul edilmemesi gerçeğinden kaynaklandığını, bu nedenle erkeklerin daha rahat öfke ifadesinde bulunduklarını belirtmektedir. Bu bilgiyi destekler şekilde erkek hemşirelerin Öfke Dışa alt boyut puanlarının, kadın hemşirelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum erkek hemşirelerin

öfkelerini içe atmaktan ziyade kolayca ifade edebildiklerini ve dışa vurduklarını göstermektedir. Kadın hemşirelerin öfkelerini daha çok bastırması toplumun getirdiği cinsiyet rolünün baskısından kaynaklı olabileceğini düşündürmüştür. Yapılan çalışmalarda bu bulgulara paralel sonuçlar bulunmuştur (İlhan 2014, Cebeci 2018).

Öfke ve saldırganlık davranışlarının oluşmasında pek çok etken rol oynamaktadır. Öfke davranışları yaşla paralel olarak farklı şekillerde dışarı yansıtılabilmektedir (Kesen vd 2007). Yaş dönemlerine göre farklılık gösteren öfke ifade şekilleri, çocukluk döneminde tepinme, vurma, objeleri fırlatma şeklinde dolaysız dışa vurulan öfke yaş ilerledikçe ve çocuk toplumsallaştıkça denetim altına alınarak sosyal yönden kabul gören yollarla ifade edilmeye başlar (Yüksel 2014, Portakal 2018). Cüceloğlu (2019), bireylerin öfkelerini uygun yollarla ifade etmeyi sosyalleşme sürecinin bir sonucu olarak görmüş, bu sürecin yaşla birlikte gelişme gösterdiğini ifade etmiştir. Literatürde yaşlı yetişkinlerin ergen ve diğer yetişkinlere oranla daha düşük öfke düzeyine sahip olduğu ve öfke kontrolünde daha başarılı olduğu ifade edilmiştir (Kim vd 2008, Jang ve Won 2009). Literatür bilgisini destekler şekilde bu araştırmada 45 yaş ve üzerinde olan hemşirelerin Öfke Kontrol alt boyutu puanları 27-35 yaş grubunda olanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgu 45 yaş ve üstü olan hemşirelerin öfkelerini daha iyi kontrol edebildiğini göstermektedir. Bu durum hemşirelerin yaşları ilerledikçe tecrübe sahibi olup olaylara farklı bakış açıları getirmesiyle ilişkilendirilebilir. Literatüre bakıldığında öfkeyi ifade etme şeklinin yaşa göre değiştiğini destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (Balkaya ve Şahin 2003, Lee vd 2009, Yüksel 2014).

Bu araştırmada medeni duruma göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bu araştırma sonucu Şener Akkoç (2011), Jang ve diğerleri (2018), Öztürk'ün (2019) çalışması ile benzerlik göstermektedir. Bayrı (2007) medeni durum ile öfke ifadesi arasında ilişki bulmamış ancak evli olmanın öfkeyle baş etmede güçlü bir sosyal destek olabileceğini belirtmiştir. Bu araştırmadan farklı olarak Lee ve diğerleri (2009), Yılmaz (2009), Cebeci (2018) evli olan hemşirelerin Öfke Kontrol puanını daha yüksek bulmuştur. Portakal (2018) ise bekar hemşirelerin Öfke Dışa alt boyut puanını daha yüksek bulmuştur. Evliliğin öfke ifadesine ve öfke ile baş etmede sosyal destek olarak olumlu olabileceği düşünülse de bu çalışmada anlamlı bir ilişkisinin olmaması örneklem grubunun sosyokültürel farklılıklarından kaynaklı olabilir.

Araştırmaya katılan hemşirelerin sahip olduğu çocuk sayısına göre Öfke Kontrol alt boyut puanlarında anlamlılık görülmektedir. 2 ve 3 çocuğu olanların Öfke Kontrol alt boyutu puanları, 1 çocuğu olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Birden fazla çocuğu olan hemşirelerin öfkelerini kontrol etmede daha başarılı olduğu görülmüştür. Portakal'ın (2018) çalışmasında çocuk sayısından

bağımsız olarak çocuğu olan hemşirelerin Sürekli Öfke ve öfkelerini dışa yansıtma düzeyini daha düşük olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin öfke ifade biçimlerinin araştırıldığı başka bir çalışmada ise çocuk sahibi olan hemşirelerin çocuğu olmayanlara göre öfke kontrolünün yüksek olduğu belirtilmiştir (Yılmaz 2009).

Eğitim, öfke ifade biçimlerini etkileyen faktörlerden biridir. Eğitim seviyesi arttıkça cinsiyet fark etmeksizin öfke kontrolünün de arttığı belirtilmiştir (Berkowitz 1990). Eğitim düzeyi yüksek kişiler kognitif (bilişsel) rahatlığa sahiptirler ve öfkeye neden olan problemleri çözmede daha başarılıdır ve bu nedenle öfke düzeyleri daha düşüktür (Portakal 2008, Keskin vd 2011). Yüksel (2014) hemşirelerde öfke düzeyi ve verimliliğe ilişkin tutumları incelediği araştırmasında eğitim seviyesi arttıkça öfke kontrolünün de arttığını tespit etmiştir. İlhan (2014) lise mezunu hemşirelerin Sürekli Öfke düzeyini yüksek lisans mezunu hemşirelerden yüksek bulmuştur. Aynı çalışmada lisans mezunu olan hemşirelerin Öfke Kontrol puanının lise mezunu hemşirelerden yüksek olduğu bulunmuştur (Öztürk 2019). Yapılmış çalışma sonuçlarının aksine bu çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyine göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı alt boyutlarında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yapılan çalışmalarda elde edilen bulguların bu araştırma sonucunu desteklemediği görülmektedir. Bu bulgunun literatürden farklı olması örneklemi oluşturan hemşirelerin çoğunlukla lisans mezunu olmasından kaynaklı olabileceğini düşündürmüştür.

Araştırmada hemşirelerin gelir düzeyine göre sürekli öfke, öfke dışa ve öfke içe alt boyutlarında anlamlılık olduğu saptanmıştır. Geliri giderinden az olan hemşirelerin Sürekli Öfke, Öfke Dışa puanlarının daha yüksek olduğu ve bazı çalışmaların bu bulguyu desteklediği görülmektedir (Engin 2004, Portakal 2018, Cebeci 2018). Yapılan bu çalışmada geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olanların Öfke İçe alt boyut puanlarının geliri giderinden fazla olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumda gelir seviyesi düşük ve geliri giderine denk olan hemşirelerin öfkelerini daha çok bastırdıkları sonucuna varılabilir. Öztürk (2019) yaptığı çalışmada da ekonomik durumunu zayıf olarak bildiren hemşirelerin iç öfke düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuştur.

Öfkenin uygun ifade edilmesinin yerine uzun süreli bastırılması, içe atılması yüksek tansiyon ve kas ağrılarına neden olabilmektedir. Uzun süreli ve yoğun yaşanan öfke sonucunda bireylerde yorgunluk ve anksiyetenin eşlik ettiği psikosomatik hastalıklara da yatkınlık artmaktadır (Bayrı 2007). Bayrı'nın (2017) yaptığı bir çalışmada fiziksel hastalığa sahip hemşirelerin Sürekli Öfke ve Öfke İçe puanlarının yüksek olduğu, hastalığı olmayanların öfke kontrolünün daha iyi olduğu bulunmuştur. Bu literatür bilgilerinin aksine araştırmamıza katılanların hastalık durumlarına göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği alt boyutlarında anlamlı bir ilişki

saptanmamıştır. Bu bulgu Portakal'ın (2018) hemşirelerle yaptığı çalışma sonucu ile uyumludur.

Bu çalışmada sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin sürekli öfke puanları, sağlığını orta ve kötü olarak değerlendirenlerin öfke içe puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelerin öfke ifadeleri ile genel sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada öfke kontrolü yüksek olanların genel sağlık durumlarının daha iyi olduğu, öfkesini içe atan veya dışa yansıtan bireylerin genel sağlık durumlarının bozulduğu belirlenmiştir (Bayrı ve Kelleci 2009). Kore'de hemşirelerin öfke ifadeleri ile ilgili yapılan bir çalışmada kendini sağlıklı algılayanların Öfke Dışa alt boyut puanının sağlıklı algılayanlardan yüksek, Öfke İçe puanının ise anlamlı derecede düşük olduğu saptanmıştır (Jang vd 2018).

