

T.C
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ, BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME
STRATEJİLERİNİN VE ÖZ ANLAYIŞ DÜZEYLERİNİN
ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Elif Nazlı YAŞA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN

İSTANBUL- 2019

TEZ TANITIM FORMU

YAZAR ADI SOYADI	: Elif Nazlı YAŞA
TEZİN DİLİ	: Türkçe
TEZİN ADI	: Sağlık Çalışanlarının, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin ve Öz Anlayış Düzeylerinin Anksiyete Düzeyleri İle İlişkisinin İncelenmesi
ENSTİTÜ	: İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
ANA BİLİM DALI	: Psikoloji
TEZİN TÜRÜ	: Yüksek Lisans Tezi
TEZİN TARİHİ	: 20/ 06/2019
TEZ SAYFASI	: 129
TEZ DANIŞMANI	: Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN
DİZİN TERİMLERİ	: Öz Anlayış, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Anksiyete
TÜRKÇE ÖZET	<p>:Bu çalışmada sağlık çalışanlarının kullandıkları öz anlayış ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelenmektedir. Araştırmaya katılanların yaşları "18-60" arasında olup 150 kişiden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında, Öz Anlayış Ölçeği, Beck Anksiyet Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca katılımcılar Kişisel Bilgi Formu'nu doldurmuşlardır.</p> <p>Araştırma sonuçlarına göre; öz anlayış ile anksiyete arasında anlamlı bir farklılık olmakla birlikte öz anlayış ile çeşitli demografik değişkenler arasında da anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan kendini suçlama, kabul, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve felaketleştirme stratejileri</p>

ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. Anksiyete ve bilişsel duygu dzenleme stratejileri ile çeşitli demografik değişkenler arasında da anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

DAĞITIM LİSTESİ

: 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsüne

2.YÖK Ulusal Tez Merkezine

Elif Nazlı YAŞA

T.C
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ, BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME
STRATEJİLERİNİN VE ÖZ ANLAYIŞ DÜZEYLERİNİN
ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

Elif Nazlı YAŞA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN

İSTANBUL- 2019

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite ya da başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Elif Nazlı YAŞA

.../.../2019



T.C

İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

ELİF NAZLI YAŞA' nın “Sağlık Çalışanlarının, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin ve Öz Anlayış Düzeylerinin Anksiyete Düzeyleri İle İlişkisinin İncelenmesi” adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____

Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN

(Danışman)

Üye _____

Dr. Öğr. Üyesi Fatih BAL

Üye _____

Dr. Öğr. Üyesi Necmettin AKSOY

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2019

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu çalışmada sağlık çalışanlarının kullandıkları özanlayış ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelenmektedir.

Araştırmaya katılanların yaşları "18-60" arasında olup 150 kişiden oluşmaktadır. Araştırma kapsamında, Özanlayış Ölçeği, Beck Anksiyet Ölçeği ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği kullanılmıştır. Ayrıca katılımcılar Kişisel Bilgi Formu'nu doldurmuşlardır.

Elde edilen verilerin analizi için, "Bağımsız Örneklem T-Testi", "Tek Yönlü ANOVA", "Kruskal-Wallis testi", "Non-parametrik Bağımsız Gruplar Mann-Whitney", "Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi" kullanılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; öz anlayış ile anksiyete arasında anlamlı bir farklılık olmakla birlikte öz anlayış ile çeşitli demografik değişkenler arasında da anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan kendini suçlama, kabul, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve felaketleştirme stratejileri ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki elde edilmiştir. Anksiyete ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile çeşitli demografik değişkenler arasında da anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Öz Anlayış, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Anksiyete

SUMMARY

In this study, it is aimed to investigate the relationship between self-compassion and cognitive emotion regulation strategies used by healthcare workers and anxiety levels.

The age of the participants is between 18-60 and consists of 150 people. Within the scope of the study, Self Compassion Scale, Beck Anxiety Scale and Cognitive Emotion Regulation Scale were used. Participants also filled in the Personal Information Form.

I Independent Samples T-Test“, ”One-Way ANOVA ,-Kruskal-Wallis Test“, “Non-parametric Independent Groups Mann- Whitney” and “Pearson Moments Product Correlation Analysis” in were used to analyze the data obtained.

According to the research results; Although there was a significant relationship between self-compassion and anxiety, there were significant differences between self-compassion and various demographic variables. A significant relationship was found between self-blame, acceptance, on planning re-focusing, positive re-appraisal, catastrophizing strategies and anxiety. Significant differences were found between anxiety and cognitive emotion regulation strategies and various demographic variables.

Key words: Self Compassion, Cognitive Emotion Regulation Strategies, Anxiety

İÇİNDEKİLER

SAYFA

ÖZET.....	I
SUMMARY.....	II
İÇİNDEKİLER.....	III
TABLolar LİSTESİ	VI
ŞEKİLLER LİSTESİ	X
EKLER LİSTESİ	XI
ÖNSÖZ.....	XII
GİRİŞ.....	1
BİRİNCİ BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ.....	4
1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ.....	4
1.1.1. Alt Problemler.....	5
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI.....	6
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	6
1.4. VARSAYIMLAR.....	7
1.5. SINIRLILIKLAR.....	7
1.6. TANIMLAR	7
İKİNCİ BÖLÜM: KURAMSAL ÇERÇEVE.....	8
2.1. ÖZ ANLAYIŞ.....	8
2.1.1. Anlayış.....	8
2.1.2. Öz Anlayış Tanımı.....	9
2.1.2.1.Öz Sevecenlik.....	10
2.1.2.2. Ortak Paydaşım.....	10

2.1.2.3. Bilinçli Farkındalık.....	10
2.1.3. Öz Anlayış ve Diğer Kavramların Karşılaştırılması.....	11
2.1.4. Öz Anlayış ile ilgili Yayınlar.....	13
2.1.5. Öz Anlayış ve Anksiyete Arasındaki İlişki.....	14
2.2. ANKSIYETE.....	15
2.2.1. Anksiyetenin Tanımı.....	15
2.2.2. Anksiyete Belirtileri.....	17
2.2.3. Anksiyetenin Sınıflandırılması.....	17
2.2.4. Psikolojik Varsayımlar.....	18
2.3. BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ.....	21
2.3.1. Bilişsel Duygu Düzenleme Tanımı.....	21
2.3.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Boyutları.....	23
2.3.3. Bilişsel Duygu Düzenleme ve Anksiyete İle İlgili Yapılan Araştırmalar.....	25
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: YÖNTEM.....	27
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	27
3.2. ÇALIŞMA GRUBU.....	27
3.3. ÖLÇME ARAÇLARI.....	30
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....	31
3.3.2. Öz Anlayış Ölçeği	31
3.3.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği.....	32
3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği.....	33
3.4. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ.....	33
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR.....	36

4.1. ÖZ ANLAYIŞ DÜZEYLERİNE (DÜŞÜK, ORTA, YÜKSEK) GÖRE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ FARKLARA İLİŞKİN BULGULAR.....	36
4.2. ÖZ ANLAYIŞ DÜZEYLERİNE (DÜŞÜK, ORTA, YÜKSEK) GÖRE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BİLİŞSEL DUYGU STRATEJİLERİNİ KULLANMA DÜZEYLERİ ARASINDAKİ FARKLARA İLİŞKİN BULGULAR.....	39
4.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN BAZI DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE FARKLILAŞMA GÖSTERİP GÖSTERMEDİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	50
4.4. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE GÖRE FARKLILAŞMA GÖSTERİP GÖSTERMEDİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	73
4.5. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BAZI DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE FARKLILAŞMA GÖSTERİP GÖSTERMEDİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR.....	77
4.6. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE ÖZ-ANLAYIŞ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERE DAİR BULGULAR.....	86
4.6.1. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri İle Öz Anlayış Düzeyleri Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular.....	87
4.6.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri İle Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular.....	88
BEŞİNCİ BÖLÜM: TARTIŞMA VE YORUM	89
ALTINCI BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER	103
KAYNAKÇA.....	105
EKLER.....	-

TABLolar LİSTESİ

TABLO	SAYFA
Tablo-1 Sağlık çalışanlarının kişisel özelliklerine ilişkin dağılımlar	28
Tablo-2 Sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine ilişkin dağılımlar	29
Tablo-3 Öz-Anlayış Ölçeğine ilişkin güvenilirlik analizi	31
Tablo-4. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğine ilişkin güvenilirlik analizi	32
Tablo-5 Beck Anksiyete Ölçeğine ilişkin güvenilirlik analizi	33
Tablo-6 Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine bağlı olarak öz-anlayış, anksiyete düzeyleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri puanları üzerindeki normallik dağılımlarına yönelik Kolmogorov-Smirnov testi	34
Tablo-7 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler	37
Tablo-8 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerine ilişkin grupların frekans ve yüzde dağılımları	37
Tablo-9 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler	37
Tablo-10 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin (puanlarının) öz-anlayış düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	38
Tablo-11 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler	39
Tablo-12 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinin (puanlarının) öz-anlayış düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	41
Tablo-13 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi	43
Tablo-14 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin yaşa göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	44
Tablo-15 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin mesleğe göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	44

Tablo-16 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin medeni duruma göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi	45
Tablo-17 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin çocuk olmasına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Mann-Whitney testi	45
Tablo-18 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin aile tiplerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	46
Tablo-19 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin evde birlikte yaşadığı kişi sayısına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	46
Tablo-20 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	47
Tablo-21 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin haftalık çalışma süresine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair ANOVA testi	47
Tablo-22 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin nöbet tutma durumuna göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi	48
Tablo-23 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin çalıştıkları birime göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	49
Tablo-24 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış puanlarının kendi kaygı ve stres düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	49
Tablo-25 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin ailedeki bireylerin kaygı/stres düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair ANOVA testi	50
Tablo-26 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsiyete göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi	51
Tablo-27 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin yaşa göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	53
Tablo-28 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin mesleğe göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	54
Tablo-29 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin medeni duruma göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi	59

Tablo-30 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin çocukları olması duruma göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Mann-Whitney testi	60
Tablo-31 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aile tipine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	61
Tablo-32 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin evde kalan birey sayısına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	63
Tablo-33 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin çalıştıkları birime göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	65
Tablo-34 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kaygı ve stres düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	69
Tablo-35 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aile bireylerinde kaygı ve stres olmasına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair ANOVA testi	72
Tablo-36 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları	74
Tablo-37 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin anksiyete düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair ANOVA testi	75
Tablo-38 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi	77
Tablo-39 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin yaşa göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	77
Tablo-40 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin mesleğe göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	78
Tablo-41 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin medeni duruma göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi	79
Tablo-42 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin çocuk olmasına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Mann-Whitney testi	79
Tablo-43 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin aile tiplerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	80

Tablo-44 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin evde birlikte yaşadığı kişi sayısına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	80
Tablo-45 Sağlık çalışanlarının anksiyete puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	81
Tablo-46 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin haftalık çalışma süresine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair ANOVA testi	82
Tablo-47 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin nöbet tutma durumuna göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi	82
Tablo-48 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin çalıştıkları birime göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	83
Tablo-49 Sağlık çalışanlarının anksiyete puanlarının kendi kaygı ve stres düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi	84
Tablo-50 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin ailedeki bireylerin kaygı/stres düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair ANOVA testi	84
Tablo-51 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile öz-anlayış ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon analizi	86

ŞEKİLLER LİSTESİ

ŞEKİL	SAYFA
Şekil-1 Öz Anlayış Alt Boyutları	9
Şekil-2 DSM-IV Anksiyete Bozuklukları	17
Şekil-3 DSM-V Anksiyete Bozuklukları	18
Şekil-4 Sağlık Çalışanlarının Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerini Kullanma Düzeylerine İlişkin Ortalama Puanları	40



EKLER LİSTESİ

EK-A KİŞİSEL BİLGİ FORMU

EK-B ÖZ ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ

EK-C BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

EK-D BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ

EK-E ANKETLERİN UYGULANMASI İÇİN ETİK KURUL RAPORU



ÖNSÖZ

Görünüşe bakılırsa tez yazmak zor ve bol uğraş gerektirici bir iş. Bilgisayar başında, kitabınla baş başa kalıp saatler harcanıyor. Kaygı düzeyimin her zaman yüksek olduğunu hissettiğim bu senelerimde yapacağım araştırmamın her şeyden önce bana faydalı olmasını istedim. Bu sebepten dolayı bu konuyu tercih ettim ve bu süreçte teşekkür etmem gereken birileri ve bir şeyler olduğuna inanıyorum.

Öncelikle beni yetiştiren, bana hayatım boyunca sevgi ve bilgelik aşıl原因 Annem Nurgül YAŞA, Babam Şakir Ufuk YAŞA, Ablam Doktorant Büşra YAŞA, Kardeşim Av. Asya YAŞA' ya teşekkürlerimi borçluyum ve minnettarım.

Hazırladığım tez çalışmamda yardımlarını esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Recep Emre TAN' a teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisansa beraber başladığımız ve tez döneminde desteklerini hiç esirgemeyen meslektaşlarım Uzm. Klinik Psikolog Didem TUNÇ ve Uzm. Klinik Psikolog Hatice ÇAĞLAR' a sonsuz teşekkürler.

Son olarak, gerek lisans gerek yüksek lisans gerekse iş hayatım boyunca karşılaştığım her durumda ve olayda farklı yeni bir şey öğrenmeyi hedefledim. Daha öğreneceğim çok şey olduğunu bildiğim şu yaşamda ileriye doğru giderken bir adımı daha tamamladığıma inanıyorum. Bu adımları tamamlamamda bana destek olan herkese ve her şeye sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Elif Nazlı YAŞA

GİRİŞ

Kişinin ruhsal ve fiziksel sağlığıyla çalıştığı iş arasında yoğun bir ilişki vardır. Çalışmak kişiyi fiziksel ve ruhsal açıdan olumlu etkilemekle birlikte çalışma ortamlarındaki olumsuzluklar kişide çalışmanın verdiği fiziksel ve ruhsal yönden olumlu etkileri en aza indirebilir ve ruhsal- fiziksel sağlığı olumsuz etkileyebilir.

Sağlık çalışanlarının görev süresinin uzunluğu, vardiyalı çalışma, yapılan işin özelliği, çalışma ortamının zorluğu gibi faktörlerden dolayı çalışma yaşamlarında birçok ruhsal ve fiziksel olumsuzluklarla karşı karşıya kalma olasılıkları artmaktadır.

Olumlu olmayan çalışma hayatı bileşenleri neden, böyle durumlar sonrası yaşanan stres ise sonuç olarak değerlendirilmektedir. Olumsuz çalışma koşullarının sonucu oluşan stresi etkileyen durumlarla sık karşılaşma hali kişinin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sürekli olarak çalışma hayatında stres ile karşı karşıya kalmak kişide anksiyete(kaygı) yaratmaktadır. Yaşanan stres sonucu oluşan anksiyete, kişinin yaşamını olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuzluklara örnek olarak; alkol kullanımında artış, sigara kullanımında artış, iş devamsızlığı, iş gücü kaybı, iş kazalarında artış vb durumlar gösterilmektedir.

Ruhsal sağlığın bozulması ile birlikte kişide bir takım psikolojik problemler ortaya çıkmaktadır. Anksiyete bozuklukları da bunlardan biridir. Anksiyete(kaygı), herhangi bir durumda ortaya çıkabilen korkuya benzeyen ancak sebebi bilinmeyen, içten gelen ve kötü bir şeyler olacaktı gibi belirsiz bir his uyandıran, endişe duygusudur. Herhangi bir nesneye bağlı olmayan ve kişi tarafından net bir tanım yapılamayan anksiyetenin, çok yoğun panik derecesinden hafif tedirginlik derecesine kadar birçok farklı yoğunluk derecesi vardır. Korkuya benzeyen bu duygunun bilişsel, somatik vd. belirtileri de bulunmaktadır.

Psikolojik iyi oluş ve kişinin kendiyile iletişimin sağlıklı olabilmesi adına birçok alternatif kelimeler vardır; öz saygı, öz yeterlilik, özgüven vb. Neff tarafından oluşturulan özanlayış kavramı da bunlardan biridir ve psikolojik iyi oluş halini ele almak için kullanılır. Öz anlayış, kişinin kendine karşı şefkatli, kendisine yargılayıcı olmadığı, kendine tüm haliyle kabul etme durumudur. Öz anlayış, kişinin kendisini olumlu yargılarla övmesi, kendini hiç olmadığı biri gibi görmesi veya kendini aşırı beğenmesi anlamından çok kendini bütünüyle kabul etmesi ve kucak açması anlamında kullanılmaktadır.

Neff tarafından kavramsal boyut kazanan öz anlayış; kaygı verici düşünceleri, gelecekle sürekli bağlantılı olma, geçmişin etkisinden kurtulamama,

kişinin kendisini aşırı yargılaması ve yanlış düşünceler gibi psikolojik açıdan sağlıklı olma durumu ile öz anlayış yüksek oranda ilişkilidir. Neff, öz anlayış 3 temel bölüme ayırır. Bunlar; a) öz şefkat, b) ortak paydaşım, c) bilinçli farkındalıktır.

Öz sevecenlik, bireyler olumsuz olaylar karşısında yıkıcı ve ağır düzeyde eleştirel yaklaşmak yerine kişinin kendine şefkatli ve özenli bir yaklaşım sergileyebilmesi durumudur.

Ortak paydaşım, kişilerin yaşadıkları olumsuz olaylar, acılar ve sıkıntılar karşısında yalnız olmadıklarının diğer insanlarında olumsuz olaylar, acılar ve sıkıntılarla karşı karşıya olduklarının bilincinde olma durumunu içermektedir.¹

Bilinçli farkındalık, acı veren olumsuz yaşam olayları karşısında kişinin kendisinde ortaya çıkan duygu ve düşüncelerle aşırı ilgilenme yerine, bu duygu ve düşüncelerin dengeli bir yaklaşımla anlayabilmeleri durumu olarak tanımlanır.²

Bu 3 boyut öz anlayışın karşılaşılan olumsuz olaylar ve bunun sonucu meydana gelen duygu ve düşüncelere dengeli bir tutum ile yaklaşmayı vurgulamaktadır. Benliğe karşı pozitif yaklaşım içeren öz anlayışın kişiyi anksiyete ve depresyon bozukluklarına karşı koruduğu düşünülmektedir.³

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, kişinin herhangi bir durumda veya olumsuz yaşam olaylarında duyguyu yönetme ve duyguyu yönetirken bilişsel olarak kullandığı başa çıkma stratejilerine denir.

Bilişsel duygu düzenleme, duygu düzenleme kavramının bir parçasıdır. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri hayattaki olumsuz olaylara veya herhangi bir durumda duyguyu düzenleme ve bu düzenleme yapılırken bilişsel olarak kullanılan stratejilere denir. Uyumlu ve uyumsuz olmak üzere 9 strateji belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar negatif (uyumsuz) stratejiler; ruminasyon (tekrarlayıcı düşünce), kendini suçlama, diğerlerini suçlama ve felaketteştirmeyi uyumsuz başa çıkma stratejileri olarak görürken; kabul, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve olayın değerini azaltma stratejilerini pozitif (uyumlu) stratejiler olarak belirlemişlerdir.

¹Kristin D. Neff vd., "Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan", *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2008, Cilt: 39, 267–285, s.269.

² Kristin D. Neff, "Self Compassion: An Alternative Conceptualization Of A Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2003a, Cilt: 2(2), 85-102, s. 87.

³ Kristin D. Neff, "The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion" *Self and Identity*, 2003b, Cilt.2, 223–250, s. 225.

Duygu düzenlenmesi sağlıklı Şekilde yapıldığında kişinin yaŐamındaki iyilik halini ve ruh sağlığını olumlu yönde etkilemektedir.

Negatif stratejileri kullanan kişilerin psikolojik olarak sağlıklı olma, duygusal sorunlarla karşı karşıya kalma olasılıkları olumlu(adaptif) stratejileri kullanan kişilere göre daha yüksek olmaktadır. Yapılan araştırmalar anksiyete, depresyon, stres gibi ruhsal bozuklukları olan kişilerin diğerlerine göre daha sık negatif (maladaptif) stratejilerini kullandığını göstermektedir. Kullanılan stratejilerin kişinin anksiyete düzeyinde etkili bir faktör olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmanın amacı, sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin, öz anlayış, bilişsel duygu düzenleme ve çeşitli demografik değişkenler arasında ilişki olup olmadığını araŐtırmaktır.



BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Yaşam olayları karşısında sağlık çalışanlarının kullandığı bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kaygı düzeylerini açıklamada nasıl bir rolü olduğunu gözlemek, farklı öz anlayış düzeylerine sahip sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerini açıklamada nasıl bir rolü olduğunu gözlemek ve bu bilgiler ışığında kaygılı durumlarda bireyin kullanması gereken stratejilerin ve öz anlayışın olması gereken düzeyi hakkında geniş bilgiye sahip olunması açısından araştırma konusu olmaktadır.

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve öz anlayış ile anksiyete gibi psikolojik sorunlar arasında ilişki olduğu görülmektedir. Özellikle zihinsel geviş getirme(ruminasyon), kendini suçlama facialaştırma gibi olumsuz stratejiler ile düşük öz anlayış düzeyi kaygı ile pozitif ilişkili olduğu görülmektedir.

Duyguları düzenlemek için bilişsel stratejilerin kullanılması oldukça yeni bir araştırma konusudur. Duyguların düzenlenmesinde bilişler etkilidir. Duygular bilişi, davranışı, fizyolojik süreçleri doğrudan harekete geçirebilir. Bilişler vasıtasıyla duyguların düzenlenmesi insan yaşamıyla ayrılmaz düzeyde ilişkilidir. Uyumlu ve uyumsuz kullanılan başa çıkma stratejilerinin kişide anksiyete gibi psikolojik sorunların oluşması üzerinde etkilidir.

Öz anlayış, kişinin kendine karşı olumlu tutum içinde olması kişiyi motive eder ve kendini yargılamanın anksiyete gibi olumsuz etkilerine karşı korur.

Daha önce yapılan araştırmalar incelendiğinde öz anlayış düzeyiyle anksiyete ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile anksiyete ayrı ayrı incelenmiştir. Bu üç konunun farklı konularla ilişkilendirildiği çalışmalara rastlanmıştır ama üç konunun birbiriyle ilişkisinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejileri, öz anlayış düzeyleri ve yaş, cinsiyet, sosyal destek düzeyi gibi demografik değişkenlere göre anksiyete puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır? Sorusuna yanıt aranacaktır.

Sağlık çalışanlarının öz anlayış düzeyleri ile anksiyete düzeylerinin farklılaşp farklılaşmadığının belirlenmesi, sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme

stratejilerinin anksiyete düzeyinde farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi, farklı öz anlayış düzeyleri ile kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Yaşam olayları karşısında sağlık çalışanlarının kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kaygı düzeylerini açıklamada nasıl bir rolü olduğunu gözlemek, farklı öz anlayış düzeylerine sahip sağlık çalışanlarının kaygı düzeylerini açıklamada nasıl bir rolü olduğunu gözlemek ve bu bilgiler ışığında kaygı durumunda bireyin kullanması gereken stratejiler ve öz anlayışın olması gereken düzeyi hakkında geniş bilgiye sahip olunması açısından bilimsel ve toplumsal yararı bulunmaktadır.

Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejileri(uyumlu-uyumsuz), öz anlayış düzeyleri, cinsiyet, meslek, yaş gibi demografik değişkenlere göre anksiyete puan ortalamaları anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır sorusuna cevap aramaktadır

1.1.1. Alt Problemler

1. Öz anlayış düzeylerine göre sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

2. Öz anlayış düzeylerine göre sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejileri anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

3. Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında ilişki var mıdır?

4. Sağlık çalışanlarının öz anlayış düzeyleri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında ilişki var mıdır?

5. Öz anlayış düzeylerine göre sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, meslek grubu, eğitim düzeyi gibi değişkenlere göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

6. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerine göre sağlık çalışanlarının cinsiyet yaş meslek grubu eğitim düzeyi gibi değişkenlere göre anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

7. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerine göre sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

8.Sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş, meslek grubu, eğitim düzeyi gibi sosyo-demografik değişkenlere göre anksiyete düzeyleri anlamlı düzeyde farklılaşmakta mıdır?

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejileri, öz anlayış düzeyleri, yaş, cinsiyet, sosyal destek düzeyi gibi demografik değişkenlere göre anksiyete puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemektir.

Anksiyete düzeyleri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında ilişki var mıdır, Anksiyete düzeyleri ile öz anlayış arasında ilişki var mıdır, Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, öz anlayış ve demografik özellikler arasında ilişki var mıdır sorularına cevap bulunması hedeflenmektedir.

1.3.ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Ülkemizde sağlık hizmetlerinin verilmesindeki temel hedef toplumun tümünün sağlıklı olmasını sağlamaktır. Bu anlamda ülkemizde sağlık hizmetleri maddi manevi desteklenmektedir ve ciddi düzeyde öneme sahip bir hizmettir. Sağlık kurumlarında bu hizmeti veren sağlık çalışanlarının da verimliliği oldukça önemlidir. Bu anlamda sağlık çalışanlarının yoğun kaygı düzeyinden uzak, olumlu bilişsel stratejileri olan ve kendine olan anlayış düzeyi yüksek kişiler olmaları önem taşımakla birlikte, çalışma ortamlarının da kişide stres yaratabilecek durumlardan en az düzeyde etkileyecek alanlar olması oldukça önemlidir. Birine yardım etmenin, anlayış göstermenin yolu, kişinin kendisine karşı anlayışlı olma yeteneğine sahip olmasıyla sağlanabilir. Kendine karşı anlayışlı, sefkatli olabilen, acıyı fark edebilen ve kabul edici bir tutum içerisinde olan birey bir başkasına karşı daha kabul edici ve destekleyici, acıyı daha rahat tolere edebilir olur. Bu nedenle sağlık çalışanlarının kullandıkları bilişsel stratejiler, kendine karşı gösterdikleri anlayış düzeyi ve bu değişkenlerin anksiyete düzeyine etkisini ortaya koyması bakımından önemlidir.

Araştırmada elde edilen sonuçlar ışığında sağlık çalışanlarının yaşadıkları anksiyete düzeyleri belirlenip, anksiyete düzeylerini etkileyen değişkenler hakkında fikir elde edileceği düşünülmektedir.

1.4.VARSAYIMLAR (SAYILTILAR)

1. Deneklerin Kişisel Bilgi Formu, Öz-Anlayış Ölçeği, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeğini ve Beck Anksiyete Ölçeği veri toplama araçlarına içten ve doğru tepkiler verdikleri varsayılmıştır.

2. Araştırma örnekleminin evreni uygun olarak yansıttığı varsayılmıştır.

3. Bu ölçeklerin ilgili özellikleri ölçebilir nitelikte olduğu varsayılmıştır.

1.5. SINIRLILIKLAR

1.Araştırmada incelenen öz-anlayış düzeyi, Öz-Anlayış Ölçeği'nin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

2. Araştırmada incelenen anksiyete düzeyi, Beck Anksiyete Ölçeğinin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

3. Araştırmada incelenen bilişsel duygu düzenleme stratejileri, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin ölçtüğü niteliklerle sınırlıdır.

4. Araştırma sonuçları örneklem grubundan elde edilen verilerle sınırlı olacaktır.

1.6. TANIMLAR

Öz anlayış: Yaşanan olumsuz durumlarda, kişiye acı veren olaylarda kişinin yaşadıklarına karşı kabul edici ve anlayışlı davranmasına denir.

Anksiyete: Sebebini kişinin kendisinin de bilmediği belirsiz bir tehlikeli durumdan korkmasına, felaket bir durum olacakmış gibi hissetmesine denir.

Bilişsel Duygu Düzenleme: Kişinin yaşamında karşısına çıkabilecek bir problem durumu ile karşılaştığında ruhsal yollar ile üstesinden gelme durumuna denir. Kişinin yaşadığı sıkıntı veren bir olay sırasında ve sonrasındaki duygunun düzenlenmesinde etkili olan bilişler ile ilgili bir süreçtir.

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1.ÖZ ANLAYIŞ

Bu bölümde ilk olarak öz anlayış (self compassion) kavramına yer verilmiştir. Buna ek olarak öz anlayış kavramının alt boyutlarına, öz anlayışla ilişkili kavramlara, öz anlayışla ilgili yapılan çalışmalara ve anksiyete ile öz anlayış ilişkisine yer verilmiştir.

2.1.1. Anlayış

Öz anlayış, kendine anlayışlı olma ile ilgili ayrıntılı bilgiye sahip olmak için, öncelikle anlayışın (merhamet) ne demek olduğu ne anlama geldiğini düşünmek etkilidir.

Bir kişinin sıkıntısını, acısını paylaşmak anlamında kullanılır. Anlayışlı olmak, diğer insanların yaşadıkları üzüntü, endişe gibi duygularına karşı duyarlı olmaktır. Karşımızdaki kişiye karşı kibar, empatik, destekleyici, eleştirel olmayan bir tutum ile yaklaşmak anlamına gelmektedir.

İnsanlar yaşamlarının değişik zamanlarında üzüntü verici olaylarla karşı karşıya kalabilirler. Tükenmişlik, çaresizlik gibi negatif duygular yaşanabilir. Bu gibi durumlarda olumsuz yaşantıların üstesinden gelmek için sakinleşmeye, güvene, desteğe ihtiyaç duyulur. Anlayış; bu gibi olumsuz duyguları, acıları, üzüntüleri paylaşmak olarak adlandırılır. Anlayışlı olmak çevremizdeki kişilerin bu yaşanan olumsuz duygularına sahip olduğunu fark etmek ve acıyı çeken kişiye karşı duygu aktarımının meydana gelmesi olarak adlandırılır.⁴

Neff'e göre anlayış, diğer insanların acılarına, üzüntülerine karşı duyarlı olmak, acılarını paylaşmak olarak adlandırır.⁵ Bununla birlikte birine karşı anlayışlı olmak karşımızdaki insanlara karşı eleştirel olmayan, o kişinin acısını kabul eden, acıya olan korku ve direnci terk eden bir tavırla içten gelen nazik, anlayışlı olma ve iyilik duygusunu acıyı yaşayan kişiye aktarmamız demektir.⁶

⁴ Christopher K. Germer, **Öz Şefkatli Farkındalık**, Çev. Handan Ünlü Haktanır, Diyojen Yayınevi, İstanbul, 2018, s. 115.

⁵ Kristin D. Neff, "Self compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself", **Self and Identity**, 2003a, Cilt:2(2), 85-101, s. 89.

⁶ Germer, a.g.e., s. 54.

2.1.2. Öz Anlayışın Tanımı

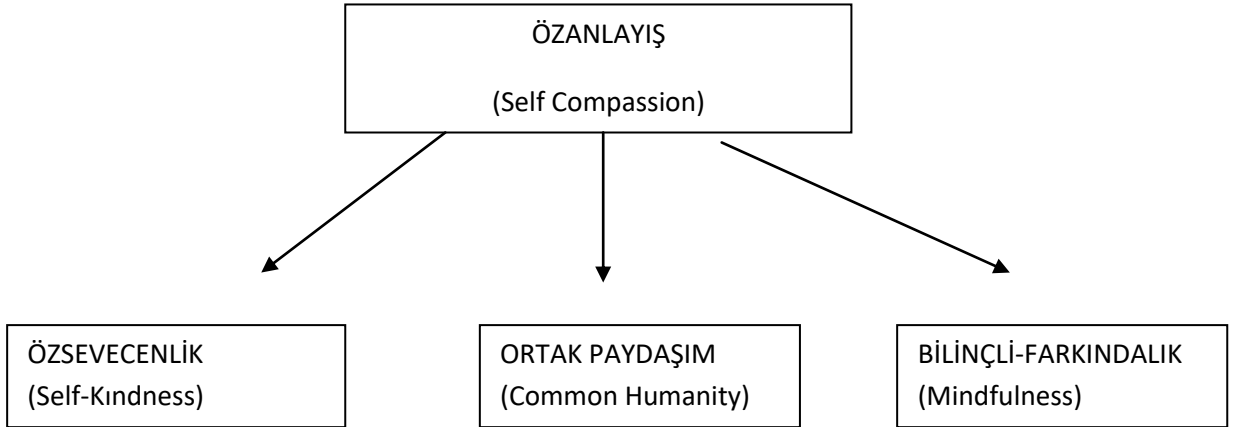
Öz anlayış, kişinin kendisini sert, acımasız, ağır bir dille eleştirmesi yerine acıya, hataya veya başarısızlığa karşı kendisine merhametli, nazik, anlayışlı, kendini destekleyici olması anlamına gelir. Kişinin kendi deneyimlerine açık olmayı ve bu deneyimlerine göre hareket etmeyi içermektedir.⁷

Self compassion kavramı dilimize 3 farklı şekilde çevrilmiştir. Bunlar; öz anlayış, öz şefkat ve öz duyarlılıktır. Bu araştırmada self compassion kavramı öz anlayış olarak kullanılmıştır.

Anlayış, bireyin kendi dışındaki kişilerin iyi olma durumuyla kendini ilişkilendirmeden insanlara yakın olup, o kişinin acısını paylaşmak ve ona yardımcı olmaya çalışma durumunu içerir.⁸

Batının bakış açısı olan benmerkezci yaklaşımlara alternatif sunan Neff, öz anlayış kavramını Budist felsefeye dayandırır. Budist felsefe, başkalarına karşı anlayışlı şefkatli olmanın uygun olabilmesi için ilk olarak kişinin kendine karşı şefkatli, anlayışlı davranmasını savunur.⁹Anlayışın tanımını kendisinin dışındakilerin acısını hissetmek ve farkında olmak olarak ele alır.¹⁰

Öz anlayış kavramı 3 temel ögeye ayrılmıştır. Bunlar: a) öz sevecenlik(self-kindness), b) ortak paydaşım (common humanity), c) bilinçli farkındalık (mindfulness)dır.



Şekil-1: Öz Anlayış Alt Boyutları

⁷ Neff, a.g.e., s. 90.

⁸ Germer, a.g.e., s. 82.

⁹ Kristin D. Neff vd., "Self Compassion And Adaptive Psychological Functioning", *Journal Of Research In Personality*, 2006, Cilt:41, 139-154, s. 146.

¹⁰ Germer, a.g.e., s. 89.

2.1.2.1.Öz Sevecenlik

İyi bir dosta, yakın çevreye veya sevdiğimiz kişilere davranılan gibi kişinin kendine karşı anlayışlı, teşvik edici, kibar, sabırlı davranmasıdır. Olumsuz yaşam olayları karşısında kişinin kendini sert şekilde eleştiride bulunmasına karşın kendisine sevecen, destekleyici olması anlamına gelir.

Yaşanan başarısızlık, acı, çaresizlik veya karşılaşılan zorluklarda mevcut duruma çözüm aramak adına kişinin kendini sakileştirmesi, yatıştırması olarak tanımlanmaktadır. Öz sevecenli oluş halinde kişinin kendine olumsuz yorumlardan uzaklaştırması, kendi zayıf yönlerine karşı şefkat göstermesi, yaşanan durumu doğal karşılaması ve aktif şekilde kişinin kendini rahatlatmasıdır.¹¹

2.1.2.2.Ortak Paydaşım

Olumlu ya da olumsuz bir durumla karşı karşıya kalındığında bunun normal olmadığı, yanlış şeylerin var olduğu hissedilir. Bu anormallik hissi kişiyi diğerlerinden farklı bir yere konumlandırır. Kişi kendini diğerlerinden izole olmuş hisseder. Ortak paylaşımların bilincinde olmakla kişinin kusursuz olmayışını, yaşamda karşılaşılan durumların kusurlu oluşu bizi diğer insanlara bağlayan şey olduğunun farkındalığı anlamına gelir. Öz anlayışa sahip olmamız olumsuz duyguların olumlu duygulara dönüşümünü sağlar ve psikolojik iyi oluşumuzu artırır. Kişi bu hissi anladığında kendini tek kalmış veya izole olmuş hissetmek yerine, yaşadığı hissi kendisi için olumlu olarak değerlendirebilecek ve düzenleme sağlanacaktır. Bu düzenleme şefkatli oluş, anlayış ve ortak değerler içerisinde gerçekleşmektedir.¹²

2.1.2.3.Bilinçli Farkındalık

Kişinin kendine olan anlayışını ifade eden öz anlayış bilinçlilik kavramını gerektirir. Bilinçli oluş, aşırı bağıllık veya ilgisizlik olma gibi oluşabilecek uçlardaki tutumları engelleyerek duyguların ortaya çıktıkları halleriyle görmeyi ve kabulü içerir.¹³

Geçmiş veya gelecekte olmak yerine şu anda ne varsa onunla olmak, farkına varmaktır. Kişinin kendisine karşı anlayışlı olması için şu anın farkında olarak

¹¹ Zümra Özyeşil, Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayış Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık Kişilik Özellikleri ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2011, s. 35 (Yayımlanmış Doktora Tezi).

¹² Paul Gilbert, "Internal 'Social' Conflict And The Role Of Inner Warmth And Compassion In Cognitive Therapy", *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, 2014,118-150, s. 118.

¹³ Neff , a.g.e., s. 227.

kendini onaylaması ve kabul etmesi anlamına gelir. Yaşanan olumsuz hisler ve düşüncelere aşırı odaklanmak ve problem durumuna aşırı anlamlar yüklemek yerine bilinçli şekilde farkına varmayı ifade eder. Böylece olumsuz eleştiriler ortadan kalkar, kişinin kendine karşı yaptığı ağır eleştiri hafifler ve kendine olan anlayış artar.¹⁴

Farkındalık, acının fark edilmesi ve hissedilmesini sağlarken öz anlayış acıyı yaşarken kendine anlayışlı ve şefkatli oluşu vurgular. Farkındalık, ortak paylaşım ve duyarlı oluş, sevgi gibi duygular öz anlayışı destekleyen, yolunu açıcı kavramlardır.¹⁵

Bilinçli farkındalık kavramının tersi, yaşanan olumsuz duyguların ve düşüncelerin aşırı olarak algılanmasıdır. Bilinçli farkındalık ise acı yaşantılar, olumsuz düşüncelerle aşırı özdeşleşmek yerine yaşanan duygu ile ilgili farkındalığı dengede tutmak ve kişinin kendini yargılamadan bunu yapmasını sağlamaktır. Yaşanan olayı bastırmak veya yargılamak yerine olduğu gibi kabul etmek anlamındadır.¹⁶

2.1.3.Öz Anlayış İle Diğer Kavramların Karşılaştırılması

Öz anlayış, kişinin kendine karşı yıkıcı ve ağır eleştiride bulunmaması, diğerlerini ve kendini şefkate değer görmesi, olumsuz duyguların yaşanmasının insani bir durum olduğunu merkeze alan bir kavramdır. Öz anlayışlı olmak ile bencil olmak, kendi ihtiyaçlarını başkalarının ihtiyaçlarından daha önemli ve değerli görmesi anlamı taşımamaktadır. Yetersizlik, sıkıntı ve başarısızlığın diğer insanlar tarafından da yaşanabilen bir durum olduğunu ve kendini veya diğer tüm insanları şefkat göstermeye değer olduklarını anlamaktır.

Öz anlayış dengelidir, kötümser veya iyimser olarak adlandırılmaz. Sonuç olarak, öz anlayış bencil duygulardan farklı bir kavramdır, çünkü öz anlayış tamamıyla kişisel bir kavram değildir.¹⁷

Kendine düşkünlük ile öz anlayış birbirinden farklı kavramlardır. Öz düşkünlük, kişinin kendisini fazlasıyla önemsemesi, kendisine karşı gereğinden fazla düşkünlük anlamına gelir. Kendine düşkünlük seviyesi yüksek kişiler duygusal yıpranmalar sonucu kendilerini iyi biri olarak adlandırırlar ve sürekli kendilerini eleştirme durumu isteklendirme gücünü etkileyeceğini düşünür. Aksi sonuçlardan

¹⁴Kevin M. Orzecha vd., "Intensive Mindfulness Training-Related Changes In Cognitive And Emotional Experience", *The Journal of Positive Psychology*, 2009, Vol. 4(3), 212–222, p. 214.

¹⁵Germer, a.g.e., s.118.

¹⁶Darya L. Zabelina and Michael D. Robinson, "Don't Be So Hard on Yourself: Self-Compassion Facilitates Creative Originality Among Self-Judgmental Individuals", *Creativity Research Journal*, 2010, Cilt: 22(3), 288–293, p. 289.

¹⁷Neff, a.g.e., 2003b, s.226.

korktuğu için kendisine iyi bir bakış açısı geliştirme ve değişme ihtiyacı olduğunu görmek ihtiyacı duymayacaktır. Böylece eksiklerin farkına vardığında bunu bastırma yolunu tercih eder.¹⁸

Sorumluluktan kaçınma veya kendine acıma kavramlarıyla tamamen farklı anlam taşıyan öz anlayış, narsistik eğilimlerden uzak kişinin acıyı bastırmak ile acıyı abartmak arasında bir denge kurmayı sağlamak ile ilgilidir.