Kişiler öfkesini yönetme ile ilgili sorunlar yaşadığı zaman etkili olmayan ve kişiye zarar veren davranışlarda bulunabilmektedirler. Öfke anında etkili olmayan davranış örüntülerinden bir kaçı da sigara, alkol ve ilaç kullanımıdır (Şener Akkoç 2011, Yüksel 2014). Portakal'ın (2018) aktarımıyla Piko, çalışmasında hemşirelerin öfke ile baş etmede alkol, sigara, uyku verici ve sakinleştirici ilaçlar kullandıklarını ifade etmiştir. Bu araştırmada alkol ve sigara kullananların Öfke Dışa alt boyut puanları, sigara ve alkol kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu bulgu araştırma kapsamına alınan sigara–alkol kullananların öfkelerini sözel olarak kontrol dışı ifade ettiklerini ve sosyal yaşamda sorunlar yaşayabileceğini düşündürmektedir.

Öfke kontrol yöntemlerinden olan dans etmek, yürüyüş yapmak, bisiklete binmek ve spor yapmak öfkeli durumlarda gevşemeye yardımcı aktivitelerdir. Bu hareketler bireylerin gevşemesi ve öfke yönetiminde etkili olmaktadır (Karslı 2011). Yıldız (2019) 18-28 yaş aralığında kişilerle yaptığı çalışmasında spor yapmayanların Sürekli Öfke ve Öfke Dışa puanlarının spor yapanlara göre yüksek bulurken, Öfke Kontrol puanını daha düşük bulmuştur. Ancak bu çalışmada hemşirelerin spor yapma durumunun sürekli öfke ve öfke ifade biçiminde anlamlı bir farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Araştırma sonucumuzun literatürden farklı olmasının nedeni örnekleme spor yapan kişi sayısının çok az olması ile açıklanabilir.

Öfkenin, nörolojik ve biyolojik süreçlerin yanında kişilik özellikleri ve mizaç dâhil olmak üzere birden fazla kişisel ve çevresel değişkenlerden etkilendiği bildirilmiştir (İnalı 2019). Kişinin kendini tanıması, öfkesinin sebebini bulması, kendisini öfkeliendirebilecek kişi veya davranışların farkına varması önemlidir (Salt 2018). Araştırmada katılımcıların Sürekli Öfke, Öfke Kontrol, Öfke İçe ve Öfke Dışa puanlarında kendini tanımlama durumuna göre anlamlılık olduğu bulunmuştur. Kendini sabırsız, öfkeli olarak tanımlayanların sürekli öfke alt boyut puanları yüksektir. Sabırsız

olduğunu değerlendiren hemşirelerin sakin olarak değerlendirenlere göre, kendini öfkeli olarak tanımlayanların ise diğer tüm gruplara (sabırsız, sabırlı/sakin ve sabırsız/heyecanlı) oranla daha sık öfkelendiği sonucuna varılabilir. İlhan (2014) çalışmasında bizim çalışmamıza benzer sonuç elde etmiştir.

Bu araştırmada kendini sabırlı/sakin değerlendiren hemşirelerin Öfke Kontrol puanları, kendini sabırsız ve öfkeli olarak değerlendirenlere göre yüksek bulunmuştur. Bu bulguyu destekleyecek şekilde öfkesini kontrol etmede zorlananların daha fazla olumsuz kendilik algısı içinde ve depresif olduğu, yine sabırsız, endişeli, olumsuz duygu yaşamaya meyilli olan nörotik bireylerde öfke kontrolünün düşük olduğu ve sakin bireyler de öfke kontrolünün yüksek olduğu bildirilmiştir (Keskin vd 2011).

Çalışmada kendini öfkeli görenlerin öfke dışı, öfke içi alt boyut puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. İlhan'ın (2014) çalışması ile bu bulgu paralellik göstermektedir.

Öfke duygusunun ifade ediliş şeklinde, aileden ve çevreden öğrenilmiş davranışlar, beklentiler ve kültürel özellikler etkilidir (Tüfekçi Hoşgör 2013). Hemşirelerin öfke ifade şekillerine bakıldığında; neden öfkelendiklerinin farkına varıp sorunları çözmeleri yerine sessiz kalarak öfkelerini bastırdıkları, inkar ya da yansıtma yollarını tercih ettikleri belirtilmektedir. Bunun yanında sürekli yorgunluk hissi, öfke patlamaları, sorunlar hakkında söylenme gibi yıkıcı davranışların görüldüğü ifade edilmiştir (Yılmaz 2009, Portakal 2018). Bu çalışmaya katılan hemşirelerin öfke ifade ediliş şekillerine göre Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği alt boyut puanları arasında anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Öfkelerini ses tonunu yükselterek ifade eden hemşirelerin sessiz kalarak ve sorunu paylaşarak ifade edenlere göre; öfkesini jest, mimik ve beden diliyle ifade edenlerin, sessiz kalarak ve sorunu paylaşarak ifade edenlere göre Sürekli Öfke alt boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla paralel olarak İlhan'ın (2014) araştırmasında da benzer sonuç elde edilmiştir.

Hemşirelerin öfkelerini ifade etme açısından Öfke Kontrol alt boyutlarına bakıldığında ses tonunu yükselterek öfkelerini ifade edenlerin sessiz kalarak ve sorunu paylaşarak ifade edenlere göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durum sessiz kalan ve sorununu paylaşanların öfkelerini daha çok kontrol edebildiklerini göstermektedir. Öfkelerini ifade ederken sessiz kalan hemşirelerin Öfke Dışa alt boyut puanları düşük çıkmıştır. Bu durum sessiz kalan hemşirelerin öfkelerini daha çok bastırdıkları ve dışarı yansıtmadıklarını göstermektedir. Bu çalışmada öfkelerini sorunlarını paylaşarak ifade eden hemşirelerin Öfke İçe alt boyutu puanlarının daha düşük olduğu tespit edilmiştir. İlhan'ın (2014) çalışmasında da benzer sonuç elde edilmiştir.

Hemşireler çalışma koşullarındaki güçlükler, ekip içinde yaşanan birtakım anlaşmazlıklar ve iletişim sorunları, zor hastalara bakım verme ve kendilerini yetersiz hissetme durumları gibi birçok olumsuzluktan dolayı stres yaşamaktadır. Sürekli stres yaşantısı hemşirelerde öfke duygusuna neden olabilmektedir (Portakal 2018). Thomas (2004) mesleki deneyimleri fazla olan hemşirelerin öfke kontrolünde daha başarılı olduğunu belirtmiştir. Çalışma kapsamına alınanların hemşirelikte geçen hizmet süresine göre 16 yıl ve üzeri çalışma süresi olanların Öfke Kontrol puanları, 6-10 yıldır çalışma süresi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, çalışma yılı arttıkça öfkelerini kontrol etmede daha başarılı oldukları sonucu ortaya çıkmıştır. Kore'de hemşireler ile yapılan bir çalışmada hizmet süresi fazla olan hemşirelerin öfkelerini daha çok kontrol edebildikleri sonucu bulunmuştur (Lee vd 2009). Bu çalışma ile çalışmamız paralellik göstermektedir.