Öz acıma ile öz anlayış genellikle birbirine benzeyen ve birbiriyle karşılaştırılan kavramlardır. Acımak ile öz anlayış aynı anlama gelmemekle birlikte öz anlayış acımayı kapsamaktadır. Bu kavramlar arasındaki ilişki şöyle açıklanabilir; kişinin kendisine acıması kişinin kendini diğer insanlardan daha farklı görmek yerine acı çekmenin evrenselliğine varma duygusunu sağlar.¹⁹

Neff'e göre öz acıma, 'Zavallı Ben' yaklaşımından kaynaklı, kişinin kendi sıkıntılarını merkeze alıp diğerlerinden farklı problemlere sahip olmadıklarını unutmalarına denir.²⁰ Bunun sonucunda öz acıma sahibi kişiler duygu merkezli hareket ederler ve yaşanan olumsuz yaşantıları ve duyguları abartma yolunu seçerler. Fakat öz anlayış seviyesi yüksek bireyler ise kendi yaşantılarının diğer bireylerle ortak yaşantılar olduğunu görür ve objektif bir yaklaşım ile diğerleriyle ilişki içinde olma, ortak paylaşım içinde olma duygusunu artırır.

Öz acıma durumunda bireyler yaşadıkları zorlukların sadece kendisi tarafından yaşandığını hisseder ve tamamen kendi sıkıntıları, problemleri ile ilgilenir ve diğer tüm insanların bu zorlukları yaşadığını belki daha fazlasıyla karşılaştıklarını unuturlar. Bundan dolayı kişinin sıkıntılarını abartması durumu meydana gelir.²¹ Öz anlayış ile karşılaştırılacak olursa bunun tam tersi bir durum söz konusudur. Öz anlayış kişinin kendisini net bir şekilde görebilmesini ve bununla birlikte değişim ve gelişim için gereken yönlerin belirlenmesi için kişiye ihtiyacı olan duygusal güveni sağlar. Boylere kısının motivasyonu aşırı ve ağır öz eleştiriden kaçınma durumundan değil, bireyin ruh sağlığının yerinde olması psikolojik iyi oluş durumunu sağlamak için ihtiyaç hissettiği anlayış isteğinden kaynaklanır.²²

Benlik saygısının oluşmasında etkili olan başarı elde etme ve onay görme gibi olumlu duygular sonucu kendini değerli görme duygusu oluşmaktadır. Öz

¹⁸ Kristin D. Neff, "Self-compassion and Psychological Well-Being", *Constructivism in the Human Sciences*, 2004, Cilt: 2(3), 27-37, s. 29.

¹⁹ Germer, a.g.e., 2009, s. 95.

²⁰ Neff, a.g.e., 2004, s. 30.

²¹ Neff, a.g.e., s. 225.

²² Neff, a.g.e., 2004, s. 31.

anlayışın içerdiği kendini değerli görme duygusu ise, insanın hatalarının kendi doğasının bir parçası olduğunu ileri sürmektedir. Bu öz anlayışın benlik saygısına göre daha tarafsız bir benlik algısı oluşturduğunu gösterir. Benlik saygısını oluştururken benliğe saygının bir şeylere bağlı tutulması(örn; başarı, güç) bu durumun aksi olması halinde (örn; başarısızlık, güç kaybı) benlik algısını zedeler nitelik taşır. Kusurların kabulü davranışların olumlu yönde değişeceği anlamına gelmemekle birlikte kabul şimdiki zamanla ilgilidir.²³ Geliştirilmesi gereken yönlerin değişmesi ve gelişmesi için başlanması gereken ilk nokta kişinin kendini kabul etmesi ve su anki haliyle kişinin kendisine dost olmasıdır.

2.1.4.Öz Anlayış İle İlgili Yayınlar

Bireylerin başkasına üzüntü ve acılarına karşı gösterdiği anlayışı kişinin kendisine karşı da göstermesi başkasına karşı anlayış seviyesi yüksek olan bireylerin kendisine ve başkalarına karşı gösterdiği anlayış ile eşit düzeyde olduğu ortaya konulmuştur.²⁴

Öz anlayış düzeyi yüksek olan bireylerin olumsuz yaşantılarının insan olmanın sonucu olarak, her insan yaşayabileceği bir süreç olduğu ve kişilerin kendileri de dâhil her kişinin değerli olduğunu belirtmektedir.²⁵ Bununla birlikte, öz anlayış seviyesi yüksek kişilerin mukemmelliyetçilik, aşırı olumsuz öz eleştiri ve affetmeme gibi tutumlardan uzaklaşan bireyler olduğu ortaya çıkmıştır.²⁶

Öz anlayış, olumsuz yaşantılar sonucu ortaya çıkan olumsuz duyguların şiddetini azaltmaya yardımcı olur. Bu doğrultuda, yaşanan olumsuz bir olayın yarattığı stres, anksiyete gibi olumsuz duygular karşısında öz anlayış düzeyi yüksek bireylerin beyinlerine giden olumlu sinyallerin ve bu sinyallerle ilişkili tepkilerin bireylerin sakinleşmesini kolaylaştırdığı bilinmektedir.²⁷

Öz anlayış, kişinin kendine yönelik negatif duyguları, ruminasyonları ve izole olma gibi olumsuz duygu ve düşüncelerinden kaçmak yerine hoş olmasalar dahi direnmeden deneyimlemenin gerçekliğine ulaşmaya, yatışmasına ve engellenmesine olanak sağlamaktadır. Böylece olumsuz koşulların daha iyi

²³ Germer, a.g.e., s. 123.

²⁴ Neff, a.g.e., 2003a, s. 225.

²⁵ Kristin D. Neff and Pittman McGehee, "Self Compassion And Psychological Resilience Among Adolescents And Young Adults", *Self And Identity*, 2010, Cilt: 9, 225-240, s. 235.

²⁶ Brooke A. Mistler, "Forgiveness, Perfectionism, And The Role Of Self-Compassion", Graduate School of the University of Florida, University Of Florida, Florida, 2010, s.24 (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**).

²⁷ Paul Gilbert, "Introducing compassion-focused therapy", *Advances in psychiatric treatment*, 2009, Cilt: 15, 199–208, s.201.

değerlendirilebildiği ve daha etkili başa çıkma stratejileri sergileyebildiği görülmüştür. Bu nedenle öz anlayışın duygu ve düşünceleri düzenlemeyi içeren bir yapısı olduğu görülmüştür.²⁸

2.1.5.Öz Anlayış ve Anksiyete Arasındaki İlişki

Yapılan araştırmalara göre, öz anlayış ile anksiyete arasında negatif bir ilişki vardır. Anksiyete(endişe) gelecek ile ilgili durumlardan kaynaklanmaktadır. Gelecekte önemli olduğu düşünülen veya sonucunun belirsiz olduğu sınav, iş görüşmesi ya da ameliyat aylar öncesinden kaygı düzeyinin yükselmesi için yeterli bir nedendir. Öz anlayış kişide farkındalığı sağlayarak geçmişi düşünmek ya da gelecek hakkında tasalanmaktan ziyade şu anda kalarak kendini şimdiye odaklayarak ve kişinin kendisine karşı anlayışlı, şefkat dolu olmasını sağlayarak kaygı düzeyinin ideal seviyeye gelmesine yardımcı olur.²⁹

Öz anlayışın temel özelliği öz eleştiridir. Kendisine zarar verici, ağır eleştirilerde bulunması kişinin kaygı ve depresyon düzeyinin önemli bir öngörücüsüdür. Bununla birlikte öz anlayış, öz eleştiri kontrolünde anksiyete ve depresyona karşı koruma sağlar.

Neff ve ark.(2007) tarafından yapılan bir araştırmada iş başvurusu yapan katılımcıların kendileri ile ilgili en büyük zayıflıkları anlatmaları istenir. Öz anlayış düzeyleri yüksek bireyler düşük bireyler gibi kendileri ile ilgili zayıf yönlerini tanımlarken öz anlayışı düşük bireyler kadar olumsuz kendilik tanımlamalarında bulunmuşlardır. Fakat anksiyete yaşamaları daha az olası olmuştur.³⁰

Öz anlayış sahibi bireyler ben gibi daha az birinci tekil şahıs kullanırken, biz gibi daha çok birinci çoğul şahıs zamirleri kullanan, zayıf noktaları hakkında daha az izole olan bir dil kullanan, arkadaşları, ailesi ve diğer insanlara daha fazla iletişim halinde olan bireylerdir.

Öz anlayış kendini değerlendirme kaygısını azaltabileceğini, çünkü paylaşılan insan deneyimi ışığında zayıflıkların daha az tehditkâr olduğunu düşündürmektedir.

²⁸ Neff, a.g.e., 2003a, s. 89.

²⁹ Kristin D. Neff vd., "An Examination Of Self-Compassion İn Relation To Positive Psychological Functioning And Personality Traits", *Journal Of Cross-Cultural Psychology*, 2007, Cilt. 41, 908–916, s. 910.

³⁰Neff vd., a.g.e., 2007, s. 910.

Raes (2010)'ın yaptığı bir araştırmada ruminasyonun öz anlayış ile depresyon ve kaygı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulunmuştur. Azaltılmış ruminasyonun öz anlayışın en önemli faydalarından biri olduğu tespit edilmiştir.³¹

2.2. ANKSİYETE

Bu bölümde anksiyete (kaygı) kavramına ve anksiyete belirtilerine yer verilmiştir.

2.2.1. Anksiyetenin Tanımı

Anksiyete, tehlikeli bir durum karşısında kişinin kendisini koruması için harekete geçmesini sağlayan biyolojik bir uyarıcı görevindedir.³² İlkel çağlardan beri anksiyete tehlikeler karşısında kişinin kendini koruması için gerekli bir uyarıcı görevi görmektedir. Anksiyete her zaman olumsuz, yıkıcı etkiye sahip değildir. İnsanlığın devamı için insanın hayatta kalmasını sağlayan bir unsurdur. Orta ve düşük düzeydeki anksiyetenin olumlu etkileri vardır. Uyuma yönelik olarak insanda motivasyon artırıcı hale gelme, becerikli ve işlevsel olma durumunu sağlamaktadır.³³ Örneğin, önemli bir ödev hazırlayan bir öğrenci için orta düzeyde anksiyete durumu öğrenciyi ödevi tamamlamaya iter.

İlkel çağlarda anksiyete biyolojik özellikleri ile ön planda iken günümüzde insanlar üzerinde psikolojik ve sosyal özellikleri ile ön plandadır. Çağımızda kişinin kendilik değerine yönelik tehditler sonucu gösterdiği tepki olarak değerlendirilebilir.

Anksiyetenin şiddeti ve sıklığı farklı düzeylerde yaşanabilir. Anksiyetenin düzeyinin artmasıyla birlikte işlevsellik azalır ve olumlu etkiler yerini olumsuz etkilere bırakır. Anksiyetenin yoğun şekilde devam etmesi ve ortada tehdit olarak düşünülebilecek gerçek şeylerin olmaması işleyişte birtakım farklılaşmalara neden olmaktadır.

Kaygı ve korku birbirine karıştırılmaya müsait iki kavramdır. Tek tek değerlendirilecek olursa kaygı, reel olmayan fakat olma ihtimali düşünülerek tehlike olarak görülebilen duruma karşı oluşan bir duygudur. Kaygıyı korkudan ayıran en önemli özellik ise gerçekte olmayan bir tehdidin var olduğunu düşünmek kaygı olarak adlandırılır ve korkudan ayıran bir özelliktir.

³¹ Filip Raes, "Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety", *Personality and Individual Difference*, 2010, Cilt:48, 757-761, s. 759.

³² Aaron T. Beck and Gary Emery, *Anksiyete Bozuklukları Ve Fobiler*, Çev. Veysel Öztürk, Litera Yayıncılık, İstanbul, 2005, s.58.

³³ Mary C. Townsend, *Essential Of Psychiatric Mental Health Nursing*, *F.A.Davis Company Philadelphia*, 2002, Cilt: 5, 569-587, p. 573.

Beck'e göre bir diğeri ise korku gerçekte olan tehdit edici bir duruma karşı zihinsel bir değerlendirmeyi barındırırken, anksiyete ise değerlendirme durumuna verilen duygusal tepkidir. Korku, belirgin bir durumda gerçek veya potansiyel bir tehditin varlığına dair kişinin yapmış olduğu değerlendirmeyi, tahmini gösterir. Korku duygusal bir tepkiden ziyade, bilişsel bir süreçtir. Anksiyete belirli bir durumda kişide gerginlik oluşturan duygusal bir reaksiyondur. Beck'e göre anksiyete ve korkuyu ayıran bir diğeri özellik ise korkunun tehlike durumunun derecesini belirlemek için kullanıldığı; anksiyetenin ise, korku kişiyi etkilediğinde kişide meydana gelen rahatsızlık hissi uyandıran bir durumu bir hissi ifade etmesidir.³⁴

Freud'a göre kaygı ve korku arasındaki fark şöyle tanımlanmıştır. Korku, çevreden gelme ihtimali olan gerçek bir tehdit durumunda gösterilen tepki olduğudur. Kaygı ise bireyin bilinçaltında tehlike niteliğinde değerlendirilen duruma karşı verdiği cevap olarak tanımlanmıştır. Kaygının nedeninin olmayışı ve mantığa aykırı oluşu aradaki farkı ortaya koyar. Kaygı sırasında oluşan belirtilerin korku anında da meydana gelmesi aralarında ortak özelliklerin olduğunu gösterir.³⁵

2.2.2. Anksiyete Belirtileri

Korkuya benzer bir duygu olan anksiyete her an kötü bir şey olacaktı gibi içten gelen sebebinin açıklanamadığı kaygı duygusu olarak tanımlanabilir. Hafif bir düzeyden panik derecesine ulaşabilen çeşitli yoğunluklarda görülebilir.³⁶

Anksiyete düzeyinin artmasıyla vücudun birçok noktasında kendini gösterebilen belirtiler ortaya çıkabilmektedir. Kişilere göre de değişkenlik gösteren anksiyetenin semptomları ve klinik verilerine genel olarak bakılacak olunursa eğer birçok belirtiden söz edilebilir. Anksiyete düzeyinin artması ile birlikte kişide oluşabilecek bilişsel belirtilere, aşırı uyarılmışlık hali veya dikkati toplamada güçlük, hafıza problemleri, korkma, sinirlilik, çaresizlik hissi gibi olumsuz duygulanım hali, isteksizlik örnek verilebilir. Anksiyete düzeyinin artması ile oluşabilecek somatik belirtiler el ayak titremesi, kusma, yüzde solukluk, sıcaklığa bağlı olmayan terleme, kalp atımında hızlanma örnek verilebilir. Nedeni belirsiz tehlike karşısında gösterilen tepkiler öncelikle sempatik sinir sistemini uyarır ve somatik belirtiler ortaya çıkar.

³⁴ Beck and Emery, a.g.e., s.59

³⁵ Charles D. Spielberger and Rogelio Diaz-Guerrero, Cross- Cultural Anxiety, **Hemisphere Publishing Corporation**, 1986, Cilt: 9, 2-19, p.12.

³⁶ Aaron T. Beck, "How An Anomalous Finding Led To A New System Of Psychotherapy", **Nature Medicine**, 2006, Vol:12, 1139-1141, p.1140.

Anksiyete durumunda verilen tüm tepkiler tehlike durumuna karşı savunmak ya da kaçmak için olduğu görülmektedir.³⁷

Yukarıda belirtilen semptomlar hayatın her anında zaman zaman birçok insanın karşısına çıkabilmektedir. Patolojik bir durumdan söz edilebilmesi için belirtilerin sıklığı, günlük hayatta işlevselliği bozup bozmama durumu ve kişinin kendini yoğun şekilde rahatsız hissetmesi gibi durumların gerçekleşmesi gerekir.

2.2.3. Anksiyetenin Sınıflandırılması

1994' de yayınlanan DSM-IV' e göre Anksiyete Bozukluklarının dizilişi Şekil 2' de yer alırken, DSM-V sınıflandırmasına göre dizilişi de Şekil-3' de verilmiştir.

• Panik Bozukluğu
• Agorafobi ile Birlikte Olan (PB agorafobili)
• Panik Bozukluğu, Agorafobi ile Birlikte Olmayan (PB agorafobisiz)
• Panik Bozukluğu Olmadan Agorafobi
• Özgül Fobi
• Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi) (SAB)
• Obsessif-Kompulsif Bozukluk (Saplantı-Zorlantı Bozukluğu) (OKB)
• Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)
• Akut Stres Bozukluğu (ASB)
• Yaygın (Genelleşmiş) Anksiyete Bozukluğu (YAB)
• Tıbbi Duruma Bağlı Anksiyete Bozukluğu
• Madde Kullanımına Bağlı Anksiyete Bozukluğu
• Başka Türü Adlandırılmayan Anksiyete Bozukluğu Agorafobi İle Birlikte Panik Bozukluk

Şekil-2: DSM-IV Sınıflandırmasına Göre Anksiyete Bozukluklarının Dizilişi (APA,1994).³⁸

³⁷ M. Orhan Öztürk ve Aylın Uluşahin, *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2015, s. 339.

³⁸ APA(Amerikan Psikiyatri Birliği), *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV)*, Çev. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994,s. 106.

• Ayrılma Kaygısı Bozukluğu
• Seçici Konuşmazlık (Mutizm)
• Özgül Fobi
• Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi)
• Panik Bozukluğu
• Agorafobi
• Yaygın Kaygı Bozukluğu *Maddenin İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu
• Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu
• Tanımlanmış Diğer Bir Kaygı Bozukluğu
• Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu.

Şekil-3: DSM-V Sınıflandırmasına Göre Anksiyete Bozukluklarının Dizilişi
(APA,2005)³⁹

İki şekil incelendiğinde DSM-IV'te panik bozukluğu ikiye ayrılırken, agorafobili ve agorafobisiz olarak, DSM-V'te bu ayırım yapılmamıştır. Agorafobi, panik bozukluğun içinde yer alan bir tanı olmak yerine panik bozukluktan ayrı bir tanı olarak ele alınmaktadır.

Panik bozukluğa ek tanı olarak agorafobi görülmekle birlikte, agorafobiye panik bozukluk eşlik etmeyebilir. Bununla ilgili yapılan çalışma bulguları vardır. Bunun için agorafobi DSM-V'te ayrı bir tanı olarak ele alınmıştır.⁴⁰

2.2.4.Psikolojik Varsayımlar

Anksiyete psikanalitik yaklaşıma göre temelde alt benlik veya üst benlik ile benlik arasında oluşan bir iç çatışma ürünü olarak değerlendirilir. Benlik çatışma durumunu sağlıklı çözememesi durumunda tehlike bilinçdışında oluşan tehlike olarak algılanır. Bilinç dışındaki tehlike algısı bilinç düzeyinde ise anksiyeteyi oluşturur.⁴¹

Savunma mekanizmalarıyla ortadan kaldırılmaya çalışılan anksiyete, ilk olarak bastırma mekanizmasını kullanır. Yeterli düzeyde kullanılan bastırma mekanizması anksiyeteyi ortadan kaldırmaya yardımcı olur. Fakat yetersiz kalındığında ise benlik diğer savunma mekanizmalarına aktif hale getirmeye çalışır. Bunun sonucunda bir başka savunma mekanizması olan yer değiştirme

³⁹ Ertuğrul Köroğlu, *Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı(Dsm5)*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013, s.118.

⁴⁰ Köroğlu, a.g.e., s.110-127.