İş yaşamında öfke ve öfkenin ifadesi ile kişinin mesleki pozisyonu ve hiyerarşisi arasında ilişki vardır. Özellikle hiyerarşik yapılı, tehditkar, kapalı ve demokratik süreçlere olanak vermeyen örgüt iklimi, başlıca stres kaynağıdır (Keskin vd 2011). Bireylere yönelik yapılan eleştiri ve saldırı gibi durumların artması onları öfkeliendirmekte ve giderek pasifize olma eğilimine itmektedir. Bu durumla ilişkili olarak daha düşük pozisyonlarda çalışan bireylerin, öfkelerini daha çok içinde biriktirerek bastırmakta oldukları tespit edilmiştir (Bal 2019). Çalışmada hemşirelerin kurumdaki pozisyonlarına göre sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği puanlarında anlamlılık olmadığı saptanmıştır. Elde edilen bu bulgu Yüksel (2014), Jang ve diğerleri (2018), Portakal'ın (2018) çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Yapılan çalışmada hemşirelerin çalıştığı birimleri ve birimlerdeki çalışma sürelerine göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği puanlarında anlamlılık bulunmamıştır. Jang ve diğerlerinin (2018) çalışması da bu çalışma ile paralellik göstermektedir. Öztürk (2019) hemşirelerin birimdeki çalışma süresine göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişkiye rastlamazken, aynı çalışmada yöneticilik yapan hemşirelerin cerrahi ve yoğun bakımlarda çalışan hemşirelere göre Öfke Dışa ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Portakal'ın (2018) çalışmasında ise aynı birimde 20 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin Öfke İçer alt boyut puanı daha düşük bulunmuştur. Bu konuda ortaya çıkan farklılıkların nedeni olarak araştırma yapılan hastanenin çalışma şartlarından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Gece vardiyasında çalışmak durumunda olan hemşirelerde uykusuzluk, yorgunluk ve konsantrasyon zorluğu, öfke, depresyon ve anksiyete bozukluklarının sık görüldüğü ifade edilmiştir (İlhan 2014, Portakal 2018). Bu çalışmada hemşirelerin çalışma biçimlerine göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği alt boyut puanlarında

anlamlılık saptanmamıştır. Portakal (2018), Kaya ve Solmaz (2009), Yüksel'in (2014) çalışmaları araştırma bulgumuzu destekler niteliktedir. Çalışma sonucumuzdan farklı olarak sürekli gece çalışan hemşirelerin Öfke Kontrol puanlarının, sürekli gündüz, bazen nöbet ve nöbet sonrası mesai yapan hemşirelerin Öfke Kontrol alt boyut puan ortalamalarından düşük bulunmuştur (İlhan 2014). Bu araştırmaya katılan hemşirelerin haftalık çalışma saatine göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği alt boyut puanlarında anlamlı bir ilişki rastlanmamıştır. Çalışma sonucumuz Portakal (2018) ve Yüksel'in (2014) çalışma sonuçları ile uyumludur.

Bakılan hasta sayısının hissedilen öfke duygusunun nedenlerinden biri olabileceği bildirilmiştir (Bayrı 2007, İlhan 2014). Araştırmaya katılan hemşirelerin bir vardiyada baktıkları hasta sayısına göre Öfke İçer alt boyut puanlarında anlamlılık belirlenmiştir. 2-5 arası hastaya bakanların Öfke İçer alt boyut puanlarının, 10 ve üzeri hastaya bakanlara oranla yüksek olduğu bulunmuştur. Baran (2009), öfke düzeyi ile iş doyumunu ilişkisini incelediği çalışmasında bakım verilen hasta sayısı ile öfke ifadesi arasında ilişki saptamamıştır. Bu araştırmada az sayıda hastaya bakan birimler yoğun bakımlardır. Yoğun bakımların sürekli kapalı alan, hastalarla iletişimin sınırlı, kritik hasta sayısının fazla, yoğun ve stresli yerler olması nedeni ile hemşirelerin öfkelerini yansıtamadıkları ve bastırdıkları düşünülmektedir.

Uyku problemleri davranışsal ve duygusal sorunlara neden olabilir ya da var olan sorunları şiddetlendirebilir (Dahl 2006). Uyku ile öfke arasında ilişkinin olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Granö vd 2008, Lund vd 2010, Tsuchiyama vd 2013). Araştırmada hemşirelerin PUKİ puanları ile Sürekli Öfke, Öfke Kontrol ve Öfke İçer, Öfke Dışa puanlarında anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Hemşirelerin uyku kaliteleri ve öfke durumları arasındaki ilişki incelendiğinde uyku kalitesi kötüleştikçe hemşirelerin Sürekli Öfke, Öfke Dışa ve Öfke İçer alt boyut puanlarının arttığı, öfke kontrol alt boyut puanının ise azaldığı saptanmıştır. Kötü uyku kalitesinin hemşirelerde öfke düzeyinin ve öfkelenme sıklığının artmasına, öfkenin kontrolünden çok bastırılmasına, içe atılmasına ya da sağlıksız ve etkili olmayan biçimde dışa yansıtılmasına neden olabileceği, uyku kalitesi arttıkça hemşirelerin öfkelerini kontrol edebilecekleri sonucuna varılmıştır.

6. SONUÇ

6.1. Sonuçlar

Hemşirelerde uyku kalitesi ile öfke ifade tarzı arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırmadan şu sonuçlar çıkarılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğunun kadın, %39,3' ünün 36-44 yaş aralığında, çoğunluğunun lisans mezunu ve evli, yarısından fazlasının 2 çocuğunun olduğu, %55,3'ünün gelirinin giderini karşıladığı, %73,8'inin tanısı konmuş bir hastalığının olmadığı, % 54,1'i sağlıklarını orta düzeyde algıladıklarını ve %52,4'ünün kendini sabırlı/sakin olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Hemşirelerin çoğunluğu sigara alkol içmediğini ve düzenli egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Hemşirelerin kendilerini en çok öfkeliendiren konunun haksızlık olduğu, öfkeliendiklerinde en çok ses tonunu yükselttikleri ve büyük kısmının öfke eğitimi almadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).

Hemşirelerin %52,6'sı 16 yıl ve üzeri yıldan beri çalıştığını, %51,5'i servis ve %20,0'si yoğun bakım hemşiresi olarak çalıştığını, %69,1'i bazen nöbet bazen gündüz şeklinde çalıştığını, %64,5'i haftalık 40 saatten fazla çalıştığını, %38,2'si bir vardiyada 10 veya daha fazla sayıda hastaya bakım verdiğini ve %31.1'i gece nöbetlerinin uyku düzenini bozduğunu belirtmiştir (Tablo 4.1.2).

Hemşirelerin büyük bir çoğunluğunun kötü uyku kalitesine sahip olduğu, PUKİ puanı ortalamasının $8,26 \pm 2,88$ olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.1).

Hemşirelerin gelir gider durumu ve sağlık algısına göre PUKİ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Çalışmaya alınanların cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sayıları, eğitim düzeyi, hastalık durumu, sigara-alkol alışkanlıkları, kendini tanımlamaları, öfke eğitimi alma durumları, kendilerini öfkeliendiren nedenler ve öfkelerini ifade etme şekillerine göre PUKİ puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 4.2.2).

Katılımcıların çalıştıkları birimlere ve çalışma biçimlerine göre PUKİ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır. Hemşirelerin

hizmet süresi, kurumdaki görevi, birimdeki çalışma süresi, haftalık çalışma saati, bir vardiyada bakım verilen hasta sayısına göre PUKİ puanlarında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır (Tablo 4.2.3).

Hemşirelerin Sürekli Öfke alt ölçeği puan ortalaması $20,42 \pm 5,11$, Öfke İçerik puan ortalaması $15,70 \pm 3,90$, Öfke Dışarı puan ortalaması $14,28 \pm 3,73$ ve Öfke Kontrol puan ortalaması $21,49 \pm 4,49$ olarak saptanmıştır (Tablo 4.3.1).

Katılımcıların cinsiyetlerine göre Öfke Dışarı alt boyut puanlarında; yaşına ve sahip olduğu çocuk sayısına göre Öfke Kontrol alt boyut puanlarında; gelir durumuna göre Sürekli Öfke, Öfke Dışarı ve Öfke İçerik alt boyut puanlarında; sağlık algılarına göre Sürekli Öfke ve Öfke İçerik alt boyut puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir (Tablo 4.3.2).

Çalışmaya alınan hemşirelerin sigara ve alkol kullanma durumlarına göre öfke dışarı alt boyut puanlarında; kendilerini tanımlama durumlarına göre sürekli öfke, öfke kontrol, öfke dışarı ve öfke içerik alt boyut puanlarında; öfkeyi ifade etme şekillerine göre sürekli öfke, öfke kontrol, öfke dışarı ve öfke içerik alt boyut puanlarında anlamlılık olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3.2).

Çalışmada hemşirelerin medeni durum, eğitim düzeyi, kronik bir hastalık tanısı alma durumu, düzenli spor yapma ve öfke eğitimi alma durumları, kendilerini en çok öfkeliendiren değişkenlere göre Sürekli Öfke, Öfke İçerik, Öfke Dışarı ve Öfke Kontrol puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 4.3.2).

Hemşirelerin toplam hizmet süresine (yıl) göre Öfke Kontrol puanlarında, bir vardiyada baktıkları hasta sayısına göre Öfke İçerik puanlarında istatistiksel açıdan anlamlılık saptanmıştır (Tablo 4.3.3).

Hemşirelerin kurumdaki görevi, çalıştıkları birim, birimdeki hizmet süreleri, çalışma biçimleri ve haftalık çalışma saatlerine göre Sürekli Öfke, Öfke İçerik, Öfke Dışarı ve Öfke Kontrol puan ortalamalarında anlamlılık belirlenmemiştir (Tablo 4.3.3).

Hemşirelerin PUKİ puanı ile sürekli öfke alt boyutu puanı arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkinin olduğu bulunmuştur. Katılımcıların PUKİ puanları ile öfke kontrol alt boyutu puanları arasında negatif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki belirlenmiştir. Araştırma kapsamındakilerin PUKİ puanları ile öfke içerik alt boyutu puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.3.4).

6.2. Öneriler

Hemşirelerin kötü uyku kalitesine sahip olduğu, orta düzeyde öfke duygusu yaşadıkları, öfkelerini orta düzeyde kontrol edebildikleri, orta düzeyde öfkelerini bastırdıkları ve yine orta düzeye yakın rahatça öfkelerini ifade edebildikleri, uyku kalitesi ile öfke ifade tarzı arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu araştırmada ortaya çıkan sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Her ne kadar hemşirelerin öfke kontrollerinin orta düzeyde olduğu saptansa da büyük çoğunluğunun öfke ile ilgili eğitim almadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle hemşirelere mezuniyet sonrası çalışma hayatında belirli aralıklarla öfke ve kontrolü ile ilgili düzenli eğitimlerin yapılması, ayrıca hizmet içi eğitimlerde öfke yönetimi konusuna yer verilmesi,

Kendini öfkeli olarak tanımlayan ve öfke kontrolünde zorlanan kişilerin bireysel danışmanlıklar için yönlendirilmesi,

Hemşirelerin çalışma saatlerinin, uyku kalitelerini artırmaya yönelik olarak düzenlenmesi, uzun süren vardiyaların ve nöbet sıklığının azaltılması,

Gece nöbetlerinin hemşirelerin yaşantısına getirdiği zorluklar dikkate alındığında, hemşirelerin fiziksel ve ruhsal açıdan iyilik halinin sağlanması ve devamlılığı ile sosyal yaşantılarının dikkate alınarak izin saatlerinin yeniden düzenlenmesi ve mevzuatta yerini alması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh uyku kalite indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. **Türk Psikiyatri Derg** 1996; 7(2): 107-115.
- Alcan E. Vardiyalı çalışma sisteminin ve sirkadyen özelliklerin uyku kalitesine etkisi. Yüksek lisans tezi, **Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Tekirdağ, 2019, s. 99.
- Arpacı F. Vardiya usulü çalışmanın hemşirelerin sosyal yaşamı ve ev yaşamı üzerindeki etkilerinin incelenmesi. **Life Scien** 2007; 2(4): 71-79.
- Atila A. Böbrek nakli bekleme listesindeki hastaların sürekli öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif semptomları arasındaki ilişkinin sosyo-demografik değişkenler eşliğinde incelenmesi. Yüksek lisans tezi, **İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İstanbul, 2015, s. 119.
- Avcı A. Örgütlerde öfke yönetimi. **Journal Of Original Studies** 2020; 1(2) : 115-128.
- Aydoğan A, Özkan B. Öfke kavramı ve sağlık çalışanı olmak. **Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi** 2020; 1(1) : 14-22.
- Aydoğan A, Özkan B. Hemşirelerin iletişim becerileri ve öfke yönetimlerinin belirlenmesi. **ACU Sağlık Bil Derg** 2020; 11(3): 458-463.
- Bal CG. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzının demografik özelliklerle ilişkisi. **KSÜ İİBF Dergisi** 2019; 9(2): 63-72.
- Balkaya F, Şahin NH. Çok boyutlu öfke ölçeği. **Türk Psikiyatri Derg** 2003; 14(3): 192-202.
- Baran M, Okanlı A. Hemşirelerde öfke düzeyinin iş doyumuna etkisi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2015; 18(1): 43-49.
- Baran M. Hemşirelerde öfke düzeyinin iş doyumuna etkisi. Yüksek lisans tezi, **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum, 2009, s. 59.
- Bayrı F, Kelleci M. Hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile genel sağlık durumları arasındaki ilişki. **Türkiye Klinikleri J Nurs Sci** 2009; 1(2): 65-70.
- Bayrı F. Hemşirelerin öfke ifade biçimleri ve genel sağlık durumları ile ilişkisinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, **Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Sivas, 2007, s. 104.
- Berger AM, Hobbs BB. Impact of shift work on the health and safety of nurses and patients. **CJON** 2006; 10(4): 465-471.
- Berkowitz L. On the formation and regulation of anger and aggression. A cognitive-neoassociationistic analysis. **American Psychologist** 1990; 45(4): 494-503.

Bilge A, Ünal G. Öfke, öfke kontrolü ve hemşirelik yaklaşımı. **EGEHFD** 2005; 21(1): 189-196.

Bingöl N. Hemşirelerin uyku kalitesi, iş doyumu düzeyleri ve aralarındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, **Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Sivas, 2006, s. 110.

Borzooyi S, Behzadi MJR. Investigate the relationship between sleep quality and quality of life of the nurses' stress tolerance. **IJBPA** 2015; 4(12): Special Issue: 151-157

Bulut S. Lise öğrencilerinin anne baba tutumlarına göre öfke ifade tarzlarının incelenmesi. Yüksek lisans tezi, **İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İstanbul, 2018, s. 99.

Buyse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res** 1989; 28(2): 193-213.

Cebeci R. Hemşirelerin öfke eğilimin etkileyen kişisel, çevresel ve mesleki faktörlerin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2018, s. 114.

Chaiard J, Deeluea J, Suksatit, B, Songkham W, Inta N, Stone TE. Sleep disturbances and related factors among nurses. **Nursing & Health Sciences** 2019; 21(4): 470-478

Chan MF. Factors associated with perceived sleep quality of nurses working on rotating shifts. **J Clin Nurs** 2009; 18(2): 285-293.

Choi, JH, Tae YS, Heo JE, Kim YS. The relationship among anger-in, forgiveness, and quality of life in clinical nurses. **Journal of East-West Nursing Research** 2016; 22(1): 78-86.

Cici R. Nöroşirurji servisinde yatan hastaların uyku kalitesi. Yüksek lisans tezi, **İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Malatya, 2014, s. 78.

Cüceloğlu D. İnsan ve davranışı. **Remzi Kitabevi**, İstanbul, 2019, s.591.

Çakar B. Hemşirelerin dürtüsellik, anksiyete ve öfke düzeyleri ile savunma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, **Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2015, s. 158.

Çakırca F. Kişilerin erken dönem uyumsuz şemaları ve öfke kontrol düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, **İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, İstanbul, 2020, s. 146.

Çelik Durmuş S, Yıldırım A. Hemşireler arası işbirliği. **Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi** 2018; 5(3): 210-216.

Çetinol T, Özurmaz S. Hemşirelerde uyku kalitesi ve ilişkili faktörler. **Medical Sciences** 2018; 13(4): 80-89.

Çetinol T. Hemşirelerde uyku kalitesi ve ilişkili faktörler. Yüksek lisans tezi, **Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Aydın, 2018, s. 53.

Dağcan N. Hemşirelerin uyku kalitesi ve beslenme durumunun değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, **Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Denizli, 2019, s. 93.

Dahl RE. Sleeplessness and aggression in youth. **J. Adolesc Health** 2006; 38(6): 641-642.

Dai C, Qiu H, Huang Q, Hu P, Hong X, Tu J, Chen F. The effect of night shift on sleep quality and depressive symptoms among Chinese nurses. **Neuropsychiatr. Dis. Treat** 2019; 15: 435-440.

Deffenbacher JL. Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. **J Clin Psychol** 1999; 55(3): 295–309.

Del Vecchio T, O'Leary KD. Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. **Clinical Psychology Review** 2004; 24(1): 15–34.

DeLaune SC, Ladner PK. Fundamentals of nursing standards and practice. Fourth edition, **Delmar Cengage Learning**, USA, 2011, s. 1416.