⁴¹ Engin Geçtan, *Psikanaliz ve Sonrası*, Metis Yayınları, İstanbul, 2010, s. 104.

mekanizması kullanılmaya başlanır. Bundan kaynaklı anksiyete nesne durum kişi biçimlerini alır ve patolojik bir durum haline gelir.⁴²

Davranışçı yaklaşıma göre; öğrenme ürünü olarak görülen anksiyete, klasik ve edimsel koşullanmalarla oluşmaktadır. Doğrudan anksiyete veya anksiyete ile ilişkili davranış örüntüleri çocukluk ve sonrasındaki süreçlerde öğrenme ile elde edildiği öne sürülmüştür.⁴³

Varoluşçu yaklaşıma göre; varlığa karşı yokluğun, hiçliğin algılanmasıdır. Kaygı, var olanın yok olabileceğine, her şeyin tümünden yitirilebileceğinin ayrımına varma halidir. Varoluşçu yaklaşım korku ve kaygının ayrımını da yapmaktadır. Korku, kişinin kendi varlığı dışında olan tehdit edici duruma karşı verdiği tepki; kaygı ise kişinin doğrudan kendi varlığına karşı oluşan bir tehdit, bir tehlikenin algılanması olarak ifade edilmiştir. Kaygının temelindeki kişinin kendi varoluşuna karşı yapılan tehdit durumunun algılanması durumu kaygıyı korkudan ayırır.⁴⁴

Bilişsel yaklaşımda anksiyete bozukluklarını geliştirilmesi Beck tarafından gerçekleştirilmiştir. Anksiyetenin kaynağında kişinin yaşadığı olaya odaklanmak yerine, olayın nasıl yorumlandığı merkeze alınmaktadır

Beck'e göre, tehlikeli bir durum ile karşı karşıya kalması sonucu oluşan korku ve anksiyete bir işaret olarak görülmektedir. Kişinin gerçek bir tehdit edici durumla karşı karşıya kalması kişiyi kaçması veya savaşması durumuna hazırlayan şey olan anksiyete hayatta kalmayı kolaylaştıran etkiye sahiptir. Fakat değişen dünya ile birlikte koşulların değişmesiyle fiziksel tehlikelerle karşı karşıya gelme ihtimali düşmektedir. Buna paralel olarak anksiyetenin durumu gerçek olarak adlandırılan bir tehlike olmamasına rağmen, durumun yanlış yorumlanması sonucu gerçek bir tehlike varmışçasına organizmanın aktif olusu işlevselliği bozmakta ve bir sorun olarak değerlendirilmektedir.⁴⁵

Beck'e göre anksiyete, depresyon gibi bilişlerin oluşturduğu durumlar nedeniyle oluşan duygusal bozukluklar olarak değerlendirir. Bu durum bilişsel teori olarak adlandırılır. Tıpkı anksiyete de depresyon gibi olumsuz otomatik düşünceler, varsayımlar ve inançların sonucunda bilişsel olarak işlevsel olmayan düşünce yapılarını meydana getirir. Bu düşünce yapıları kendini duygu ve davranış olarak ortaya koyar.

⁴² Raşit Tükel ve Tunç Alkın, **Anksiyete Bozuklukları**, TPD Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, Cilt: 4, Ankara, 2006, s. 56.

⁴³ Öztürk ve Uluşahin, a.g.e., s.353.

⁴⁴ Öztürk ve Uluşahin, a.g.e., s.352-353.

⁴⁵ Beck And Emery, a.g.e., s.62.

Bilişsel kuramda, kaygı durumunu sürdürücü ve yaşanan olayların tehlikeli olarak düşünülmesine sebep olan 3 yapıdan söz edilmektedir. Bunlar;

-SEÇİCİ DİKKAT: Tehlikeli bir olay olduğuna inanan birey tehlike olarak algılanan durum ile ilgili uyarıcılara hassaslaşma eğilimi içindedir.

-FİZİKSEL DEĞİŞİM: Adrenalin hormonunda artış sonucu vücutta fiziksel değişimler görünür. Anksiyete düzeyi yüksek kişiler bu fiziksel değişimleri çarpık ve felaket olarak yorumlama eğilimi içinde olurlar.

-DAVRANIŞTAKİ DEĞİŞİM: Tehlikeli olarak adlandırılan durumu algılayış biçimi davranıştaki değişimleri etkilemektedir.⁴⁶

Bilişsel modelin anksiyete ile ilgili görüşlerini genel anlamda özetleyecek olursak; tehlike olarak algılanan durumu daha kötü ya da büyük olarak değerlendirme eğilimdedir, anksiyete düzeyi yüksek kişiler. Bu değerlendirme eğilimi “şemalarla” ilişkilendirilmektedir. Olumsuz şemalar kullanılmaya başlandığında olumsuz otomatik düşünceler ve bunların hemen ardından otomatik düşünceler kaynaklı oluşmuş yorumlamalar ortaya çıkmaktadır. Bireyler bu düşünce ve duyguları azaltmak için sakınma, kaçma, korunma davranışı gösterebilirler.

Bilişsel kuram, dışarıdan veya içeriden gelebilecek tehlikelere karşı kişinin kendi içinde duyarlılık olduğunu savunur. Kişi bu inanç ile stres altında olduğu durumlarda kendisine zarar verebilecek obje veya olaylara karşı kaygı duygusunu geliştirir. Böylece kendine zarar gelebilecek durum ile karşılaşırsa birey tehlikenin şiddetini abartabilir ve baş edebilme kapasitesini de küçümseyebilir. Özetle içten gelen veya dışarıdan gelen tehlike kaygıyı oluşturmakta ve beklentiler kaygılanma halini arttırabilmektedir.⁴⁷

⁴⁶ Tükel ve Alkın, a.g.e., s. 58

⁴⁷ Meral Gümüş Avcı, “Beck Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması”, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir, 1995, s.26 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

2.3.BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME

Bu bölümde ilk olarak duygu düzenleme ve bilişsel duygu düzenleme kavramlarına ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerine yer verilmiştir. Anksiyete ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ilişkisine bakılmıştır.

2.3.1.Bilişsel Duygu Düzenleme Tanımı

Duyguların tanımı oldukça zor olmakla birlikte duygu kelimesinin tanımı şu şekilde yapılabilmektedir; duygu, dış dünyadan gelen fiziksel bir uyarana kişinin kendine özgü olarak verdiği, kişiden kişiye değişebilen duyum olarak ifade edilmektedir.⁴⁸

Duygu; kişinin eylemlerinde, hatırlamaya çalıştıkları önemli olaylarda karar vermeleri gereken durumlarda, kişiler arası iletişim ve etkileşim de önemlenecek kadar etkili bir değişkendir. Duygular kişinin kendisini ve çevresini düzenlemesine ek olarak kişinin iyi oluş haline de katkıda bulunur.⁴⁹ İyi oluş halinin devamlılığı için istenen veya kaçınılan tüm duyguların regüle edilmesi gerekmektedir.

Duygular olumlu etkiler oluşturmakla birlikte olumsuz etkiler de yaratmaktadır. Kişi için doğru olmayan bir zaman diliminde ve yoğunlukta oluşan duygular kişide olumlu olmayan etkiler oluşturabilir.

Duyguların problem olarak değerlendirilmesi için; yanlış türde olması, uygun olmayan zamanda ortaya çıkması, yoğunluğunun fazla olması veya uzun sürmesi gibi durumlara karşılaşılmaması gerekir ve bu duygulardan kurtulmak için kişi farklı yollar arayabilir. Duyguların olumsuz etkilerinin olması duygu düzenleme kavramını ortaya çıkarmıştır. Var olan duygusal tepkilerin düzenlemesi ile duyguların değişime uğrayacağı, duyguların bitebileceği veya azalabileceği anlamına gelir.⁵⁰

Duyguyu düzenlemeyi, duyguyu kontrol etmeyle sağlanabileceğini düşünen bazı araştırmacılara karşı düzenleme ile kontrol etmenin aynı şeyler olmadığını bilinmelidir. Kontrol etmenin duyguyu sınırlandırmak, bastırmak anlamına geldiği ve kısının duygularını fark etmeden bastırmak zorunda kalabilmesi olarak değerlendirilebilir. Bu durum da duyguyu kontrol etmenin, duyguyu düzenleme kavramından ayrılan önemli bir ayrıntıdır. Duyguların bastırılmadan düzenlenmesi

⁴⁸Williams James, *What is an Emotion? Mind*, Oxford University Press on behalf of the Mind Association,1884, s.188-205.

⁴⁹ Leslie S. Greenberg , "Emotion-focused therapy", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2004, Cilt: 11, 3-16, s. 4.

⁵⁰James J. Gross, "Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations", *Emotion Regulation Guilford Press*, 2014, Cilt:2, 3-20, s. 8.

ve sınırlandırılması sonucu, meydana gelen durumlar karşısında bu durumlara uygun tepkiler verilir. Böylece duygu düzenlemenin duyguyu kontrol etme durumundan daha etkili olduğu savunulur.⁵¹

Grantz ve Roemer'a göre, duyguların düzenlenmesinde kullanılan bir takım yetenekler bulunmaktadır. Duyguların farkındalığı, duyguları anlamlandırma, kabul etme, dürtüsel davranışların fark ederek kontrol edilmesiyle hedefe uygun hareket etmek ve yaşanan duruma uygun becerileri kullanmak olması gereken yeteneklerdir.⁵²

Duygunun düzenlenmesi sosyal, biyolojik, davranışsal süreçlere ek olarak bilinçli ve bilinç dışı bilişsel süreçleri de içinde bulunduran oldukça geniş bir kapsamı vardır. Birer örnek ile açıklamak gerekirse eğer; sosyal açıdan duyguların düzenlenmesi, kişilerarası ve maddi olanaklar ulaşmaya çalışılması; fizyolojik açıdan, ellerin titremesi, kalbin hızlı çarpması gibi belirtiler duyguları harekete geçirir ve bu hareketlenme sonucu duyguların otomatik olarak kendi kendilerini düzenlenmesi ve son olarak bilişsel süreçlerin düzenlenmesinde bilinç dışı olarak; seçici dikkat süreleri, inkâr, çarpıtma, yansıtma bilinçli olarak ise kendini suçlama, ruminasyon, felaketleştirme gibi bilişsel süreçlerle düzenlenebilir.⁵³

Duygular belli stratejilerle düzenlenebileceğini savunan Gross özellikle metabiliş ile düzenlemelerin gerçekleştirilebileceğini vurgulamaktadır.⁵⁴ Gross ve John, duygu düzenlemesinin ruh halinin olumlu yönde değiştiğini savunurlar. Uygun seviyede olmayan duygu düzenlemenin ise ruh halini olumsuz yönde değiştirdiğini ve fiziksel rahatsızlıkların meydana gelebileceğini belirtmiştir.⁵⁵

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ise, duyguların üzerinde etkili olan bilişsel süreçler ile ilgilidir. Yaşanan olayın algılanışı, kişide neleri düşündürdüğüne göre şekil almaktadır. Garnefsk vd. bilişsel süreçlerin, duyguların nasıl ve ne

⁵¹ Sander L. Koole, " The Psychology of emotion regulation: An integrative review" , **Psychology Press**, 2009, Cilt:23, 4-41, p. 6.

⁵² Kim L. Gratz and Lizabeth Roemer, "Multidimensional Assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale", **Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment**, 2004, vol.26(1), 41-54, s. 43.

⁵³ Nadia Garnefski vd., "Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems", **Personality and Individual Differences** ,2001, vol.30, 1311-1327, s. 1315.

⁵⁴ Gross, a.g.e. , p. 9.

⁵⁵ James J. Gross and Oliver P. John, "Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being", **Journal of Personality and Social Psychology**, 2003, Vol. 85, 348–362, s. 353.

şiddetle hissedildiğini kontrol etme ve yönetme konusunda önemli rol oynadığı savunmuştur.⁵⁶

Bilişsel başa çıkma ile benzer bir tanımla, duyguları oluşması ve işleme aşamalarında bilişsel süreçler bilinçli veya bilinç dışı olarak kullanılmaktadır. Bilinçli olarak kullanılan bilişsel süreçler duyguların regüle edilmesi ve yönetilmesi sürecinde etkilidir.⁵⁷

Düşünceler yardımıyla duyguların düzenlenmesi insanın yaşamında veya stres verici olaylar sonrasında duyguyu yönetme konusunda destekleyicidir.⁵⁸

9 farklı boyutun vardır. Bu stratejiler kişide stres ve tehdit uyandıran durumlara karşı oluşan ve bunların nasıl algılandığı, düşünüldüğünü içermektedir. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri cinsiyet, psikolojik bozukluklar gibi farklı birçok değişkene göre değişiklik gösterebilir.⁵⁹

2.3.2.Bilişsel Duygu Düzenleme Boyutları

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri uyumlu ve uyumsuz duygu düzenleme stratejileri olarak iki farklı gruba ayrılır.

Uyumlu stratejiler olarak; kabul etme, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu tekrar odaklanma, olayın değerini azaltma, olumlu tekrar değerlendirmedir. Uyumsuz stratejiler olarak; kendini suçlama, başkalarını suçlama, zihinsel geviş getirme (ruminasyon) ve felaketleştirmedir.⁶⁰

Uyumsuz Stratejiler

Kendini Suçlama: Yaşanan olumsuz bir durum karşısında kişinin kendisiyle ilgili olumsuz düşüncelere sahip olması, kendini suçlaması durumudur. Yaşanan olumsuz olay sonucu kişinin kendini suçlu hissetmesi ve yaşanan olayın sorumlusunun kendisi olduğuna inanması bu stratejiyi kullanan bireylerde sıklıkla görülür.

⁵⁶ Nadia Garnefski vd., "Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation And Emotional Problems", *Personality and Individual Differences*, 2001, vol: 30, 1311-1327, s. 1314.

⁵⁷ Susan Nolen-Hoeksema and Amelia Aldao, "Gender And Age Differences In Emotion Regulation Strategies And Their Relationship To Depressive Symptoms." *Personality and Individual Differences*, 2011, Vol. 51, 704-708, s. 706.

⁵⁸ Kimberly R. Zlomke and Kathryn S. Hahn, "Cognitive Emotion Regulation Strategies: Gender Differences And Associations To Worry", *Personality and Individual Differences*, 2010, vol.48, 408-413, s. 410.

⁵⁹ Nadia Garnefski and Vivian Kraaij, "Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples", *Personality and Individual Differences*, 2006, Vol: 40, 1659-1669, p. 1664.

⁶⁰ Garnefski vd., a.g.e., s.1316-7.

Ruminasyon: Yaşanan olumsuz durum ile ilgili sürekli düşünme içinde bulunulan durumun belirtilerine tekrar edici şekilde odaklanma, olası neden ve sonuçları hakkında etkisiz şekilde düşünme durumudur.⁶¹

Bu düşünce tarzı, kişinin olumsuz bir durumla karşılaşabilme düşüncesine odaklanarak bu olayla ilgili meydana gelebilecek duyguları, düşünceleri, imgeleri ve tüm bu oluşmaları bastırmayla ilgili çaba sarf etme durumudur. Böylece kaçınılan duyguların devamlılığına sebep olmasıyla süreç devam eder.⁶²

Başkalarını Suçlama: Olumsuz durumlar karşısında çevresindekilere karşı suçlayıcı tutum sergilemesi ve yaşanan durumlara karşı başkalarını sorumlu tutma halidir.

Felaketleştirme: Karşılaşılan olumsuz olayların gerçekte olduğundan daha kötü olarak değerlendirilmesi ve içinde bulunulan durumun daha da kötüye gidebileceğine dair düşüncelerdir.

Uyumlu Stratejiler

Kabul Etme: Herhangi bir anda ortaya çıkabilen içsel yaşantılara karşı bilinçli olarak açık olmak ve bu içsel yaşantıların oluşmasına izin veren, direnmeyen esnek bir tutum içinde olmaktır. Kabul; boyun eğmek, varlığın pasif şekilde olaylara rıza göstermesi, tolerans göstermek olarak değil de bilinçli, istem dışı olmayan bir tutumdur. Kişinin yaşadığı durumu inkâr etmesi veya yok sayması yerine kabul etmesi yolunu tercih etmesi ile ilgili düşüncelerdir.⁶³

Kabul, içsel yaşantıların bastırılma ve kaçınılma halini değiştirir ve bu yaşantıları merak ve ilgiyle izlenen olaylar haline dönüştürür. Böylece negatif içsel yaşantıları sürekli olarak bilişsel süreçlerde tutmaz. Kişinin kendi hayatı için daha işlevsel alanlara yönelmesini sağlar. Böylece kişinin kendisi için değerli, önemli gördüğü değerler doğrultusunda davranışlarının şekillenmesi sağlanır.

Plan Yapmaya Yeniden Odaklanma: Kişinin yaşadığı olumsuz durumla baş edebilmesi için problem çözme konusunda detaylı plan yapmak ve adım adım süreci yeniden belirleme olarak açıklanmaktadır. Sistemli ve planlı şekilde düşünme,

⁶¹ Susan Nolen-Hoeksema vd., "Rethinking Rumination", *Perspectives on Psychological Science*, 2008, Vol:3 (5), 400-424, s. 406.

⁶² Michael E. McCullough, "Forgiveness: Who Does It and How Do They Do It?" *Current Directions in Psychological Science*, 2001, Cilt: 10(6), 194-197, p. 195.

⁶³ Carver vd., "Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach", *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, Vol. 56, 267-283, s. 272.

önlemler almak için yapılan ilerleme sürecidir ve olumsuz durumdan kaçınmak için plan yapmaya yeniden odaklanmaktır.⁶⁴

Olumlu Tekrar Odaklanma: Sıkıntı veren olay karşısında olumsuz düşünceler yerine hoş giden, iyi düşüncelere odaklanmasıdır. Kullanılan olaya ve zamana göre bu strateji adaptif(uyumlu) veya maladaptif (uyumsuz) olarak değerlendirilmektedir. Özellikle olumlu tekrar odaklanma stratejisinin kullanımında “kaçınma” davranışının gözlenip-gözlenmediği değerlendirilmelidir. Kısa vadede bu strateji tercih edilebilir fakat uzun vadede ne kadar fayda sağlayacağı gözetilmelidir.

Olumlu Tekrar Değerlendirme: Olumsuz olay karşısında kişiyi bu durumun güçlü kıldığını düşünme ve olayın pozitif yanlarını odaklanma ile ilgilidir. Olaylar ile ilgili olan durumların olumlu yanına odaklanma düşüncesidir.⁶⁵

Olayın Değerini Azaltmak: Yaşanan olumsuz olayı farklı olaylarla karşılaştırarak olumsuz yaşanan olayın önemli olmadığına inanmak ve dünyada daha da kötü olayların olabildiğini vurgulamak ile ilgilidir.

2.3.3.Bilişsel Duygu Düzenleme ve Anksiyete İle İlgili Yapılan Araştırmalar

Anksiyete bozuklukları duygulanımdan kaynaklanan rahatsızlıklardır. Anksiyete(kaygı) bozukluklarındaki ana unsurun negatif duygular olmadığı, asıl sorunun negatif duyguların zamanlaması ve yoğunluğu olduğudur. Bundan dolayı anksiyete bozukluğu gibi duygulanımdan kaynaklanan bozuklukların duyguyu regüle etmek ile ilişkili olması kaçınılmazdır.

Yapılan araştırmaları genel olarak bakıldığından duygu düzenlemede kullanılan bilişsel stratejilerden olan ruminasyon ve felaketleştirme stratejilerinin anksiyete (kaygı) bozukluklarının yordayıcısı olduğu bulunmuştur.⁶⁶

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan felaketleştirme ve kendini suçlama stratejilerinin kaygı ve stres durumlarında şiddetli seviyede anksiyete durumuna eşlik etmesi ile birlikte bedensel semptomlarının da ortaya çıktığı

⁶⁴ Carver vd., a.g.e., p. 273.

⁶⁵ Nadia Garnefski vd., “Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems”, *Personality and Individual Differences*,2001, vol:30, 1311-1327, p. 1316.

⁶⁶ Zlomke and Hahn, a.g.e., s.410.

görülmüştür. Pozitif bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan kabul ve olumlu yeniden değerlendirme stratejileri kaygı ile negatif ilişkili olduğu görülmüştür.⁶⁷

Duygusal problemlerin incelenmesiyle ilgili yapılan bir çalışmada ruminasyon, kendini suçlama, felaketlenme ve olumlu yeniden değerlendirme stratejileri ile kaygı(anksiyete) arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Olumlu bilişsel duygu düzenleme stratejisi olan olumlu yeniden değerlendirme stratejisinin kaygı ile arasında negatif bir ilişki çıkmasıyla birlikte olumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri olan kendini suçlama, felaketlenme, ruminasyon (tekrarlayıcı düşünce) stratejilerinin kaygı ile arasında pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.⁶⁸



⁶⁷Kimberly R. Zlomke and Kathryn S.Hahn, "Cognitive Emotion Regulation Strategies: Gender Differences And Associations To Worry", *Personality and Individual Differences*, 2010, vol: 48, 408-413, p. 410.

⁶⁸ Garnefski vd., a.g.e., p. 1318.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde, araştırmanın modeli, çalışmaya katılanların (çalışma grubunun) demografik özellikleri, araştırmada kullanılan ölçekler ve bu ölçeklere ilişkin güvenirlik analizleri ile ölçeklerle toplanan verilerin analizinde kullanılan istatistikî yöntemler özetlenmiştir.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ve öz-anlayış düzeylerinin anksiyete ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandığından betimsel nitelikte, ilişkisel tarama modelinin kullanılmasına karar verilmiştir. Karasar'a (2017) göre "İlişkisel tarama modelleri, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelleridir. Bu tür bir düzenlemede, arasındaki ilişki aranacak değişkenler, tekil taramada olduğu gibi ayrı ayrı sembolleştirilir. Ancak bu sembolleştirme (değerler verme, ölçme), ilişkisel bir çözümlenmeye olanak verecek veri çiftleri şeklinde yapılır." ⁶⁹

Bu araştırmada, sağlık çalışanlarının, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ve öz-anlayış düzeylerinin anksiyete ile ilişkisinin incelenmesi ile birlikte aynı zamanda bilişsel duygu düzenleme stratejileri, öz-anlayış ve anksiyete düzeylerinin de bazı demografik/kişisel özelliklere bağlı olarak farklılaşma gösterip göstermediği de (karşılaştırılması) alt amaçlar bakımından inceleme konusu yapılmıştır.