Dilekler İ, Törenli Z, Selvi K. Öfkeye farklı açılardan bakış: öfkenin mekanizması, farklı psikopatolojilerde öfke ve terapinin öfkesi. **Ayna Klinik Psikoloji Dergisi** 2014; 1(3): 44-59.

Doğan SD, Sevban Arslan NA, Koparan H, Gülşen M. Vardiya sistemiyle çalışan hemşirelerin uyku kalitesi. **Cukurova Medical Journal** 2019; 44(4): 1196-1202.

Dönmez Y, Korkmaz FD, Yeşilyaprak T. Ameliyathane hemşirelerinde uyku yoksunluğunun fizyolojik ve psikolojik etkileri. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2018; 21(3): 156-162.

Duran S, Karadaş A, Kadder E. Hemşirelik öğrencilerinin tolerans düzeyleri ile öfke kontrolleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. **SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi** 2016; 7(3): 39-44.

Engin E. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin öfke düzeyleri ile iş motivasyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Doktora tezi, **Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2004, s.243.

Er F. Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerin çalışma koşullarının hemşire dostu hastane kriterlerine göre incelenmesi. Yüksek lisans tezi, **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum, 2013, s. 87

Erkal Z. Mesleki ve teknik anadolu liselerinde şiddet eğilimleri ve öğrencileri şiddete yönlendiren çevre faktörleri. Yüksek lisans tezi, **Maltepe Üniversitesi Sosyal bilimler Enstitüsü**, İstanbul, 2019, s. 64.

Eroğlu F, İrdem Ş. Örgütlerde öfke olgusu ve öfke yönetimi. **Yeni Fikir Dergisi** 2016; 7(17): 22-41.

Eryavuz N. Hemodiyaliz ve periton diyalizi hastalarında uyku kalitesinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Afyokarahisar, 2007, s. 45.

Esen A. Hemşirelerde uyku kalitesi ile genel ruhsal durum ve depresyon düzeyi arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, **Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Gaziantep, 2018, s. 66.

Evlice AT. Obstrüktif uyku apne sendromu. **Arşiv Kaynak Tarama Dergisi** 2012; 21(2): 134-150.

Fışkın A, Bayık Temel A, Yıldırım JG. Hemşirelerde uyku sorunları ve etkili etmenler. **EGEHFD** 2013; 29 (2): 13-32.

Gökçay B, Arda B. Tıp tarihi açısından uyku ve uyku araştırmaları. **Lokman Hekim Journal** 2012; 3(1): 70-78.

Gökoğlu Güler P. Adölesanlarda uyku kalitesi ve öfke kontrolü arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Yüksek lisans tezi, **Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Erzurum, 2018, s.98.

Görgülü Ü. Koah hastalarında uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2003, s.121.

Granö N, Vahtera J, Virtanen M, Keltikangas Jarvinen L, Kivimäki M. Association of hostility with sleep duration and sleep disturbances in an employee population. **IJBM** 2008; 15: 73–80.

Guyton, A, Hall, J. Tıbbi Fizyoloji, H. Çavuşoğlu, **Nobel Yayıncılık**, İstanbul, 2001, s. 1023.

Günaydın N. Bir devlet hastanesinde çalışan hemşirelerin uyku kalitesi ve genel ruhsal durumlarına etkisi. **Journal of Psychiatric Nursing** 2014; 5(1): 33-40.

Günüşen Parlak N. Öfke, saldırganlık ve psikiyatri hemşireliği. **Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics** 2016; 2: 36-43.

Han A, Won J, Kim O, Lee SE. Anger Expression Types and interpersonal problems in nurses. **Asian Nurs Res** 2015; 9(2): 146-151.

Hilton P. Fundamental nursing skills, **Whurr Publishers Ltd**, United Kingdom, 2005, s. 330.

İlhan HK. Hemşirelerin çalışma ortamında öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. Yüksek Lisans Tezi, **Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2014, s.87.

İmamoğlu S. Öğretmen adaylarının öfke ve öfke ifade tarzları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. **Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü**, Yüksek lisans tezi, İstanbul, 2003, s.218.

İnalı Ç. Su sporlarıyla uğraşan sporcuların beş faktör kişilik yapıları ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, **Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Manisa, 2019, s. 85.

Jang I, Lee S, Song A, Kim Y. Influence of resilience and anger expression style on nursing work performance in emergency nurses. **Korean J Occup Health Nurs** 2018; 27(4): 247-256.

Jang MH, Won JS. Association of anger and anger expression, social support, self-esteem and depression in elderly. **J Korean Acad Psych Mental Health Nurs** 2009; 18(3): 259-268

Kamphuis J, Lancel M. "The Interrelations Between Sleep, Anger, and Loss of Aggression Control", *Sleep and Affect*, Eds. Kimberly B, Matthew F, **Academic Press**, Cambridge, 2015, s. 247–271.

- Karagözoglu S, Bingöl N. Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. **Nursing Outlook** 2008; 56(6): 298-307.
- Karakaş S, Gönültaş N, Okanlı A. Vardiyalı çalışan hemşirelerde uyku kalitesi. **ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi** 2017; 4 (1): 17-26 .
- Karslı N. Öfke kontrolü ve dindarlık ilişkisi (Erzurum örneği). Doktora tezi, **Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Erzurum, 2011, s. 287.
- Kaya N, Solmaz Ş. Bir üniversite hastanesinin kulak burun boğaz kliniğinde çalışan hemşirelerin öfke ve öfke ifadesi. **Türkiye klinikleri J Nurs Sci** 2009; 1(2): 56-64.
- Kayaoğlu M. Öfke kontrolü, **Nesil Basım Yayın Gıda Ticaret ve Sanayi A.Ş.**, Ankara, 2018. s.216.
- Kesen NF, Deniz ME, Durmuşoğlu N. Ergenlerde saldırganlık ve öfke düzeyleri arasındaki ilişki: yetiştirme yurtları üzerinde bir araştırma. **SUSBED** 2007; 1(17): 353-364.
- Keskin G, Gümüş A, Engin E. Bir grup sağlık çalışanında öfke ve mizaç özellikleri. **DAJPNS** 2011; 24: 199-208.
- Khatony A, Zakiei A, Khazaie H, Rezaei M, Janatolmakan M. International nursing: a study of sleep quality among nurses and its correlation with cognitive factors. **NAQ** 2020; 44(1): 1-10.
- Khatoon S, Shah S, Khan A, Ali S. Anger expression style among nurses working in general hospitals of Karachi, Sindh, Pakistan. **OJN** 2019; 9: 370-382.
- Kim KB, Song SJ, Sok SH. A study on correlation among anger, health state and quality of life in the elderly. **J Korean Acad Psych Mental Health Nurs** 2008; 17(1): 19-27.
- Kiper S. Romatoid artritli hastalarda uyku kalitesinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, **Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Afyonkarahisar, 2008, s. 129.
- Kirhan I, Uzer F. Evaluation of sleep quality and daytime sleepiness in nurses. **People** 2019; 87: 30-3.
- Kocaman F. Hekimlerin mobbing algıları ile öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiler. Yüksek lisans tezi, **Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü**, Isparta, 2017, s. 112.
- Kocatepe V, Uğur E, Karabacak Ü. Yoğun bakım ve palyatif bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade stilleri arasındaki ilişki. **FNJN** 2017; 25: 13-20.
- Kozier B, Erb G. Fundamentals of nursing concepts, process and practise. **Addison-Wesley Publishing Company**, California, 2016, s. 1486.
- Köktürk O. Uyku kayıtlarının skorlanması. **Solunum** 2013; 15 (2): 14-29.
- Lee WH, Song JU, Kim JH, Kim HJ, Lee, JM, Kim UY. The relationships among trait anger, anger expression, job satisfaction, job commitment, and organizational performance in clinical nurses. **J Korean Acad Nurs Adm** 2009; 15(4): 539-549.
- Lerner H. Öfke dansı, Sinem Gül, **Varlık yayınları A.Ş.**, İstanbul, 2019, s. 198.

Lund HG, Reider BD, Whiting AB, Prichard JR. Sleep patterns and predictors of disturbed sleep in a large population of college students. **The Journal of Adolescent** 2010; 46(2): 124-32.

McDowall K, Murphy E, Anderson K. The impact of shift work on sleep quality among nurses. **Occupational Medicine** 2017;67(8): 621-625.

Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. Hastanede çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. **FSHD** 2010; 5(15): 17-30.