3.2. ÇALIŞMA GRUBU

Araştırmanın çalışma grubunu, İstanbul ilinde çalışan 150 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Araştırmanın çalışma grubunu oluşturan sağlık çalışanlarının demografik/kişisel özellikleri aşağıda, Tablo 1 ve Tablo 2'de sunulmuştur.

⁶⁹Niyazi Karasar, *Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler ve Teknikler*, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2017, s. 110.

Tablo-1 Sağlık çalışanlarının kişisel özelliklerine ilişkin dağılımlar (N=150)

Özellik	Grup	F	%
Cinsiyet	Kadın	92	61,3
	Erkek	58	38,7
Yaş	18-24	58	38,7
	25-35	71	47,3
	36-45	21	14,0
Medeni durum	Evli	43	28,7
	Bekâr	107	71,3
Çocuk	Var	28	18,7
	Yok	122	81,3
Evde diğer kalan sayısı	Kimse kalmıyor	10	6,7
	1-2 kişi kalıyor	52	34,7
	3-4 kişi kalıyor	66	44,0
	5 kişi ve üstü kalıyor	22	14,7
Aile tipi	Çekirdek aile	129	86,0
	Geniş aile	17	11,3
	Parçalanmış aile	4	2,7
Eğitim düzeyi	Lise	8	5,3
	Sağlık Meslek Lisesi	7	4,7
	Ön Lisans	39	26,0
	Lisans	53	35,3
	Yüksek Lisans	24	16,0
	Tıp Fakültesi	19	12,7
Kişisel kaygı ve stres düzeyi	Yüksek değil	25	16,7
	Kısmen yüksek	55	36,7
	Yüksek	70	46,7
Ailede kaygı ve stres düzeyi	Yüksek değil	37	24,7
	Kısmen yüksek	63	42,0
	Yüksek	50	33,3

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %61,3'ü kadın olup %38,7'si 18-24, %47,3'ü 25-35 ve kalan %14,0'ü 36-45 yaş grubunda yer almaktadır. Katılımcıların %28,7'i evlidir ve %18,7'sinin çocuğu vardır. Sağlık çalışanlarının %6,7'si evlerinde kendilerinden başka kimsenin olmadığını belirtirken en büyük grubu %44,0 ile evde 3-4 kişi kalanlar oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının çok büyük bir bölümü, %86,0 ile çekirdek aile tipine dâhil olduğunu belirtmiştir. Çalışanların eğitim durumlarına bakıldığında, en küçük grupları %5,3 ile lise ve %4,7 ile Sağlık Meslek Lisesi mezunlarının, en büyük grubu ise %35,3 ile lisans mezunlarının oluşturduğu görülmektedir. Çalışanlara kişisel kaygı ve stres düzeyleri sorulduğunda, %16,7'si

yüksek olmadığını, %36,7'si kısmen yüksek olduğunu ve %46,7'si yüksek olduğunu belirtmektedir. Son olarak, sağlık çalışanlarına aile bireylerinin kaygı ve stres düzeyleri sorulduğunda, %24,7'si yüksek olmadığını, %42,0'si kısmen yüksek olduğunu ve kalan %33,3'ü yüksek olduğunu söylemiştir.

Tablo-2 Sağlık çalışanlarının mesleki özelliklerine ilişkin dağılımlar (N=150)

Özellik	Grup	F	%
Meslek	Anestezist	22	14,7
	Biyolog	27	18,0
	Doktor	19	12,7
	Hemşire	28	18,7
	Laborant	24	16,0
	Paramedik	15	10,0
	Tıbbi Sekreter	15	10,0
Haftalık çalışma saati	40 saat ve altı	60	40,0
	41-50 saat	40	26,7
	51 saat ve üstü	50	33,3
Nöbet tutma	Evet	94	62,7
	Hayır	56	37,3
Çalışılan birim	112 Servisi	16	10,7
	Acil Servis	4	2,7
	Ameliyathane	19	12,7
	Dâhiliye Servisi	6	4,0
	Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi	8	5,3
	Kadın Doğum Servisi	10	6,7
	Kan Bankası	18	12,0
	KBB	5	3,3
	Laboratuvar	32	21,3
	Mikrobiyoloji	7	4,7
	Yoğun Bakım Servisi	9	6,0
	Diğer	16	10,7

Sağlık çalışanların mesleki dağılımların yedi ana grupta olmuştur ve en küçük grupları %10,0 ile paramedik ve tıbbi sekreterler, en büyük grupları ise %18,0 ile biyologlar ve %18,7 ile hemşireler oluşturmaktadır. Çalışanların haftalık çalışma saatleri 20 ile 96 saat arasında değişmekte olup ortalama çalışma saati $48,79 \pm 11,23$ 'tür. Çalışma saatleri grup bazında incelendiğinde, çalışanların %40,0'ının haftada 40 saat ve altında, %26,7'sinin 40-50 saat ve kalan %33,3'ünün 51 saat ve üzerinde çalıştığı görülmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %62,7'si nöbet tuttıklarını belirtmiştir. Son olarak, araştırmaya katılanların çalıştıkları birimler oldukça çok sayıda olup en büyük grubu %21,3 ile

mikrobiyolojide çalışanların, en küçük grubu ise %2,7 işe acil serviste çalışanların oluşturduğu görülmektedir.

3.3. ÖLÇME ARAÇLARI

Sağlık çalışanlarının, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ve öz-anlayış düzeylerinin anksiyete ile ilişkisinin incelenmesi ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri, öz-anlayış ve anksiyete düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi amacıyla dört bölümden oluşan bir anket formu uygulanmıştır.

Anketin ilk bölümünde, araştırmacı tarafından geliştirilen ve sağlık çalışanlarının bazı demografik özelliklerini öğrenmek üzere toplam 13 sorudan oluşan bir Kişisel Bilgi Formu, ikinci bölümde sağlık çalışanlarının öz anlayış düzeylerini belirlemek üzere Neff (2003) tarafından geliştirilen ve Deniz, Kesici ve Sümer (2008) tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılan Öz-Anlayış Ölçeği, üçüncü bölümde sağlık çalışanlarının duygularını düzenlemek için kullandıkları bilişsel duygu düzenleme strateji düzeylerini ölçmek üzere Garnefski ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen ve Onat ve Otrar (2010) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan dokuz boyutlu Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ve son bölümde, sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerini araştırmak üzere Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen ve Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlikleri analizleri yapılan Beck Anksiyete Ölçeği yer almaktadır.

Yukarıda kısaca değinilen ölçeklerin, bu araştırma için uygunluklarını belirlemek üzere tüm ölçeklerin güvenilirlik (iç-tutarlılık) katsayıları hesaplanmıştır. Ölçeklerin güvenilirlik analizleri için Cronbach Alfa (α) katsayıları değerlendirilirken "Ölçeğin alfa katsayısı $0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise Güvenilir Değil, $0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise Düşük Derecede Güvenilir, $0.60 \leq \alpha < 0.90$ ise Oldukça Güvenilir, $0.90 \leq \alpha < 1.00$ ise Yüksek Derecede Güvenilirdir (Can, 2017, s.391).

Araştırmada kullanılan Kişisel Bilgi Formu, Öz-Anlayış Ölçeği, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeğine ilişkin açıklamalar ve güvenilirlik analizleri aşağıda sunulmuştur.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik/kişisel özelliklerini belirlemek üzere geliştirilen Kişisel Bilgi Formunda, sağlık çalışanlarının cinsiyeti, yaşı, mesleği, medeni durumu, çocuğu olup olmadığı, aile tipi, evde birlikte yaşadıkları kişi sayısı, eğitim düzeyi, haftalık çalışma süresi, nöbet tutma durumu, görev yaptığı birim, kaygı ve stres düzeyine ilişkin düşüncesi ile aile fertlerinin kaygı ve stres düzeylerine ilişkin düşüncesi olmak üzere toplam 13 soru mevcuttur.

3.3.2. Öz-Anlayış Ölçeği

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının, ölçekte belirtilen durumlara karşı ne sıklıkla hareket ettiklerini ölçmek üzere Neff (2003) tarafından geliştirilen ve Deniz, Kesici ve Sümer (2008) tarafından Türkçeye uyarlama çalışması yapılan Öz-Anlayış Ölçeği kullanılmıştır. Orijinalinde 26 madde ve 6 alt boyuttan meydana gelen ölçeğin Türkçeye uyarlanması çalışmasında 24 madde ve tek boyutlu bir yapıda olduğu bulunmuştur. 5'li Likert tipinde düzenlenmiş olan ölçeğin maddeleri, çalışmaya katılan bireyler tarafından 'Hemen hemen hiçbir zaman' (1) ile 'Hemen hemen her zaman' (5) seçeneklerinden biri seçilerek değerlendirilmektedir. Ölçeğin 1, 3, 5, 7, 10, 12, 15, 17, 19, 22 ve 23 numaralı 11 maddesi ters yazılmış (olumsuz yüklü) olup toplam puan hesaplaması öncesi yeniden kodlanmalıdır. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu yükleme sahiptir (ters puanlanan madde yoktur). Ölçeğin Deniz, Kesici ve Sümer (2008) Türkçeye uyarlanması çalışmasında güvenirlik (iç-tutarlılık) katsayısı (Cronbach Alfa) 0,89 ve test-tekrar test güvenirliği 0,83 olarak hesaplanmıştır.⁷⁰

Öz-Anlayış Ölçeğinin bu araştırma için güvenirliği Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanarak araştırılmıştır (Tablo 3).

Tablo-3 Öz-Anlayış Ölçeğine ilişkin güvenirlik analizi

Ölçek	Madde Sayısı	Güvenirlik (Cronbach's Alpha)	Katsayısı
Öz-Anlayış Ölçeği	24	0,870	

Öz-Anlayış Ölçeğinin 24 maddesi birlikte analize dahil edildiğinde genel güvenirlik katsayısının 0,870 olduğu bulunmuştur. Bu da Öz-Anlayış Ölçeğinin bu

⁷⁰ M. Engin Deniz vd., "The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Self-Compassion Scale", *Social Behavior And Personality*, 2008, Cilt: 36(9), 1151-1160, s. 1158.

araştırma için de kullanılabilirliğini ve güvenilirlik düzeyinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

3.3.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının, duygularını düzenlemek için kullandıkları bilişsel duygu düzenleme strateji düzeylerini ölçmek üzere Garnefski ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen ve Onat ve Otrar (2010) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan dokuz boyutlu Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması sürecinde araştırmacılar ölçeğin genel güvenilirlik katsayısını 0,784 ve test-tekrar-testte güvenilirlik katsayısı 1,00 olarak tespit etmişlerdir. 5'li Likert tipinde düzenlenen ölçeğin maddeleri, çalışmaya katılan bireyler tarafından 'Bana hiç uygun değil' (1) ile 'Bana tamamıyla uygun' (5) seçeneklerinden biri seçilerek değerlendirilmektedir. Ölçeğin toplam 36 maddesi olup dokuz alt boyuttan her birinde dört madde yer almaktadır. Bu durumda her boyuttan alınabilecek toplam puanlar 0 ile 20 arasında olabilmektedir. Alınan puanın yüksekliği o boyutun (stratejinin) ne derece kullanıldığını göstermektedir.⁷¹

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin bu çalışma için güvenilirliği bir madde analizi ile Cronbach Alfa katsayılarına bakılarak kontrol edilmiştir (Tablo 4).

Tablo-4 Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğine ilişkin güvenilirlik analizi

Boyut/Ölçek	Madde Sayısı	Güvenirlik Katsayısı (Cronbach's Alpha)
Kendini suçlama	4	0,720
Kabul	4	0,712
Ruminasyon	4	0,756
Olumlu yeniden odaklanma	4	0,820
Plan yapmaya yeniden odaklanma	4	0,844
Olumlu yeniden değerlendirme	4	0,731
Olayın değerini azaltma	4	0,650
Felaketleştirme	4	0,727
Diğerlerini suçlama	4	0,830
Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)	36	0,849

Dokuz alt boyuttan oluşan Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin bu çalışma için uygunluğunu görmek üzere yapılan güvenilirlik analizi sonucunda ölçeğin genel güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha) $\alpha=0,849$ olduğu bulunmuştur. Bu değer,

⁷¹ Oya Onat ve Mustafa Otrar, "Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışmaları", *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2010, Sayı:31, 123-143, s. 134

ölçeği oluşturan maddelerin arasında güvenilirliğin çok yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin güvenilirlik katsayıları ise 0,650 ile 0,844 arasında değişmektedir. Sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin güvenilirlik (iç-tutarlılık) düzeyinin bu çalışma için yeterli olduğu görülmektedir.

3.3.4. Beck Anksiyete Ölçeği

Çalışmada kullanılan üçüncü ve son ölçek, sağlık çalışanlarının genel anksiyete düzeylerini ölçmek üzere Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilen, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından ise Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlikleri çalışması yapılan Beck Anksiyete Ölçeğidir. 21 maddeden oluşan ölçek 4 dereceli likert olarak düzenlenmiş olup ölçeğin maddeleri, çalışmaya katılan bireyler tarafından 'Hiç' (0) ile 'Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım' (4) seçeneklerinden biri seçilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmekte olup, yüksek puan yüksek anksiyete düzeyini (şiddetini) göstermektedir.⁷²

Beck Anksiyete Ölçeğinin bu araştırma için güvenilirliği Cronbach's Alpha katsayısı hesaplanarak araştırılmıştır (Tablo 5).

Tablo-5 Beck Anksiyete Ölçeğine ilişkin güvenilirlik analizi

Ölçek	Madde Sayısı	Güvenirlik (Cronbach's Alpha)	Katsayısı
Beck Anksiyete Ölçeği	21	0,909	

Beck Anksiyete Ölçeğinin 21 maddesi birlikte analize dahil edildiğinde genel güvenilirlik katsayısının 0,909 olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, Beck Anksiyete Ölçeğinin bu araştırma için de kullanılabilirliğini ve yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

3.4. VERİLERİN ÇÖZÜMLENMESİ

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından, Kişisel Bilgi Formu, Öz-anlayış Ölçeği, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği ile toplanan verilerin tümü SPSS 20.0 for Windows programı ile istatistiksel çözümlenmeye tabi tutulmuştur.

⁷² Mustafa Ulusoy vd., "Turkish Version Of The Beck Anxiety Inventory Psychometric Properties", *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1998, Vol:12(2), 163-172, s. 167.

Analizler öncesi veriler ön incelemeden geçirilerek hatalı, eksik ve anketle belirlenen sınırlar dâhilinde olup olmadıkları kontrol edilmiştir. Yine araştırmanın belirlenen amaç ve alt amaçlarına bağlı olarak, istatistikî tekniklerin seçimi öncesi (parametrik/non-parametrik) demografik değişkenlerin gruplarının ölçek puanları üzerindeki normallik dağılımları Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenmiştir (Tablo 6).

Tablo-6 Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine bağlı olarak öz-anlayış, anksiyete düzeyleri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri puanları üzerindeki normallik dağılımlarına yönelik Kolmogorov-Smirnov testi

Değişken/ Ölçek	Öz- Anlayış Ölçeği	Beck Anksiyete	Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği								
			B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9
Cinsiyet	0,502	0,541	0,472	0,261	0,355	0,201	0,173	0,132	0,316	0,217	0,201
Yaş	0,000***	0,021*	0,019*	0,000***	0,021*	0,002**	0,019*	0,035*	0,012*	0,023*	0,032*
Meslek	0,017*	0,009**	0,042*	0,033*	0,006**	0,027*	0,015*	0,019*	0,016*	0,032*	0,007**
Medeni durum	0,506	0,417	0,453	0,428	0,574	0,405	0,306	0,317	0,353	0,328	0,474
Çocuk	0,006**	0,037*	0,023*	0,008**	0,033*	0,007**	0,014*	0,035*	0,016*	0,033*	0,024*
Aile tipi	0,022*	0,011*	0,040*	0,030*	0,010*	0,026*	0,025*	0,029*	0,012*	0,034*	0,027*
Evde diğer kalan	0,010*	0,002**	0,003**	0,041*	0,000***	0,021*	0,003**	0,019*	0,002**	0,036*	0,002**
Eğitim düzeyi	0,018*	0,014*	0,005**	0,021*	0,006**	0,024*	0,008**	0,029*	0,005**	0,036*	0,007**
Haftalık çalışma s.	0,401	0,302	0,385	0,451	0,356	0,281	0,478	0,139	0,316	0,347	0,222
Nöbet tutma	0,329	0,152	0,254	0,265	0,233	0,124	0,189	0,520	0,331	0,248	0,456
Çalışılan birim	0,002**	0,031*	0,029*	0,000***	0,031*	0,007**	0,011*	0,035*	0,014*	0,023*	0,022*
Kişisel kaygı/stres	0,016*	0,005**	0,012*	0,031*	0,000***	0,026*	0,013*	0,019*	0,004**	0,036*	0,006**
Ailede kaygı/stres	0,451	0,501	0,384	0,521	0,355	0,201	0,178	0,130	0,317	0,247	0,221

* $p < .05$, ** $p < .01$, $p < .001$

B1: Kendini suçlama

B2: Kabul

B3: Ruminasyon

B4: Olumlu yeniden odaklanma

B5: Plan yapmaya yeniden odaklanma

B6: Olumlu yeniden değerlendirme

B7: Olayın değerini azaltma

B8: Felaketleştirme

B9: Diğerlerini suçlama

Test sonucu anlamlı değilse ($p > .05$) bu verilerin dağılımının normal olduğunu, anlamlı ise ($p < .05$) verilerin dağılımının normal olmadığını göstermektedir (Field, 2009, s.144). Tablo 6'dan da görüleceği gibi araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyeti, medeni durumu, haftalık çalışma saatleri, nöbet tutma durumu ve ailede kaygı/stres olma değişkenleri her iki ölçek ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin tüm alt boyut puanları üzerindeki dağılımları normallik gösterirken ($p > .05$), diğer değişkenler normallik dağılımı göstermemektedir ($p < .05$). Normallik dağılımına ilişkin yapılan Kolmogorov-

Smirnov (KS) testi sonrası, araştırmanın amacına bağlı olarak aşağıdaki analizler yapılmıştır;

1. Sağlık çalışanlarının, öz-anlayış, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve anksiyete düzeylerini araştırmak üzere, ölçek ve alt boyutlarına ilişkin puanların ortalaması (\bar{X}) ve standart sapma (ss) değerleri hesaplanmıştır.
2. Sağlık çalışanlarının, cinsiyete, medeni duruma ve nöbet tutuma durumlarına bağlı olarak, öz-anlayış, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığını araştırmak üzere bağımsız/ilişkisiz gruplar t-testi uygulanmıştır.
3. Sağlık çalışanlarının, haftalık çalışma saati ve ailede kaygı/stres düzeylerine bağlı olarak, öz-anlayış, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığını araştırmak üzere tek-yönlü varyans analizi (one-way ANOVA) uygulanmıştır. Anlamlı fark bulunduğu durumda ise hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu araştırmak üzere post-hoc Scheffe testi yapılmıştır.
4. Sağlık çalışanlarının, yaş, evde kalan kişi sayısı, aile tipi, eğitim düzeyi, meslek, çalışılan birim ve kişisel kaygı/stres düzeylerine bağlı olarak, öz-anlayış, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığını araştırmak üzere (normallik varsayımı sağlanamadığından) Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır. Anlamlı fark bulunduğu durumda ise hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu araştırmak üzere post-hoc Mann-Whitney U testi yapılmıştır.
5. Sağlık çalışanlarının, çocuk olup olmamasına bağlı olarak, öz-anlayış, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı fark olup olmadığını araştırmak üzere (normallik varsayımı sağlanamadığından) non-parametrik bağımsız gruplar Mann-Whitney testi uygulanmıştır.
6. Sağlık çalışanlarının, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve öz-anlayış düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkileri araştırmak üzere ise Pearson momentler çarpımı korelasyonu katsayıları hesaplanmıştır.

Yapılan tüm istatistiksel hesaplamalarda temel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bu bölümde, sağlık çalışanlarının, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ve öz-anlayış düzeylerinin anksiyete ile arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yapılan istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgu ve yorumlara yer verilmiştir.