Niu SF, Miao NF, Liao YM, Chi MJ, Chung MH, Chou KR. Sleep quality associated with different work schedules: A longitudinal study of nursing staff. **Biological Research For Nursing** 2017;19(4): 375–381.

Onan N, Andsoy Işık I, Görücü R. Ameliyathanede çalışan hekim ve hemşirelerin iletişimde yaşadıkları sorunlar ve öfke ifade tarzlarının belirlenmesi. **OTSBD** 2019; 4(1): 24-36.

Oskay P. Genel cerrahi kliniklerinde yatan hastaların uyku durumlarının değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2013, s. 89.

Öz FS. Öfke yönetimi eğitiminin ergenlerde öfke ile başa çıkma ve iletişim becerilerine etkisi. Yüksek lisans tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2008, s.209.

Özdemir K, Sevimli Güler D, Şahin S., Ünsal A, Kuni F. Hemşirelerde empati ve öfke kontrolünün değerlendirilmesi. **HSP** 2019; 6(3), 470-478.

Özer AK. Sürekli Öfke (SL-öfke) ve Öfke İfade Tarzı (öfke tarz) Ölçekleri Ön Çalışması. **TPD** 1994; 9(31): 26-35.

Özmen A. Öfke ile başa çıkma yolları, **Nobel yayınları**, Ankara, 2009.

Özmen A. Öfke: kuramsal yaklaşımlar ve bireylerde öfkenin ortaya çıkmasına neden olan etmenler. **JFES** 2006; 39(1): 39-56.

Öztekin H. Vardiyalı çalışan hemşirelerin egzersiz yapma durumlarının ve uyku kalitesinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, **İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2018, s.72.

Öztuna Ş. Hemşirelerin uyku kalitesi ile ruh sağlığı arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, **Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2013,s.139.

Öztürk M. Hemşirelerin öfke düzeyleri ile empatik eğilimleri arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, **Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Gaziantep, 2019, s.93.

Park E, Lee HY, Park CSY. Association between sleep quality and nurse productivity among Korean clinical nurses. **Journal of nursing management** 2018; 26(8): 1051-1058.

Polatçı S, Özçalık F. Çalışanların örgütsel adalet algıları ile üretkenlik karşıtı iş davranışları etkileşiminde pozitif ve negatif duygusallığın aracılık etkisi. **DEÜ SBE Dergisi** 2015; 17(2): 215-234.

Portakal N. Hemşirelerde öfkeyi etkileyen faktörler ve öfke ifade biçimi. Yüksek lisans tezi, **Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2018, s.78.

Puff R, Seghers J. Öfke kontrol rehberi, çev. Nurcihan Kesim, **Olimpos yayınları**, İstanbul, 2019.s. 380.

Pulat Demir H, Elkin N, Barut AY, Bayram HM, Averi S. Vardiyalı çalışan sağlık personelinin uyku süresi ve beslenme durumunun değerlendirilmesi. **İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi** 2017; (2): 89-107.

Roodbandi, ASJ, Feyzi V, Khanjani N, Moghadam SR, Bafghi MS, Moghadası M, Norouzi Z. Sleep quality and sleepiness: A comparison between nurses with and without shift work, and university employees. **IJOH** 2016; 8(4): 230-236.

Salt K. Yetişkin kadınların tükettikleri besinler ile öfke ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi, **Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2018, s.85.

Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık çalışanlarında vardiyalı çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. **DAJPNS** 2010; 23: 238-243.

Sonkaya Z, Göçer Ş, Günay O, Ulutabanca RÖ. Meslek yüksekokulu öğrencilerinde öfke düzeyi, ifade tarzı ve ilişkili faktörler. **UHPPD** 2017; 9: 61-86.

Soykan, Ç. Öfke ve öfke yönetimi. **Kriz dergisi** 2003; 11(2): 19-27.

Spielberger CD, Krasner SS, Solomon EP."The Experience, Expression, And Control Of Anger", Individual Differences, Stress, and Health Psychology, Ed.Michel Pierre Janisse, **Springer, New York**, 1988, s. 191.

Spielberger CD. State-Trait anger expression inventory. **The Corsini Encyclopedia of Psychology** 2010; 1-1.

Şahin H. Öfke ve öfke denetiminin kuramsal temelleri. **Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi** 2005; 10(6): s:1-22.

Şen AF. İç hastalıkları klinik ve yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerde uyku ve yaşam kalitesi. Yüksek lisans tezi, **Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Ankara, 2013, s. 141.

Şener Akkoç M. Acil servis sağlık çalışanlarının tolerans düzeyleri ile öfke kontrolleri arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, **Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2011, s.97.

Şevik Erdöl H. "Uyku", Hemşirelik esasları hemşirelik bilimi ve sanatı, Eds. Atabek Aştı T, Karadağ A, **Akademi Basın ve Yayıncılık**, İstanbul, 2018,s.1099-1113.

Taş E. Vardiyalı ve vardiyasız çalışan hemşirelerin uyku ile ilgili özelliklerinin karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, **Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Konya, 2012, s.100.

Tatlılıoğlu K. Öfke olgusu hakkında sosyal psikolojik bir değerlendirme. **IJSR** 2013; 6(6): 1101-1123.

Thomas SP. Teaching healthy anger management. **Perspectives in Psychiatric Care** 2009; 37(2): 41-48.

Thomas SP. Transforming nurses stress and anger, steps toward healing, **Springer Publishing Company**, New York, 2004, s. 336.

Thomas SP. Transforming nurses stress and anger, steps toward healing, **Springer Publishing Company**, New York, 2009, s.296.

Tsuchiyama K, Terao T, Wang Y, Hoaki N, Goto S. Relationship between hostility and subjective sleep quality. **Psychiatry Research** 2013; 209(3): 545–548.

Tüfekçi Hoşgör E. Evli çiftlerin öfke ifade tarzları ile evlilik uyumunun incelenmesi. Yüksek lisans tezi, **Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü**, İzmir, 2013, s.231.

Türkmen E. Üniversite öğrencilerinde kişilik özellikleri depresif belirtiler ve öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, **Maltepe Üniversitesi Lisans Üstü Eğitim Enstitüsü**, İstanbul, 2019, s.135.

Üstün Y, Çınar Yücel Ş. Hemşirelerin uyku kalitesinin incelenmesi. **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi** 2011; 4(1): 29-38.

WEB_1. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <https://sozluk.gov.tr>, (son güncellenme tarihi: 2019, alındığı tarih: 18.03.2020).

WEB_2. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. <https://sozluk.gov.tr>, (son güncellenme tarihi: 2019, alındığı tarih: 01.05.2020).

WEB_3. Türk Dil Kurumu Sözlüğü, <https://sozluk.gov.tr>, (son güncellenme tarihi: 2019, alındığı tarih: 25.02.2020).

Yalın H, Kürtüncü M, “Uyku ve dinlenmenin değerlendirilmesi ve klinik karar verme”, Sağlığın değerlendirilmesi ve klinik karar verme, Ed. Eti Aslan F, **Akademisyen Kitabevi**, Ankara, 2017, s.225-252.

Yazgan İnanç B, Bilgin M, Kılıç Atıcı M. Gelişim psikolojisi, **Pegem Yayıncılık**, Ankara, 2007, s.305.

Yıldız M. Fiziksel aktivite seviyesinin uyku kalitesi, yorgunluk ve öfke düzeylerine etkisi. Yüksek lisans tezi, **Uşak Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, Uşak, 2019, s.63.

Yılmaz S. Hemşirelerin öfke ifade etme ve iletişim biçimleri. Yüksek lisans tezi, **Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2009, 101.

Yoo GS, Kim TW. The effect of morningness-eveningness on shift work nurses: sleep quality, depressive symptoms and occupational stress. **Sleep Medicine Research** 2017; 8(1): 39-43.

Yüksel A. Hemşirelerin öfke düzeyi ve verimliliğe ilişkin tutumlarının incelenmesi. Yüksek lisans tezi, **Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü**, İstanbul, 2014, s.124.

Yüksel Kaçan C, Örsal Ö, Köşgeroğlu N. Hemşirelerde uyku kalitesinin incelenmesi. **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi** 2016; 19(3): 145-153.

Zhang L, Sun DM, Li CB, Tao MF. Influencing factors for sleep quality among shift-working nurses: A cross-sectional study in China using 3-factor pittsburgh sleep quality index. **Asian nurs res** 2016; 10(4): 277-282.

8. ÖZGEÇMİŞ

1987 yılında Isparta'da doğdu. İlk ve orta öğrenimini Isparta/Gönen'de, lise eğitimini İstanbul Validebağ Anadolu Sağlık Meslek Lisesi'nde tamamladı. 2007-2010 yılları arasında Üsküdar Devlet Hastanesi'nde hemşire olarak çalıştı. 2010 yılında Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun oldu. Sağlık bakanlığından istifa ederek aynı yıl meslek hayatına Isparta Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nda hemşire olarak devam etti. 2011 yılında Milli Eğitim Bakanlığı'na meslek dersleri öğretmeni olarak atandı. 2019 yılında Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimine başladı. Halen Milli Eğitim Bakanlığı'nda sağlık hizmetleri alan öğretmeni olarak görev yapmaktadır. Evli ve 1 çocuk annesidir.

9. EKLER

EK- 1. Veri Toplama Formu

Değerli Meslektaşım,

Bu veri toplama formu “**Hemşirelerde Uyku Kalitesi İle Öfke İfade Tarzı Arasındaki İlişki**” yi belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlayınız. **Bu veri toplama formuna verilecek yanıtlar ve bilgiler, bilimsel ahlak kuralları çerçevesinde kesinlikle gizli tutulacaktır. Katkılarınız bizim için önemlidir.**

Gösterdiğiniz ilgiye teşekkür ederiz...

**Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi**

Yüksek Lisans Öğrencisi

Sevgi ALDEMİR

Dr. Öğr. Üyesi Gülay TAŞDEMİR YİĞİTOĞLU

ANKET NO

I. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz **1. () Kadın** **2. () Erkek**

2. Yaşınız

3. Yaş grubunuz

1.() 18-26 2.() 27-35 3.() 36-44 4.() 45 ve ÜSTÜ

4. Medeni durumunuz **1. ()Bekar 2. ()Evli**

5. Varsa çocuk sayısı

6. Eğitim durumunuz 1. () Sağlık Meslek Lisesi 2. () Ön Lisans 3. () Lisans 4. () Lisans Üstü

7. Hemşirelikte Geçen Hizmet Süreniz (YIL)

1. () 0-1 Yıl 2. () 2-5 3. () 6-10 4. () 11-15 5. () 16 ve üstü

8. Kurumdaki göreviniz

1. () Servis hemşiresi 2. () Sorumlu Hemşire 3. () Yönetici 4. () Diğer belirtiniz.....

9. Çalıştığınız birim

1. () Acil
2. () Ameliyathane
3. () Cerrahi klinik
4. () Dahili klinik
5. () Yoğun bakım
6. () Diyaliz
7. () Ayaktan tedavi
8. () Poliklinikler
9. () Hemşirelik hizmetleri müdürlüğü
10. () Psikiyatri kliniği
11. () Diğer belirtiniz.....

10. Şu anki biriminizde ne kadar süredir çalışıyorsunuz? yıl ay

11. Çalışma biçiminiz

1. () Sürekli Gündüz 2. () Sürekli Gece 3. () Bazen nöbet ve nöbet sonrası mesai 4. () diğer belirtiniz.....

12. Haftalık çalışma saatiniz

1. () 40 Saatten az 2. () 40 Saat 3. () 40 saatten fazla

13. Ortalama olarak bakım verdiğiniz (doğrudan sorumlu olduğunuz hasta sayısı) hasta sayısı kaç kişidir? 1.()Gece (.....) 2.()Gündüz(.....)

14. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?

1. Gelir giderden az 2. () Gelir gidere denk 3. Gelir giderden fazla

15. Tanısı konulmuş bir hastalığınız var mı? 1. () Hayır 2. () Evet belirtiniz.....

16. Sağlığınızı nasıl algılıyorsunuz? 1. () iyi 2. () Orta 3. () Kötü

17. Sigara kullanıyor musunuz? 1. () Hiç içmedim 2. () Evet içiyorum 3. () İçiyordum bıraktım

18. Alkol kullanır mısınız?

1. () Hiçbir zaman 2. () Ayda bir veya daha az ? 3. () Haftada bir veya daha az

4. () Haftada 3-4 kez 5. () Haftada 5 kez veya daha fazla

19. Düzenli spor yapar mısınız? 1. () Evet 2. () Hayır

20. Gece nöbetleri sizin yaşantınıza ne gibi zorluklar getiriyor? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

1. () Sosyal yaşantımı olumsuz etkiliyor
2. () Uyku düzenimi bozuyor
3. () Ruhsal açıdan olumsuz etkileniyorum
4. () Sık sık hasta oluyorum
5. () Eşimle ilişkilerimi bozuyor
6. () Çocuklarımla ilişkilerimi bozuyor
7. () Herhangi bir zorluk getirmiyor
8. () Diğer

21. Kendinizi nasıl tanımlarsınız (Öfkeliyim, Sabırsızım, Sabırlıyım, Sakinim, Heyecanlıyım v.b.)?(Belirtiniz)

.....

22. Genellikle en çok hangi durumlarda öfkelenirsiniz?(Belirtiniz)

.....

.....

23. Öfkenizi nasıl ifade edersiniz?(Belirtiniz)

.....

24. Öfke yönetimi ile ilgili eğitim aldınız mı?

1. () Evet

2. () Hayır

3. () Diğer (Belirtiniz)

EK-2. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

YÖNERGE

Aşağıdaki sorular yalnızca **geçen ayki uyku alışkanlıklarınızla** ilgilidir. Cevaplarınız geçen ay içindeki gün ve gecelerin çoğuna uyan en doğru karşılığı belirtmelidir. Lütfen tüm soruları cevaplandırınız.

1. Geçen ay geceleri genellikle ne zaman yattınız

.....

2. Geçen ay geceleri uykuya dalmanız genellikle ne kadar zaman (dakika) aldı?

.....

3. Geçen ay sabahları genellikle ne zaman kalktınız?

4. Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz (bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)?

5. Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?

	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den fazla
a. 30 dakika içinde uykuya daldınız.				
b. Gece yarısı veya sabah erken uyandınız				
c. Tuvalete gittiniz				
d. Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
e. Aşırı derecede üşüdünüz				
f. Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
g. Kötü rüyalar gördünüz				
h. Ağrı duydunuz				
i. Diğer nedenler				
j. Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				

6. Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz.

() Çok iyi () Oldukça iyi () Oldukça Kötü () Çok Kötü

7. Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız?

() Hiç () 1'den az () 1-2 kez () 3'den çok

8. Geçen hafta araba sürerken, yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız?

() Hiç () 1'den az () 1-2 kez () 3'den çok

9. Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istekle yapmanızda ne derecede problem oluşturdu?

() Hiç problem oluşturmadı () Bir dereceye kadar problem oluşturdu

() Yalnızca çok az bir problem oluşturdu () Çok büyük bir problem oluşturdu

10. Bir yatak veya oda arkadaşınız var mı?

() Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok

() Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil

() Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var

() Partner aynı yatakta

11. Eğer bir oda arkadaşı veya yatak partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.

	Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den fazla
a. Gürültülü horlama	()	()	()	()
b. Uykuda nefes alıp verme arasında uzun aralıklar	()	()	()	()
c. Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama	()	()	()	()
d. Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık	()	()	()	()
e. Diğer huzursuzluklarınız	()	()	()	()

Ek-3. Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarz Ölçeği

YÖNERGE

Aşağıda kişilerin öfke durumlarını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirleyin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA... Sizi ne kadar tanımlıyor?	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	TAMAMIYLA
1. Çabuk parlarım.	()	()	()	()
2. Kızgın mizaçlıyım.	()	()	()	()
3. Öfkesi burnunda bir insanım	()	()	()	()
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	()	()	()	()
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilememek canımı sıkır	()	()	()	()
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	()	()	()	()
7. Öfkelenirken ağızma geleni söylerim	()	()	()	()
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir	()	()	()	()
9. Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir	()	()	()	()
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	()	()	()	()