Analiz bulguları, araştırmanın belirlenen amaçlarına uygun olarak bir sıra halinde yorumları ile birlikte sunulmuştur. Bu bölümde önce, sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin öz-anlayış düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediği, sonra öz-anlayış düzeylerine göre bilişsel duygu düzenleme stratejilerinde farklılaşma olup olmadığı, daha sonra ise öz-anlayış, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve anksiyete düzeylerinin bazı demografik özelliklerine göre farklılaşma gösterip göstermediği incelenmiş en son ise sağlık çalışanlarının, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ve öz-anlayış düzeylerinin anksiyete ile arasında anlamlı ilişki olup olmadığı araştırılmıştır.

4.1. ÖZ ANLAYIŞ DÜZEYLERİNE (DÜŞÜK, ORTA, YÜKSEK) GÖRE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ FARKLARA İLİŞKİN BULGULAR

24 madde ve tek boyutlu bir yapıda olan Öz-Anlayış Ölçeğinde maddeler 5'li Likert tipinde düzenlenmiş olan ölçeğin maddeleri, çalışmaya katılan bireyler tarafından 'Hemen hemen hiçbir zaman' (1) ile 'Hemen hemen her zaman' (5) seçeneklerinden biri seçilerek değerlendirilmektedir. Ölçek toplam puanları en az 24 ve en çok 120 olabilmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının ölçekten aldıkları puanlara ilişkin tanımlayıcı istatistikler aşağıda, Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo-7 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler (N=150)

Ölçek	Min.	Maks.	\bar{X}	Ss
Öz-Anlayış Ölçeği	24,00	114,00	77,21	15,65

Tablodan görüleceği üzere, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerine ilişkin ortalama puan $77,21 \pm 15,65$ olarak hesaplanmıştır. Ortalama puanın bir standart sapma altı ve üstü hesaplandığında; 61,55 ve alt 'düşük'; 61,56-92,87 arası 'orta'; 92,88 ve üstü puan ise 'yüksek' öz-anlayış olarak düzenlenebilir. Bu puanlara bağlı olarak, sağlık çalışanlarının düşük, orta ve yüksek öz-anlayış düzeylerine ilişkin dağılım aşağıdaki gibi bulunmuştur (Tablo 8).

Tablo-8 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerine ilişkin grupların frekans ve yüzde dağılımları (N=150)

Öz-Anlayış Düzeyi	F	%
Düşük	19	12,7
Orta	102	68,0
Yüksek	29	19,3

Ortalama puan 77,21 ve standart sapma değeri 15,65 olduğunda araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %12,7'sinin düşük, %68,0'inin orta ve kalan %19,3'ünün öz-anlayış değerinin yüksek derecede/düzeyde olduğu görülmektedir. Katılımcıların, anksiyete düzeylerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler ise aşağıda, Tablo 9'a özetlenmiştir.

Tablo-9 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler (N=150)

Ölçek	Min.	Maks.	\bar{X}	Ss
Beck Anksiyete Ölçeği	0,00	43,00	13,64	10,96

21 maddeden oluşan ölçek 4 dereceli likert olarak düzenlenmiş olup ölçeğin maddeleri, çalışmaya katılan bireyler tarafından 'Hiç' (0) ile 'Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım' (4) seçeneklerinden biri seçilerek değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmekte olup, yüksek puan

yüksek anksiyete düzeyini (şiddetini) göstermektedir. Tablo 9'dan da görüldüğü üzere, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının anksiyete puanları 0 ile 43 arasında değişmekte olup ortalama puanları $13,64 \pm 10,96$ olarak hesaplanmıştır. Bu değer, genel olarak, araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin çok yüksek olmadığını göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin öz-anlayış düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediği aşağıda incelenmiştir (Tablo 10).

Tablo-10 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin (puanlarının) öz-anlayış düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut/Ölçek	Öz-Anlayış Düzeyi	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark	
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	p		
Beck Anksiyete	Düşük (1)	19	102,42	14,39	2	0,001**	1 ile 2, 3	
	Orta (2)	102	76,56					2 ile 3
	Yüksek (3)	29	54,14					

**p<.01

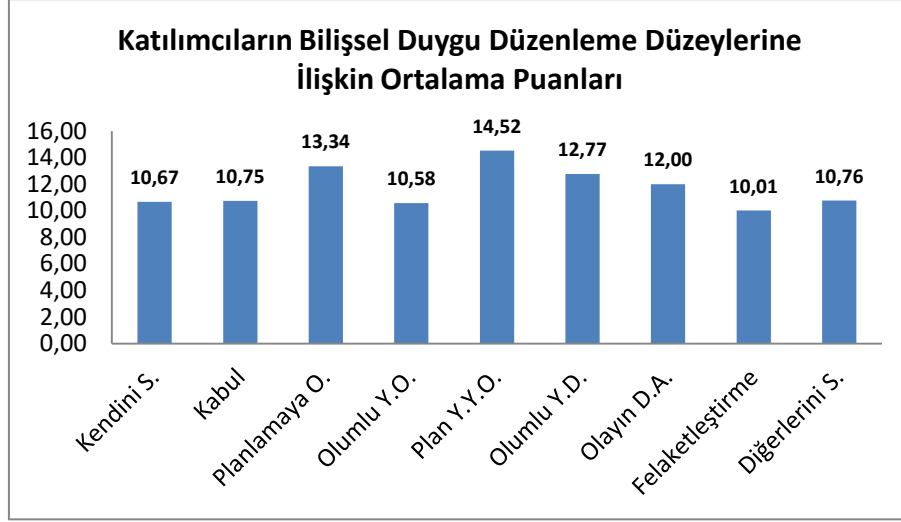
Sağlık çalışanlarının, öz-anlayış düzeylerine (düşük, orta ve yüksek) göre anksiyete düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olup olmadığı non-parametrik Kruskal-Wallis testi ile incelenmiştir (Tablo 13). Buna göre sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin, öz-anlayış düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(2)}=14,39$ ve $p<.01$]. Hangi öz-anlayış düzeyi grupları arasında sağlık çalışanlarının anksiyete puanlarının farklılaştığını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; öz-anlayış düzeyi 'düşük' olan çalışanların (Grup 1) anksiyete düzeyleri diğer çalışanlardan (Grup 2 ve 3) daha yüksektir. Bundan başka, öz-anlayış düzeyi 'orta' olan çalışanların da (Grup 2) anksiyete düzeyleri, öz-anlayış düzeyi 'yüksek' olan çalışanlardan (Grup 2) daha yüksektir (Sıra Ortalaması Düşük=102,56; Sıra Ortalaması Orta=76,56 ve Sıra Ortalaması Yüksek=54,12).

4.2. ÖZ ANLAYIŞ DÜZEYLERİNE (DÜŞÜK, ORTA, YÜKSEK) GÖRE SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BİLİŞSEL DUYGU STRATEJİLERİNİ KULLANMA DÜZEYLERİ ARASINDAKİ FARKLARA İLİŞKİN BULGULAR

Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin toplam 36 maddesi olup dokuz alt boyutun her birinde dört madde yer almaktadır. Bu durumda her boyuttan alınabilecek toplam puanlar 0 ile 20 arasında olabilmektedir. Alınan puanın yüksekliği o boyutun (stratejinin) birey tarafından ne derece kullanıldığını göstermektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden aldıkları puanlara ait tanımlayıcı istatistikler aşağıda, Tablo 11 ve Şekil 1’de sunulmuştur.

Tablo-11 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler (N=150)

Bilişsel Duygu Düzenleme Boyutu	Min.	Maks.	\bar{X}	Ss
Kendini suçlama	4,00	20,00	10,67	3,49
Kabul	4,00	20,00	10,75	3,64
Ruminasyon	4,00	20,00	13,34	3,84
Olumlu yeniden odaklanma	4,00	20,00	10,58	3,87
Plan yapmaya yeniden odaklanma	4,00	20,00	14,52	4,17
Olumlu yeniden değerlendirme	5,00	20,00	12,77	3,73
Olayın değerini azaltma	4,00	20,00	12,00	3,17
Felaketleştirme	4,00	20,00	10,01	3,48
Diğerlerini suçlama	4,00	20,00	10,76	4,20



Şekil-4: Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerine ilişkin ortalama puanlar

Tablodan ve Şekil 1'den takip edileceği üzere, sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerini gösterir ortalama puanlar 10,01 ile 14,52 arasında değerler almaktadır. Genel olarak, sağlık çalışanlarının çok yüksek düzeyde olmasa da bilişsel duygu düzenleme stratejilerini farklı düzeylerde kullandıkları görülmektedir. En düşük kullanılan stratejiden en çok kullanılan stratejiye doğru sıralama yapmak gerekirse;

1. Felaketleştirme (10,01±3,48)
2. Olumlu yeniden odaklanma (10,58±3,87)
3. Kendini suçlama (10,67±3,49)
4. Kabul (10,75±3,64)
5. Diğerlerini suçlama (10,76±4,20)
6. Olayın değerini azaltma (12,00±3,17)
7. Olumlu yeniden değerlendirme (12,77±3,73)
8. Ruminasyon (13,34±3,84)
9. Plan yapmaya yeniden odaklanma (14,52±4,17)

Öz anlayış düzeylerine (düşük, orta, yüksek) göre sağlık çalışanlarının bilişsel duygu stratejilerini kullanma düzeyleri arasında anlamlı farklar olup olmadığı aşağıda, Tablo 12'de özetlenmiştir.

Tablo-12 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinin (puanlarının) öz-anlayış düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut/Ölçek	Öz-Anlayış Düzeyi	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis testi			H Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	p	
Kendini suçlama	Düşük (1)	19	95,55	4,70	2	0,095	-
	Orta (2)	102	72,86				
	Yüksek (3)	29	71,66				
Kabul	Düşük (1)	19	69,58	3,43	2	0,180	-
	Orta (2)	102	79,86				
	Yüksek (3)	29	64,03				
Ruminasyon	Düşük (1)	19	71,82	0,42	2	0,809	-
	Orta (2)	102	75,00				
	Yüksek (3)	29	79,69				
Olumlu yeniden odaklanma	Düşük (1)	19	54,74	12,56	2	0,002**	3 ile 1, 2
	Orta (2)	102	72,97				
	Yüksek (3)	29	98,02				
Plan yapmaya yeniden odaklanma	Düşük (1)	19	43,97	14,52	2	0,001**	3 ile 1, 2
	Orta (2)	102	76,61				
	Yüksek (3)	29	92,24				
Olumlu yeniden değerlendirme	Düşük (1)	19	38,89	21,61	2	0,000***	3 ile 1, 2
	Orta (2)	102	75,85				
	Yüksek (3)	29	98,24				
Olayın değerini azaltma	Düşük (1)	19	53,50	7,33	2	0,026*	1 ile 3
	Orta (2)	102	76,08				
	Yüksek (3)	29	87,88				
Felaketlenme	Düşük (1)	19	101,84	10,84	2	0,004**	1 ile 2, 3
	Orta (2)	102	65,04				
	Yüksek (3)	29	59,86				
Diğerlerini suçlama	Düşük (1)	19	65,89	1,15	2	0,562	-
	Orta (2)	102	76,33				
	Yüksek (3)	29	78,88				

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

Öz anlayış düzeylerine (düşük, orta, yüksek) göre sağlık çalışanlarının bilişsel duygu stratejilerini kullanma düzeyleri arasında anlamlı farklar olup olmadığı non-parametrik Kruskal-Wallis testi ile incelenmiş ve öz-anlayışın, ölçeğin beş alt boyutu (olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, olayın değerini azaltma ve felaketleştirme) bakımından anlamlı bir farklılaşmaya neden olduğu bulunmuştur (Tablo 12). Farklılaşma bulunan boyutlara bakıldığında;

Sağlık çalışanlarının, *olumlu yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeylerinin, öz-anlayış düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(2)}=12,56$ ve $p<.01$]. Hangi öz-anlayış düzeyi grupları arasında sağlık çalışanlarının *olumlu yeniden odaklanma* stratejisini kullanma puanlarının farklılaştığını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; öz-anlayış düzeyi 'yüksek' olan çalışanların (Grup 3) *olumlu yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeyleri diğer çalışanlardan (Grup 1 ve 2) daha yüksektir. Ayrıca, öz-anlayış düzeyi 'orta' olan çalışanların da (Grup 2) *olumlu yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeyleri, öz-anlayış düzeyi 'düşük' olan çalışanlardan (Grup 1) daha yüksektir (Sıra Ortalaması $Düşük=54,74$; Sıra Ortalaması $Orta=72,97$ ve Sıra Ortalaması $Yüksek=98,02$).

Sağlık çalışanlarının, *plan yapmaya yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeylerinin de öz-anlayış düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(2)}=14,52$ ve $p<.01$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; öz-anlayış düzeyi 'yüksek' olan çalışanların (Grup 3) *plan yapmaya yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeyleri diğer çalışanlardan (Grup 1 ve 2) daha yüksektir. Ayrıca, öz-anlayış düzeyi 'orta' olan çalışanların da (Grup 2) *plan yapmaya yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeyleri, öz-anlayış düzeyi 'düşük' olan çalışanlardan (Grup 1) daha yüksektir (Sıra Ortalaması $Düşük=43,97$; Sıra Ortalaması $Orta=76,61$ ve Sıra Ortalaması $Yüksek=92,24$).

Sağlık çalışanlarının, *olumlu yeniden değerlendirme* stratejisini kullanma düzeylerinin de öz-anlayış düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(2)}=21,61$ ve $p<.001$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; öz-anlayış düzeyi 'yüksek' olan çalışanların (Grup 3) *olumlu yeniden değerlendirme* stratejisini kullanma düzeyleri diğer çalışanlardan (Grup 1 ve 2) daha yüksektir. Ayrıca, öz-anlayış düzeyi 'orta' olan çalışanların da (Grup 2) *olumlu yeniden değerlendirme* stratejisini kullanma düzeyleri, öz-anlayış düzeyi 'düşük' olan

çalışanlardan (Grup 1) daha yüksektir (Sıra Ortalaması $Düşük=38,89$; Sıra Ortalaması $Orta=75,85$ ve Sıra Ortalaması $Yüksek=98,24$).

Sağlık çalışanlarının, *olayın değerini azaltma* stratejisini kullanma düzeylerinin de öz-anlayış düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(2)}=7,33$ ve $p<.05$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; öz-anlayış düzeyi 'yüksek' olan çalışanların (Grup 3) *olayın değerini azaltma* stratejisini kullanma düzeyleri, öz-anlayış düzeyi 'düşük' olan çalışanlardan (Grup 1) daha yüksektir (Sıra Ortalaması $Düşük=53,50$; Sıra Ortalaması $Yüksek=87,88$).

Sağlık çalışanlarının, *felaketleştirme* stratejisini kullanma düzeylerinin de öz-anlayış düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(2)}=10,84$ ve $p<.01$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; öz-anlayış düzeyi 'düşük' olan çalışanların (Grup 1) *felaketleştirme* stratejisini kullanma düzeyleri diğer çalışanlardan (Grup 2 ve 3) daha yüksektir (Sıra Ortalaması $Düşük=101,84$; Sıra Ortalaması $Orta=65,04$ ve Sıra Ortalaması $Yüksek=59,86$).

Sağlık Çalışanlarının Öz Anlayış Düzeylerinin Bazı Demografik Özelliklere Göre Farklılaşma Gösterip Göstermediğine İlişkin Bulgular

Tablo-13 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi (N=150)

Ölçek	Cinsiyet	Tanımlayıcı İstatistikler			t-test		
		n	\bar{X}	Ss	t	Sd	p
Öz-Anlayış	Kadın	92	76,64	17,02	0,56	148	0,579
	Erkek	58	78,10	13,29			

* $p<.05$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine bağlı olarak öz-anlayış düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$) (Tablo 13). Kadın ve erkek sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri birbirine benzerdir (fark yoktur).

Tablo-14 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin yaşa göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Yaş	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	p	
Öz-Anlayış	18-24 yaş (1)	58	67,55	3,66	2	0,161	-
	25-35 yaş (2)	71	82,23				
	36-45 yaş (3)	21	74,69				

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının yaşına bağlı olarak da öz-anlayış düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>.05) (Tablo 14). Farklı yaş gruplarında yer alan sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo-15 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin mesleğe göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Meslek	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	p	
Öz-Anlayış	Anestezist (1)	22	76,93	10,72	6	0,097	-
	Biyolog (2)	27	75,72				
	Doktor (3)	19	78,95				
	Hemşire (4)	28	64,63				
	Laborant (5)	24	78,40				
	Paramedik (6)	15	81,40				
	Tıbbi Sekreter (7)	15	73,53				

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının mesleklerine bağlı olarak da öz-anlayış düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$) (Tablo 15). Farklı mesleklere sahip sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo-16 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin medeni duruma göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi (N=150)

Ölçek	Medeni durum	Tanımlayıcı İstatistikler			t-test		
		n	\bar{X}	Ss	t	sd	P
Öz-Anlayış	Evli	43	74,02	17,02	1,59	148	0,115
	Bekar	107	78,49	14,97			

* $p<.05$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre öz-anlayış düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$) (Tablo 16). Evli ve bekar sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri birbirine benzerdir (fark yoktur).

Tablo-17 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin çocuk olmasına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Mann-Whitney testi (N=150)

Ölçek	Çocuk	Tanımlayıcı İstatistikler			Mann-Whitney U	
		N	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	U	P
Öz-Anlayış	Var	28	74,61	2089,00	1683,00	0,904
	Yok	122	75,70	9236,00		

* $p<.05$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çocuklarının olması durumuna göre de öz-anlayış düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$) (Tablo 17). Çocuğu olan ve olmayan sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri birbirine benzerdir (fark yoktur).

Tablo-18 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin aile tiplerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Aile tipi	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		n	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Öz-Anlayış	Çekirdek aile (1)	129	75,17	0,78	2	0,678	-
	Geniş aile (2)	17	81,41				
	Parçalanmış aile (3)	4	60,88				

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının aile tiplerine bağlı olarak da öz-anlayış düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>.05) (Tablo 18). Farklı aile tiplerine sahip sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo-19 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin evde birlikte yaşadığı kişi sayısına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Evde diğer kalan	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		n	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Öz-Anlayış	Başka kimse yok (1)	10	62,00	2,17	3	0,538	-
	1-2 kişi (2)	52	76,69				
	3-4 kişi (3)	66	79,17				
	5 kişi ve üstü (4)	22	67,80				

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının evde birlikte yaşadığı kişi sayısına bağlı olarak da öz-anlayış düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>.05) (Tablo 19). Evde farklı sayıda kişi ile yaşayan sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo-20 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Eğitim durumu	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Öz- Anlayış	Lise (1)	8	40,38	17,11	5	0,005**	1 ile diğerleri
	SML (2)	7	76,14				
	Ön Lisans (3)	39	77,42				
	Lisans (4)	53	72,39				
	Yüksek Lisans (5)	24	78,54				
	Tıp Fakültesi (6)	19	84,95				

**p<.01

Sağlık çalışanlarının, öz-anlayış puanlarının eğitim düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$\chi^2_{(5)}=17,11$ ve $p<.01$] (Tablo 20). Hangi eğitim grupları arasında anlamlı fark olduğunu bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; lise mezunu sağlık çalışanlarının (Grup 1) öz-anlayış düzeyleri, diğer tüm çalışanlardan daha düşüktür (Sıra Ortalaması_{Lise}=40,38; Sıra Ortalaması_{SML}=76,14; Sıra Ortalaması_{Ön Lisans}=77,42; Sıra Ortalaması_{Lisans}=72,39; Sıra Ortalaması_{Yüksek Lisans}=78,54 ve Sıra Ortalaması_{Tıp Fakültesi}=84,95).

Tablo-21 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin haftalık çalışma süresine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair ANOVA testi (N=150)

Ölçek	Haftalık çalışma süresi	Tanımlayıcı İstatistikler			ANOVA		Anlamlı Fark
		N	\bar{X}	Ss	F	P	
Öz- Anlayış	40 ≤ saat (1)	60	78,22	15,47	0,26	0,771	-
	41-50 saat (2)	40	75,93	16,31			
	51 ≥ saat (3)	50	77,02	15,57			

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresine bağlı olarak öz-anlayış düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$) (Tablo 21). Farklı sürelerde çalışan sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo-22 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin nöbet tutma durumuna göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi (N=150)

Ölçek	Nöbet tutma	Tanımlayıcı İstatistikler			t-test		
		n	\bar{X}	Ss	t	Sd	P
Öz-Anlayış	Evet	94	77,59	15,64	0,38	148	0,703
	Hayır	56	76,57	15,80			

* $p<.05$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının nöbet tutma durumlarına bağlı da olarak öz-anlayış düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$) (Tablo 22). Nöbet tutan ve tutmayan sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

Tablo-23 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin çalıştıkları birime göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Çalışılan birim	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis testi			H Anlamlı Fark
		n	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Öz-Anlayış	112 Servisi (1)	16	88,78	18,79	11	0,065	-
	Acil Servis (2)	4	82,38				
	Ameliyathane (3)	19	70,26				
	Dahiliye Servisi (4)	6	91,33				
	GKD Cerrahisi (5)	8	58,50				
	Kadın Doğum Servisi (6)	10	85,95				
	Kan Bankası (7)	18	74,08				
	KBB (8)	5	83,00				
	Laboratuar (9)	32	88,03				
	Mikrobiyoloji (10)	7	71,71				
	Yoğun Bakım Servisi (11)	9	62,72				
	Diğer (12)	16	79,53				

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının görev yaptıkları birime bağlı olarak öz-anlayış düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>.05) (Tablo 23). Farklı birimlerde görev yapan sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur

Tablo-24 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış puanlarının kendi kaygı ve stres düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut/Ölçek	Kaygı ve stres düzeyi	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis testi			H Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Öz-Anlayış	Yüksek değil (1)	25	88,98	9,89	2	0,013*	1, 2 ile 3
	Kısmen yüksek (2)	55	85,26				
	Yüksek (3)	70	62,59				

*p<.05

Sağlık çalışanlarının, öz-anlayış puanlarının kaygı ve stres düzeylerine ilişkin algılarına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(2)}=9,89$ ve $p<.05$] (Tablo 24). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; kaygı ve stres düzeyinin yüksek olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının (Grup 3) öz-anlayış düzeyleri, diğer çalışanlardan daha düşüktür (Sıra Ortalaması $Kaygı/Stres$ yüksek değil=88,98; Sıra Ortalaması $Kaygı/Stres$ kısmen yüksek=85,26 ve Sıra Ortalaması $Kaygı/Stres$ yüksek=62,59). Başka bir deyişle, kaygı/stres düzeyi düşük olanların öz-anlayış düzeyleri daha yüksektir.

Tablo-25 Sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeylerinin ailedeki bireylerin kaygı/stres düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair ANOVA testi (N=150)

Ölçek	Ailede kaygı ve stres	Tanımlayıcı İstatistikler			ANOVA		Anlamlı Fark
		N	\bar{X}	Ss	F	P	
Öz-Anlayış	Yüksek değil (1)	37	80,41	15,39	2,11	0,125	-
	Kısmen yüksek (2)	63	74,25	14,27			
	Yüksek (3)	50	78,56	17,11			

* $p<.05$

Sağlık çalışanlarının, öz-anlayış puanlarının, ailedeki bireylerin kaygı ve stres düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı bulunmuştur ($p>.05$) (Tablo 25).

4.3. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN BAZI DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE FARKLILAŞMA GÖSTERİP GÖSTERMEDİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, cinsiyetlerine bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olup olmadığı bağımsız (ilişkisiz) gruplar t-testiyle incelenmiş ve cinsiyetin sadece iki boyut bakımından anlamlı farka neden olduğu bulunmuştur (Tablo 26). Buna göre;

Tablo-26 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin cinsiyete göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi (N=150)

Ölçek	Cinsiyet	Tanımlayıcı İstatistikler			t-test		
		N	\bar{X}	Ss	T	Sd	P
Kendini suçlama	Kadın	92	11,46	3,71	3,60	148	0,000***
	Erkek	58	9,43	2,70			
Kabul	Kadın	92	11,04	3,91	1,23	148	0,220
	Erkek	58	10,29	3,13			
Ruminasyon	Kadın	92	13,71	3,76	1,48	148	0,142
	Erkek	58	12,76	3,94			
Olumlu odaklanma	yeniden Kadın	92	10,54	3,84	,15	148	0,885
	Erkek	58	10,64	3,95			
Plan yapmaya yeniden odaklanma	Kadın	92	14,51	4,07	0,03	148	0,973
	Erkek	58	14,53	4,37			
Olumlu değerlendirme	yeniden Kadın	92	13,01	3,65	0,98	148	0,328
	Erkek	58	12,40	3,85			
Olayın azaltma	değerini Kadın	92	12,53	3,24	2,64	148	0,009**
	Erkek	58	11,16	2,90			
Felaketleştirme	Kadın	92	10,14	3,95	0,60	148	0,552
	Erkek	58	9,79	2,56			
Diğerlerini suçlama	Kadın	92	11,00	4,26	0,88	148	0,380
	Erkek	58	10,38	4,11			

p<.01, *p<.001

Kadın ve erkek sağlık çalışanlarının, *kendini suçlama* stratejisini kullanma düzeyleri (puanları) arasında anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın kadın çalışanlar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(148)}=3,60$ ve $p<.001$]. Cinsiyete bağlı olarak grupların ortalama puanları incelendiğinde, kadın sağlık çalışanlarının *kendini suçlama*

stratejisini erkeklerden daha çok kullandıkları görülmektedir ($\bar{X}_{\text{Kadın}}=11,46$ ve $\bar{X}_{\text{Erkek}}=9,43$).

Kadın ve erkek sağlık çalışanlarının, *olayın değerini azaltma* stratejisini kullanma düzeyleri (puanları) arasında da anlamlı bir fark olduğu ve bu farkın yine kadın çalışanlar lehine olduğu bulunmuştur [$t_{(148)}=2,64$ ve $p<.01$]. Kadın sağlık çalışanları, *olayın değerini azaltma* stratejisini erkeklerden daha çok kullanmaktadır ($\bar{X}_{\text{Kadın}}=12,53$ ve $\bar{X}_{\text{Erkek}}=11,16$).



Tablo-27 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin yaşa göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Yaş	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	p	
Kendini suçlama	18-24 yaş (1)	58	79,00	0,66	2	0,718	-
	25-35 yaş (2)	71	72,79				
	36-45 yaş (3)	21	75,00				
Kabul	18-24 yaş (1)	58	81,17	6,40	2	0,047*	1 ile 3
	25-35 yaş (2)	71	76,69				
	36-45 yaş (3)	21	55,81				
Ruminasyon	18-24 yaş (1)	58	74,71	0,89	2	0,642	-
	25-35 yaş (2)	71	78,27				
	36-45 yaş (3)	21	68,33				
Olumlu yeniden odaklanma	18-24 yaş (1)	58	73,61	2,82	2	0,245	-
	25-35 yaş (2)	71	72,70				
	36-45 yaş (3)	21	90,17				
Plan yapmaya yeniden odaklanma	18-24 yaş (1)	58	70,88	1,38	2	0,502	-
	25-35 yaş (2)	71	77,07				
	36-45 yaş (3)	21	82,95				
Olumlu yeniden değerlendirme	18-24 yaş (1)	58	70,89	2,45	2	0,294	-
	25-35 yaş (2)	71	75,53				
	36-45 yaş (3)	21	88,14				
Olayın değerini azaltma	18-24 yaş (1)	58	80,45	1,28	2	0,528	-
	25-35 yaş (2)	71	72,85				
	36-45 yaş (3)	21	70,81				
Felaketleştirme	18-24 yaş (1)	58	71,75	4,90	2	0,086	-
	25-35 yaş (2)	71	82,89				
	36-45 yaş (3)	21	60,88				
Diğerlerini suçlama	18-24 yaş (1)	58	67,02	3,72	2	0,156	-
	25-35 yaş (2)	71	80,18				
	36-45 yaş (3)	21	83,10				

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, yaşlarına bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olup olmadığı non-parametrik Kruskal-Wallis testiyle incelenmiş ve yaşın sadece *kabul* boyutu bakımından anlamlı bir farka neden olduğu bulunmuştur [$X^2_{(2)}=6,40$ ve $p<.05$] (Tablo 27). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; 18-24 yaş grubunda bulunan sağlık çalışanları (Grup 1) *kabul* stratejisini 36-45 yaş grubundakilerden (Grup 3) daha çok kullanmaktadır (Sıra Ortalaması $_{18-24\text{ yaş}}=81,17$ ve Sıra Ortalaması $_{36-45\text{ yaş}}=55,81$).

Tablo-28 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin mesleğe göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Meslek	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis testi			H Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X^2	sd	P	
Kendini suçlama	Anestezist (1)	22	81,50	11,73	6	0,068	-
	Biyolog (2)	27	87,30				
	Doktor (3)	19	75,32				
	Hemşire (4)	28	85,07				
	Laborant (5)	24	70,13				
	Paramedik (6)	15	81,47				
	Tıbbi Sekreter (7)	15	65,80				
Kabul	Anestezist (1)	22	83,59	11,36	6	0,078	-
	Biyolog (2)	27	89,09				
	Doktor (3)	19	73,18				
	Hemşire (4)	28	65,20				
	Laborant (5)	24	78,58				
	Paramedik (6)	15	86,53				
	Tıbbi Sekreter (7)	15	70,70				

Tablo-28 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin mesleğe göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Meslek	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis testi			H Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	χ^2	sd	P	
Ruminasyon	Anestezist (1)	22	68,82	17,25	6	0,008**	2, 3 ile 1, 5, 7
	Biyolog (2)	27	99,93				
	Doktor (3)	19	87,08				
	Hemşire (4)	28	75,71				
	Laborant (5)	24	59,00				
	Paramedik (6)	15	72,70				
	Tıbbi Sekreter (7)	15	55,47				
Olumlu odaklanma	Anestezist (1)	22	61,84	8,49	6	0,204	-
	Biyolog (2)	27	84,98				
	Doktor (3)	19	64,18				
	Hemşire (4)	28	67,89				
	Laborant (5)	24	89,46				
	Paramedik (6)	15	81,10				
	Tıbbi Sekreter (7)	15	79,07				
Plan yapmaya yeniden odaklanma	Anestezist (1)	22	62,66	18,76	6	0,005**	2, 3 ile 1, 6, 7
	Biyolog (2)	27	97,61				
	Doktor (3)	19	98,26				
	Hemşire (4)	28	73,52				
	Laborant (5)	24	72,96				
	Paramedik (6)	15	61,83				
	Tıbbi Sekreter (7)	15	65,80				
Olumlu yeniden odaklanma	Anestezist (1)	22	68,59	6,55	6	0,091	-

Tablo-28 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin mesleğe göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Meslek	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis testi			H Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	χ^2	sd	P	
değerlendirme	Biyolog (2)	27	76,30	4,68	6	0,586	-
	Doktor (3)	19	69,97				
	Hemşire (4)	28	63,21				
	Laborant (5)	24	76,50				
	Paramedik (6)	15	78,43				
	Tıbbi Sekreter (7)	15	69,60				
	Olayın azaltma değerini	Anestezist (1)	22				
	Biyolog (2)	27	83,83				
	Doktor (3)	19	73,37				
	Hemşire (4)	28	75,11				
	Laborant (5)	24	79,00				
	Paramedik (6)	15	83,83				
	Tıbbi Sekreter (7)	15	57,53				

*p<.05, **p<.01

Tablo-28 (Devam) Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin mesleğe göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Meslek	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Felaketleştirme (1)	Anestezi (1)	22	77,61	13,41	6	0,037*	3 ile 6
	Biyolog (2)	27	76,15				
	Doktor (3)	19	50,58				
	Hemşire (4)	28	79,73				
	Laborant (5)	24	74,19				
	Paramedik (6)	15	96,37				
	Tıbbi Sekreter (7)	15	74,13				
Diğerlerini suçlama	Anestezi (1)	22	77,25	4,37	6	0,094	-
	Biyolog (2)	27	79,43				
	Doktor (3)	19	69,42				
	Hemşire (4)	28	69,11				
	Laborant (5)	24	66,40				
	Paramedik (6)	15	66,10				
	Tıbbi Sekreter (7)	15	67,47				

* $p < .05$, ** $p < .01$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, mesleklerine bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olup olmadığı non-parametrik Kruskal-Wallis testiyle incelenmiş ve mesleğin, *ruminasyon*, *plan yapmaya yeniden odaklanma* ve *felaketleştirme* boyutları bakımından anlamlı bir farka neden olduğu bulunmuştur (Tablo 28). Buna göre;

Sağlık çalışanlarının, *ruminasyon* stratejisini kullanma düzeylerinin mesleklerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$\chi^2_{(5)}=17,25$ ve $p<.01$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; biyolog ve doktorların (Grup 2 ve 3), *ruminasyon* stratejisini kullanma düzeyleri, anesteziist, laborant ve tıbbi sekreterlerden (Grup 1, 5 ve 7) daha yüksektir (Sıra Ortalaması $_{Anesteziist}=68,62$; Sıra Ortalaması $_{Biyolog}=99,93$; Sıra Ortalaması $_{Doktor}=87,08$; Sıra Ortalaması $_{Laborant}=59,00$; Sıra Ortalaması $_{Tıbbi\ sekreter}=55,47$).

Sağlık çalışanlarının, *plan yapmaya yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeylerinin mesleklerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$\chi^2_{(5)}=18,76$ ve $p<.01$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; biyolog ve doktorların (Grup 2 ve 3), *plan yapmaya yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeyleri, anesteziist, paramedik ve tıbbi sekreterlerden (Grup 1, 6 ve 7) daha yüksektir (Sıra Ortalaması $_{Anesteziist}=62,66$; Sıra Ortalaması $_{Biyolog}=97,61$; Sıra Ortalaması $_{Doktor}=98,26$; Sıra Ortalaması $_{Paramedik}=61,83$; Sıra Ortalaması $_{Tıbbi\ sekreter}=65,80$).

Sağlık çalışanlarının, *felaketleştirme* stratejisini kullanma düzeylerinin mesleklerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$\chi^2_{(5)}=13,41$ ve $p<.05$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; paramediklerin (Grup 6), *felaketleştirme* stratejisini kullanma düzeyleri, doktorlardan (Grup 3) daha yüksektir (Sıra Ortalaması $_{Doktor}=50,58$; Sıra Ortalaması $_{Paramedik}=96,37$).

Tablo-29 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin medeni duruma göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi (N=150)

Ölçek	Medeni durum	Tanımlayıcı İstatistikler			t-test		
		N	\bar{X}	Ss	t	Sd	P
Kendini suçlama	Evli	43	10,86	3,53	0,42	148	0,678
	Bekar	107	10,60	3,48			
Kabul	Evli	43	10,47	3,63	-0,61	148	0,540
	Bekar	107	10,87	3,65			
Ruminasyon	Evli	43	12,95	4,46	-0,78	148	0,437
	Bekar	107	13,50	3,58			
Olumlu odaklanma	yeniden Evli	43	10,81	4,24	0,47	148	0,641
	Bekar	107	10,49	3,73			
Plan yapmaya yeniden odaklanma	Evli	43	14,35	4,02	-0,32	148	0,751
	Bekar	107	14,59	4,25			
Olumlu değerlendirme	yeniden Evli	43	12,77	3,38	-0,01	148	0,990
	Bekar	107	12,78	3,88			
Olayın azaltma	değerini Evli	43	11,37	2,90	-1,54	148	0,125
	Bekar	107	12,25	3,25			
Felaketleştirme	Evli	43	10,09	3,79	0,19	148	0,848
	Bekar	107	9,97	3,36			
Diğerlerini suçlama	Evli	43	11,35	4,13	1,09	148	0,278
	Bekar	107	10,52	4,22			

* $p < .05$

Sağlık çalışanlarının, bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinin (puanlarının), medeni durumlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı bulunmuştur ($p > .05$) (Tablo 29). Evli ve bekar sağlık çalışanlarının

bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeyleri birbirine yakındır/benzerdir.

Tablo-30 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin çocukları olması duruma göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Mann-Whitney testi (N=150)

Ölçek	Çocuk	Tanımlayıcı İstatistikler			Mann-Whitney U	
		n	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	U	p
Kendini suçlama	Var	28	79,11	2215,00	1607,00	0,624
	Yok	122	74,67	9110,00		
Kabul	Var	28	72,96	2043,00	1637,00	0,731
	Yok	122	76,08	9282,00		
Ruminasyon	Var	28	76,27	2135,50	1686,50	0,917
	Yok	122	75,32	9189,50		
Olumlu yeniden odaklanma	Var	28	93,38	2614,50	1207,50	0,015*
	Yok	122	71,40	8710,50		
Plan yapmaya yeniden odaklanma	Var	28	78,59	2200,50	1621,50	0,675
	Yok	122	74,79	9124,50		
Olumlu yeniden değerlendirme	Var	28	84,36	2362,00	1460,00	0,230
	Yok	122	73,47	8963,00		
Olayın değerini azaltma	Var	28	71,32	1997,00	1591,00	0,570
	Yok	122	76,46	9328,00		
Felaketteştirme	Var	28	83,59	2340,50	1481,50	0,273
	Yok	122	73,64	8984,50		
Diğerlerini suçlama	Var	28	82,73	2316,50	1505,50	0,326
	Yok	122	73,84	9008,50		

* $p < .05$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, çocukları olmasına bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olup olmadığı non-parametrik Mann-Whitney U testiyle incelenmiş ve çocuk olması durumunun sadece *olumlu yeniden odaklanma* boyutu bakımından anlamlı bir

farka neden olduğu bulunmuştur [$U=1207,50$ ve $p<.05$] (Tablo 30). Çocuğu olan sağlık çalışanları *olumlu yeniden odaklanma* stratejisini çocukları olmayan sağlık çalışanlarından daha çok kullanmaktadır (Sıra Ortalaması_{Var}=93,38 ve Sıra Ortalaması_{Yok}=71,40).

Tablo-31 Sağlık alışanlarının bilişsel duyu düzenleme stratejilerinin aile tipine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Aile tipi	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	p	
Kendini suçlama	çekirdek aile (1)	129	78,10	3,91	2	0,142	-
	Geniş aile (2)	17	85,56				
	Parçalanmış aile (3)	4	90,25				
Kabul	ekirdek aile (1)	129	76,21	0,56	2	0,756	-
	Geniş aile (2)	17	73,74				
	Parçalanmış aile (3)	4	60,25				
Ruminasyon	ekirdek aile (1)	129	67,71	2,53	2	0,282	-
	Geniş aile (2)	17	63,68				
	Parçalanmış aile (3)	4	54,63				
Olumlu yeniden odaklanma	çekirdek aile (1)	129	75,47	0,07	2	0,966	-
	Geniş aile (2)	17	76,91				
	Parçalanmış aile (3)	4	70,63				
Plan yapmaya yeniden odaklanma	çekirdek aile (1)	129	76,98	1,49	2	0,474	-
	Geniş aile (2)	17	63,47				
	Parçalanmış aile(3)	4	78,88				
Olumlu yeniden değerlendirme	çekirdek aile (1)	129	76,05	0,23	2	0,893	-
	Geniş aile (2)	17	70,85				
	Parçalanmış aile	4	77,50				

Tablo-31 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aile tipine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Aile tipi	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	p	
	(3)						
Olayın azaltma	Çekirdek aile (1)	129	74,03	1,52	2	0,469	-
	Geniş aile (2)	17	81,50				
	Parçalanmış aile (3)	4	87,50				
Felaketleştirme	Çekirdek aile (1)	129	68,29	3,85	2	0,146	-
	Geniş aile (2)	17	58,91				
	Parçalanmış aile (3)	4	56,00				
Diğerlerini suçlama	Çekirdek aile (1)	129	77,50	5,14	2	0,077	-
	Geniş aile (2)	17	71,38				
	Parçalanmış aile (3)	4	68,63				

* $p < .05$

Sağlık çalışanlarının, bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinin (puanlarının), aile tipine göre anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı bulunmuştur ($p > .05$) (Tablo 31).

Tablo-32 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin evde kalan birey sayısına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Evde diğer	kalan	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
			N	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Kendini suçlama	Kimse (1)	kalmıyor	10	57,55	2,54	3	0,468	-
	1-2 kişi (2)		52	77,33				
	3-4 kişi (3)		66	78,65				
	5 kişi ve üstü (4)		22	69,89				
Kabul	Kimse (1)	kalmıyor	10	104,80	6,80	3	0,078	-
	1-2 kişi (2)		52	70,23				
	3-4 kişi (3)		66	78,48				
	5 kişi ve üstü (4)		22	65,68				
Ruminasyon	Kimse (1)	kalmıyor	10	66,15	3,21	3	0,360	-
	1-2 kişi (2)		52	70,89				
	3-4 kişi (3)		66	82,53				
	5 kişi ve üstü (4)		22	69,55				
Olumlu yeniden odaklanma	Kimse (1)	kalmıyor	10	54,30	9,01	3	0,029*	1 ile 3, 4
	1-2 kişi (2)		52	65,26				
	3-4 kişi (3)		66	85,52				
	5 kişi ve üstü (4)		22	89,27				
Plan yapmaya yeniden odaklanma	Kimse (1)	kalmıyor	10	50,55	4,85	3	0,184	-
	1-2 kişi (2)		52	78,17				
	3-4 kişi (3)		66	79,72				
	5 kişi ve üstü (4)		22	67,86				

Tablo-32 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin evde kalan birey sayısına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Evde diğer	kalan	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
			N	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Olumlu yeniden değerlendirme	Kimse (1)	kalmıyor	10	68,85	1,43	3	0,698	-
	1-2 kişi (2)		52	75,06				
	3-4 kişi (3)		66	79,36				
	5 kişi ve üstü (4)		22	67,98				
Olayın değerini azaltma	Kimse (1)	kalmıyor	10	82,95	0,87	3	0,833	-
	1-2 kişi (2)		52	74,89				
	3-4 kişi (3)		66	76,98				
	5 kişi ve üstü (4)		22	69,09				
Felaketleştirme	Kimse (1)	kalmıyor	10	87,25	7,71	3	0,052	-
	1-2 kişi (2)		52	63,48				
	3-4 kişi (3)		66	84,42				
	5 kişi ve üstü (4)		22	71,82				
Diğerlerini suçlama	Kimse (1)	kalmıyor	10	79,10	2,17	3	0,537	-
	1-2 kişi (2)		52	75,07				
	3-4 kişi (3)		66	79,20				
	5 kişi ve üstü (4)		22	63,80				

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, evde birlikte yaşadıkları kişi sayısına bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde

(puanlarında) anlamlı bir fark olup olmadığı non-parametrik Kruskal-Wallis testiyle incelenmiş ve evde yaşayan kişi sayısının sadece *olumlu yeniden odaklanma* boyutu bakımından anlamlı bir farka neden olduğu bulunmuştur [$\chi^2_{(3)}=9,01$ ve $p<.05$] (Tablo 32). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; evde 3-4 ile 5 ve daha fazla kişi ile kalan sağlık çalışanları (Grup 3 ve 4) *olumlu yeniden odaklanma* evde tek başına kalanlara (Grup 1) göre daha çok kullanmaktadır (Sıra Ortalaması $_{\text{Başka kimse yok}}=54,30$; Sıra Ortalaması $_{3-4 \text{ kişi}}=85,52$; Sıra Ortalaması $_{5 \text{ kişi ve üstü}}=89,27$).

Tablo-33 Sağlık çalışanlarının bilişsel duyu düzenleme stratejilerinin çalıştıkları birime göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Çalışılan birim	Tanımlayıcı İ.		Kruskal-Wallis H			Anlamlı Fark
		n	Sıra Ort.	χ^2	Sd	p	
Kendini suçlama	112 Servisi (1)	16	84,97	15,11	11	0,178	-
	Acil Servis (2)	4	64,50				
	Ameliyathane (3)	19	80,11				
	Dahiliye Servisi (4)	6	44,17				
	GKD Cerrahisi (5)	8	87,06				
	Kadın Doğum Servisi (6)	10	66,00				
	Kan Bankası (7)	18	66,50				
	KBB (8)	5	95,40				
	Laboratuar (9)	32	80,47				
	Mikrobiyoloji (10)	7	66,79				
	Yoğun Bakım Servisi (11)	9	89,39				
	Diğer (12)	16	73,31				
Kabul	112 Servisi (1)	16	89,16	8,41	11	0,073	-
	Acil Servis (2)	4	70,88				
	Ameliyathane (3)	19	82,47				
	Dahiliye Servisi (4)	6	70,17				
	GKD Cerrahisi (5)	8	74,19				
	Kadın Doğum Servisi (6)	10	61,55				
	Kan Bankası (7)	18	72,89				
	KBB (8)	5	78,40				
	Laboratuar (9)	32	75,25				

Tablo-33 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin çalıştıkları birime göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Çalışılan birim	Tanımlayıcı İ.		Kruskal-Wallis H			Anlamlı Fark
		n	Sıra Ort.	χ^2	Sd	p	
Planlamaya odaklanma	Mikrobiyoloji (10)	7	77,43	13,55	11	0,259	-
	Yoğun Bakım Servisi (11)	9	71,22				
	Diğer (12)	16	79,56				
	112 Servisi (1)	16	69,66				
	Acil Servis (2)	4	67,38				
	Ameliyathane (3)	19	74,37				
	Dahiliye Servisi (4)	6	88,17				
	GKD Cerrahisi (5)	8	89,56				
	Kadın Doğum Servisi (6)	10	55,00				
	Kan Bankası (7)	18	67,33				
	KBB (8)	5	87,90				
	Laboratuvar (9)	32	89,23				
Olumlu yeniden odaklanma	Mikrobiyoloji (10)	7	72,79	17,43	11	0,096	-
	Yoğun Bakım Servisi (11)	9	83,83				
	Diğer (12)	16	76,34				
	112 Servisi (1)	16	84,63				
	Acil Servis (2)	4	73,38				
	Ameliyathane (3)	19	62,84				
	Dahiliye Servisi (4)	6	63,67				
	GKD Cerrahisi (5)	8	63,94				
	Kadın Doğum Servisi (6)	10	77,45				
	Kan Bankası (7)	18	87,83				
	KBB (8)	5	73,10				
	Laboratuvar (9)	32	70,75				
Mikrobiyoloji (10)	7	67,36					
Yoğun Bakım Servisi (11)	9	65,22					
Diğer (12)	16	64,16					

Tablo-33 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin çalıştıkları birime göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Çalışılan birim	Tanımlayıcı İ.		Kruskal-Wallis H			Anlamlı Fark
		n	Sıra Ort.	χ^2	Sd	p	
Plan yapmaya yeniden odaklanma	112 Servisi (1)	16	62,94	17,05	11	0,106	-
	Acil Servis (2)	4	78,38				
	Ameliyathane (3)	19	58,68				
	Dahiliye Servisi (4)	6	75,92				
	GKD Cerrahisi (5)	8	70,31				
	Kadın Doğum Servisi (6)	10	71,70				
	Kan Bankası (7)	18	79,47				
	KBB (8)	5	74,60				
	Laboratuar (9)	32	73,70				
	Mikrobiyoloji (10)	7	61,50				
	Yoğun Bakım Servisi (11)	9	71,67				
	Diğer (12)	16	78,56				
Olumlu yeniden değerlendirme	112 Servisi (1)	16	75,72	14,90	11	0,187	-
	Acil Servis (2)	4	66,50				
	Ameliyathane (3)	19	64,55				
	Dahiliye Servisi (4)	6	77,08				
	GKD Cerrahisi (5)	8	67,13				
	Kadın Doğum Servisi (6)	10	66,20				
	Kan Bankası (7)	18	65,33				
	KBB (8)	5	89,90				
	Laboratuar (9)	32	87,72				
	Mikrobiyoloji (10)	7	71,86				
	Yoğun Bakım Servisi (11)	9	65,33				
	Diğer (12)	16	57,88				
Olayın değerini azaltma	112 Servisi (1)	16	85,44	13,81	11	0,244	-
	Acil Servis (2)	4	56,63				

Tablo-33 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin çalıştıkları birime göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Çalışılan birim	Tanımlayıcı İ.		Kruskal-Wallis H			Anlamlı Fark
		n	Sıra Ort.	χ^2	Sd	p	
	Ameliyathane (3)	19	76,97				
	Dahiliye Servisi (4)	6	76,17				
	GKD Cerrahisi (5)	8	70,50				
	Kadın Doğum Servisi (6)	10	66,00				
	Kan Bankası (7)	18	73,36				
	KBB (8)	5	77,20				
	Laboratuar (9)	32	72,70				
	Mikrobiyoloji (10)	7	78,71				
	Yoğun Bakım Servisi (11)	9	69,61				
	Diğer (12)	16	63,59				
Felaketleş-	112 Servisi (1)	16	78,44	14,13	11	0,226	-
Tirme	Acil Servis (2)	4	70,00				
	Ameliyathane (3)	19	83,50				
	Dahiliye Servisi (4)	6	63,50				
	GKD Cerrahisi (5)	8	76,56				
	Kadın Doğum Servisi (6)	10	60,75				
	Kan Bankası (7)	18	62,61				
	KBB (8)	5	71,80				
	Laboratuar (9)	32	76,98				
	Mikrobiyoloji (10)	7	62,29				
	Yoğun Bakım Servisi (11)	9	83,00				
	Diğer (12)	16	75,00				
Diğerlerini suçlama	112 Servisi (1)	16	83,53	10,88	11	0,453	-
	Acil Servis (2)	4	69,38				
	Ameliyathane (3)	19	64,76				
	Dahiliye Servisi (4)	6	86,33				
	GKD Cerrahisi (5)	8	75,50				
	Kadın Doğum Servisi (6)	10	60,70				

Tablo-33 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin çalıştıkları birime göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut	Çalışılan birim	Tanımlayıcı İ.		Kruskal-Wallis H			Anlamlı Fark
		n	Sıra Ort.	χ^2	Sd	p	
	Kan Bankası (7)	18	81,61				
	KBB (8)	5	85,80				
	Laboratuar (9)	32	76,34				
	Mikrobiyoloji (10)	7	75,36				
	Yoğun Bakım Servisi (11)	9	67,83				
	Diğer (12)	16	73,91				

* $p < .05$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, çalıştıkları birime bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olup olmadığı non-parametrik Kruskal-Wallis testiyle incelenmiş ve çalışılan birimin, anlamlı bir farka neden olmadığı bulunmuştur (Tablo 33).

Tablo-34 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kaygı ve stres düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut/Ölçek	Kaygı ve stres düzeyi	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	χ^2	sd	p	
Kendini suçlama	Yüksek değil (1)	25	68,80	6,92	2	0,031*	3 ile 1, 2
	Kısmen yüksek (2)	55	65,98				
	Yüksek (3)	70	85,37				
Kabul	Yüksek değil (1)	25	81,36	2,81	2	0,245	-
	Kısmen yüksek (2)	55	67,76				
	Yüksek (3)	70	79,49				
Ruminasyon	Yüksek değil (1)	25	79,02	8,13	2	0,017*	2 ile 1, 3
	Kısmen yüksek (2)	55	62,50				

Tablo-34 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kaygı ve stres düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut/Ölçek	Kaygı ve stres düzeyi	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	p	
	Yüksek (3)	70	84,46				
Olumlu yeniden odaklanma	Yüksek değil (1)	25	87,06	4,53	2	0,104	-
	Kısmen yüksek (2)	55	79,95				
	Yüksek (3)	70	67,88				
Plan yapmaya yeniden odaklanma	Yüksek değil (1)	25	86,00	3,00	2	0,223	-
	Kısmen yüksek (2)	55	68,55				
	Yüksek (3)	70	77,21				
Olumlu yeniden değerlendirme	Yüksek değil (1)	25	86,16	1,96	2	0,376	-
	Kısmen yüksek (2)	55	74,97				
	Yüksek (3)	70	72,11				
Olayın değerini azaltma	Yüksek değil (1)	25	82,86	5,77	2	0,056	-
	Kısmen yüksek (2)	55	67,85				
	Yüksek (3)	70	75,31				
Felaketleştirme	Yüksek değil (1)	25	80,90	2,43	2	0,297	-
	Kısmen yüksek (2)	55	68,31				
	Yüksek (3)	70	79,22				
Diğerlerini suçlama	Yüksek değil (1)	25	81,58	0,61	2	0,738	-
	Kısmen yüksek (2)	55	73,77				
	Yüksek (3)	70	74,69				

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, kaygı ve stres düzeylerine bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde (puanlarında)

anlamli bir fark olup olmadigi non-parametrik Kruskal-Wallis testiyle incelenmis ve kaygi ve stresin, *kendini suçlama* ve *ruminasyon* boyutlari bakimdan anlamli bir farka neden olduğu bulunmuştur (Tablo 34). Buna göre;

Sağlık alışanlarının, *kendini suçlama* stratejisini kullanma düzeylerinin kaygi ve streslerine bağlı olarak anlamli bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(2)}=6,92$ ve $p<.05$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; kaygi ve stres düzeyinin yüksek olduğunu düşünen alışanların (Grup 3) *kendini suçlama* stratejisini kullanma düzeyleri, diğer çalışanlardan (Grup 1 ve 2) daha yüksektir (Sıra Ortalaması Yüksek değil=68,80; Sıra Ortalaması Kısmen y ksek=65,98; Sıra Ortalaması Y ksek=85,37).

Sağlık alışanlarının, *ruminasyon* stratejisini kullanma düzeylerinin kaygi ve streslerine bağlı olarak anlamli bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(2)}=8,13$ ve $p<.05$]. Post-hoc Mann-Whitney U testine göre; kaygi ve stres düzeyi yüksek olmayan ve yüksek olan alışanların (Grup 1 ve 3) *ruminasyon* stratejisini kullanma düzeyleri, kaygi ve stres düzeyleri kısmen yüksek olan çalışanlardan (Grup 2) daha yüksektir (Sıra Ortalaması Yüksek değil=79,02; Sıra Ortalaması Kısmen y ksek=62,50; Sıra Ortalaması Y ksek=84,46).

Tablo-35 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aile bireylerinde kaygı ve stres olmasına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair ANOVA testi (N=150)

Ölçek	Ailede kaygı ve stres	Tanımlayıcı İstatistikler			ANOVA		Anamlı Fark
		N	\bar{X}	Ss	F	p	
Kendini suçlama	Yüksek değil (1)	37	10,08	2,99	1,23	0,297	-
	Kısmen yüksek (2)	63	10,57	3,34			
	Yüksek (3)	50	11,24	3,96			
Kabul	Yüksek değil (1)	37	10,35	4,30	0,52	0,597	-
	Kısmen yüksek (2)	63	10,68	3,46			
	Yüksek (3)	50	11,14	3,35			
Ruminasyon	Yüksek değil (1)	37	14,00	4,14	1,36	0,259	-
	Kısmen yüksek (2)	63	12,76	3,46			
	Yüksek (3)	50	13,58	4,05			
Olumlu yeniden odaklanma	Yüksek değil (1)	37	10,89	4,15	0,27	0,761	-
	Kısmen yüksek (2)	63	10,63	3,64			
	Yüksek (3)	50	10,28	4,01			
Plan yapmaya yeniden odaklanma	Yüksek değil (1)	37	16,05	4,04	6,09	0,003**	1 ile 2, 3
	Kısmen yüksek (2)	63	14,01	3,82			
	Yüksek (3)	50	14,08	4,29			
Olumlu yeniden değerlendirme	Yüksek değil (1)	37	13,22	3,71	0,34	0,710	-
	Kısmen yüksek (2)	63	12,63	3,67			
	Yüksek (3)	50	12,62	3,87			
Olayın değerini azaltma	Yüksek değil (1)	37	12,41	3,66	0,89	0,412	-
	Kısmen yüksek (2)	63	11,60	2,81			
	Yüksek (3)	50	12,20	3,23			
Felaketlenme	Yüksek değil (1)	37	9,59	3,37	0,36	0,701	-
	Kısmen yüksek (2)	63	10,19	3,36			
	Yüksek (3)	50	10,08	3,73			
Diğerlerini suçlama	Yüksek değil (1)	37	10,02	4,64	4,06	0,019*	1 ile 3
	Kısmen yüksek (2)	63	11,24	3,61			
	Yüksek (3)	50	12,43	4,30			

* $p < .05$, ** $p < .01$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, aile bireylerinin kaygı ve stres düzeylerine bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş ve haftalık çalışma süresinin, sadece *plan yapmaya yeniden odaklanma ve diğerlerini suçlama* boyutları bakımından anlamlı bir farka neden olduğu bulunmuştur (Tablo 35). Buna göre;

Sağlık çalışanlarının, *plan yapmaya yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeylerinin, aile bireylerinin kaygı ve stres düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2: 147)}=6,09$ ve $p<.01$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre; aile bireylerinde kaygı ve stresi yüksek olmayan çalışanların (Grup 1) *plan yapmaya yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeyleri, diğer çalışanlardan (Grup 2 ve 3) daha yüksektir ($\bar{X}_{\text{Yüksek}}=16,05$; $\bar{X}_{\text{Kısmen yüksek}}=14,01$; $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=14,08$).

Sağlık çalışanlarının, *diğerlerini suçlama* stratejisini kullanma düzeylerinin de aile bireylerinin kaygı ve stres düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2: 147)}=4,06$ ve $p<.05$]. Post-hoc Scheffe testine göre; aile bireylerinde kaygı ve stresi yüksek olan çalışanların (Grup 3) *diğerlerini suçlama* stratejisini kullanma düzeyleri, aile bireylerinde kaygı ve stresi yüksek olmayan çalışanlardan (Grup 1) daha yüksektir ($\bar{X}_{\text{Yüksek değil}}=10,02$; $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=12,43$).

4.4. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE GÖRE FARKLILAŞMA GÖSTERİP GÖSTERMEDİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

21 maddeden ve 4 dereceli likert olarak düzenlenmiş olan Beck Anksiyete Ölçeğinden alınabilecek toplam puan 0 ile 63 arasında değişmekte olup, yüksek puan yüksek anksiyete düzeyini (şiddetini) göstermektedir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının anksiyete puanları 0 ile 43 arasında değişmekte olup ortalama puanları $13,64 \pm 10,96$ olarak hesaplanmıştır (Tablo 9). 0-17 arasındaki toplam puan 'düşük' anksiyete, 18-24 'orta' şiddette anksiyete ve 25+ toplam puan ise 'yüksek' şiddette anksiyete düzeyini göstermektedir (Saygın ve arkadaşları, 2011, s.140). Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları aşağıda, Tablo 36'da sunulmuştur.

Tablo-36 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerine ilişkin frekans ve yüzde dağılımları

Anksiyete Düzeyi	F	%
Düşük	105	70,0
Orta	20	13,3
Yüksek	25	16,7

Buna göre, sağlık çalışanlarının %70,0'inin anksiyete düzeyi 'düşük', %13,3'ünün 'orta' ve kalan %16,7'sinin 'yüksek' bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin, anksiyete düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediği aşağıda incelenmiştir (Tablo 36).

Tablo-37 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin anksiyete düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal- Wallis testi (N=150)

Boyut	Anksiyete Düzeyi	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis testi			H Anamlı Fark
		n	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Kendini suçlama	Düşük (1)	105	64,46	6,81	2	0,040*	1 ile 2, 3
	Orta (2)	20	92,95				
	Yüksek (3)	25	88,90				
Kabul	Düşük (1)	105	72,50	1,76	2	0,415	-
	Orta (2)	20	84,43				
	Yüksek (3)	25	80,98				
Ruminasyon	Düşük (1)	105	77,98	6,19	2	0,045*	2 ile 1, 3
	Orta (2)	20	53,53				
	Yüksek (3)	25	82,66				
Olumlu yeniden odaklanma	Düşük (1)	105	76,97	1,13	2	0,569	-
	Orta (2)	20	78,20				
	Yüksek (3)	25	67,16				
Plan yapmaya yeniden odaklanma	Düşük (1)	105	85,00	6,16	2	0,046*	1 ile 2, 3
	Orta (2)	20	57,58				
	Yüksek (3)	25	62,76				
Olumlu yeniden değerlendirme	Düşük (1)	105	79,96	3,77	2	0,152	-
	Orta (2)	20	66,63				
	Yüksek (3)	25	63,86				
Olayın değerini azaltma	Düşük (1)	105	77,47	0,81	2	0,668	-
	Orta (2)	20	72,98				
	Yüksek (3)	25	69,26				
Felaketleştirme	Düşük (1)	105	68,81	8,78	2	0,012*	1 ile 2, 3
	Orta (2)	20	91,53				
	Yüksek (3)	25	94,78				
Diğerlerini suçlama	Düşük (1)	105	76,26	1,22	2	0,543	-
	Orta (2)	20	66,13				
	Yüksek (3)	25	79,80				

*p<.05

Sağlık çalışanlarının, anksiyete düzeylerine bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olup olmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile incelenmiş ve anksiyete düzeyinin, *kendini suçlama*, *ruminasyon*, *plan yapmaya yeniden odaklanma* ve *felaketleştirme* boyutları bakımından anlamlı bir farka neden olduğu bulunmuştur (Tablo 37). Buna göre;

Sağlık çalışanlarının, *kendini suçlama* stratejisini kullanma düzeylerinin, anksiyete düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2: 147)}=6,81$ ve $p<.05$]. Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre; anksiyete düzeyleri 'orta' ve 'yüksek' olan çalışanların (Grup 2 ve 3) *kendini suçlama* stratejisini kullanma düzeyleri, anksiyete