II. Bölüm

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

Öfkelendiğimde veya kızdığımda

	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	TAMAMIYLA
11. Öfkemi kontrol ederim	()	()	()	()
12. Kızgınlığımı gösteririm	()	()	()	()
13. Öfkemi içime atarım	()	()	()	()
14. Başkalarına karşı sabırlıyım	()	()	()	()
15. Somurtur ya da surat asarım.	()	()	()	()
16. İnsanlardan uzak dururum	()	()	()	()
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	()	()	()	()
18. Soğukkanlılığımı korurum	()	()	()	()
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	()	()	()	()
20. İçin için köpürürüm ama göstermem	()	()	()	()
21. Davranışlarımı kontrol ederim	()	()	()	()
22. Başkalarıyla tartışırım	()	()	()	()
23. İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim	()	()	()	()

24. Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	()	()	()	()
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	()	()	()	()
26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm	()	()	()	()
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	()	()	()	()
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	()	()	()	()
29. Kötü şeyler söylerim.	()	()	()	()
30. Hoşgörölü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	()	()	()	()
31. İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	()	()	()	()
32. Sinirlerime hakim olamam.	()	()	()	()
33. Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim	()	()	()	()
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim	()	()	()	()

Ek-4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Kullanım İzni

Ölçek izni

Gelen Kutusu x



sevgi koçak <sezemer32@gmail.com>

22 Aralık Paz 20:37 (4 gün önce)



Alıcı: myagargun

Merhaba Hocam,
Pamukkale üniversitesi hemşirelik bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim.
Hemşirelerde uyku kalitesi ile öfke kontrolü arasındaki ilişki konulu tez çalışmam için Pittsburgh Uyku kalitesi ölçeğinizi izninizle kullanabilir miyim.
Sevgi ALDEMİR
PAU Hemşirelik Esasları Bölümü YL Öğrencisi



MEHMET YÜCEL AĞARGÜN

23 Aralık Pzt 11:49 (3 gün önce)



Alıcı: ben

Ölçeği çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Selamlar

sevgi koçak <sezemer32@gmail.com>, 22 Ara 2019 Paz, 20:38 tarihinde şunu yazdı:

...

Yanıtla

Yönlendir

Ek-5. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Kullanım İzni

Ölçek kullanımı  Gelen Kutusu x



sevgi koçak <sezemer32@gmail.com>

Alıcı: ozer.akadir ▼

22 Aralık Paz 20:32 (4 gün önce)

Merhaba Hocam,

Pamukkale üniversitesi hemşirelik bölümünde yüksek lisans öğrencisiyim.

Hemşirelerde uyku kalitesi ile öfke kontrolü arasındaki ilişki konulu tez çalışmam için olceğinizi kullanabilir miyim ?

İyi çalışmalar dilerim.

Sevgi Aldemir



ozer.akadir

Alıcı: ben ▼

22 Aralık Paz 20:54 (4 gün önce)

Kullanabilirsiniz Sn Koçak...

Başarı dileklerle

Prof Dr Kadir Özer

Sent from my Samsung Galaxy smartphone

Ek-6. Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/01/2020-E.2084



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/2084
Konu :Başvurunuz hk.

09/01/2020

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Gülay YİĞİTOĞLU

İlgi :02.01.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Hemşirelerde Uyku Kalitesi ile Öfke İfade Tarzı Arasındaki İlişki**" konulu çalışmanızda **07.01.2020 tarih ve 01 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

Ek-7. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 24/02/2020-E.16259



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü



Sayı :76351742-600/
Konu :Araştırma ve Planlama İşleri(Genel)

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALINA

Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sevgi ALDEMİR'İN anket izin yazısına cevap ilgili kurumdan gelmiş olup yazı ekinde gönderilmiştir. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hakan AKÇA
Enstitü Müdürü

Pamukkale Üniversitesi Rektörlük Binası Kat: 1
Kınıklı/ÖZELİZLİ
Tel: 0 (258) 296 20 08
E-Posta: saglikbe@pau.edu.tr
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Sahya KOCATEPE
Faks: 0 (258) 296 23 48
Elektronik Ağ: http://pau.edu.tr/saglikbilimleri

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek-8. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Belgesi

PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR BELGESİ

(Çalışma grubu için)

“Hemşirelerde Uyku Kalitesi İle Öfke İfade Tarzı Arasındaki İlişki” isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır. Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini ve nasıl yapıldığını, sizinle ilgili bilgilerin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neler içerdiğini bilmeniz önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okuyun ve sorularınıza açık yanıtlar isteyin. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir.

- **Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?**

Uyku bireyin karşılanması gereken en önemli fizyolojik gereksinimlerinden biridir. Kaliteli uyku, kişinin sosyal, psikolojik ve fizyolojik olarak kendini iyi hissetmesine çok büyük katkıda bulunur. Bireylerde uyku kalitesi yaş, cinsiyet, yaşam biçimi, çalışma koşulları gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Vardiyalı çalışma koşulları kısa vadede uyku düzensizliklerine, dikkatsizliğe, yorgunluğa, devamında ise gastrointestinal, kardiyovasküler sistemle ilgili bozukluklara, psikolojik rahatsızlıklara, kansere, sosyal yaşamın olumsuz etkilenmesine, mesleki doyumsuzluğa ve kontrolsüz öfke yaşanmasına neden olmaktadır.

Hemşireler, gerek çalışma ortamından kaynaklanan sorunlardan gerekse bireysel nedenlerden dolayı engellenmeler yaşamakta ve bunun sonucunda öfkelenmektedir. Hemşirelerin öfke davranışları hastaları, hemşirelik bakımını ve çalışma arkadaşları arasındaki iletişimi etkileyebilmektedir.

Bu çalışmada hemşirelerde uyku kalitesi ile öfke ifade tarzı arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Araştırmanın evrenini Isparta şehir Hastanesinde alışan 643 hemşire oluşturacaktır. Araştırmada rneklem seçimine gidilmeyecek ve araştırmaya katılmayı kabul edecek tüm hemşireler alınacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul edecek olursanız veriler literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi ve fke İfade Tarzları leği ile ölçülecektir.

- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım?**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Eğer katılmaya karar vererseniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalamanız için size verilecektir. şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta zgrsnz. Eğer katılmak istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

- **Bu çalışmaya katılırsam beni neler bekliyor?**

Sizlerden toplanan bu bilgiler isim belirtilmeden bilimsel nitelikteki yayınlarda kullanılabilir. Toplanan bilgiler, bu amacın dışında kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır.

Araştırmanın süresi:

Çalışma etik kurul ve kurum izinlerinden sonra başlayacak ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelere ulaşılmaya çalışıldığında sonlandırılacaktır

- **Çalışmada yer almamanın yararları nelerdir?**

Çalışma sonucu elde edilen veriler ve bilgiler bilimsel yayınlarda paylaşılarak ilgili alandaki literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada kişiye özel bir yarar sağlaması söz konusu olmamaktadır.

- **Bu çalışmaya katılmamanın maliyeti nedir?**

Çalışmaya katılmakla herhangi bir parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

- **Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak?**

Araştırıcınız kişisel bilgilerinizi; araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ve kimlik bilgileriniz çalışma boyunca araştırıcınız tarafından gizli

tutulacaktır. Çalışmanın sonunda, araştırma sonucu ile ilgili olarak bilgi istemeye hakkınız vardır. Yazılı izniniz olmadan, sizinle ilgili bilgiler başka kimse tarafından görülemez ve açıklanamaz. Çalışma sonuçları çalışma tamamlandığında bilimsel yayınlarda kullanılabilecektir, ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

- **Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?** Çalışma ile ilgili bir sorunuz ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Sevgi ALDEMİR

GÖREVİ: Yüksek Lisans Öğrencisi

TELEFON: 05360282206

(Gönüllünün/Hastanın Beyanı)

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Esasları Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisi Sevgi ALDEMİR tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili **yukarıdaki bilgiler** bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi. Bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.
- Sorumlu araştırmacı/hekime haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim. Bu çalışmaya katılmayı reddetmem ya da sonradan çekilmem halinde hiçbir sorumluluk altına girmeyeceğimi ve bu durumun şimdi ya da gelecekte gereksinim duyduğum tıbbi bakımı hiçbir biçimde etkilemeyeceğini biliyorum. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim).*
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı/hekim, çalışma programının gereklerini yerine getirme konusundaki ihmalim nedeniyle tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.
- Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.
- Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili olarak herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.
- Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Görüşme tanığı

Adı soyadı, unvanı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih:

Bilgilendiren Araştırmacı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel:

İmza:

Tarih: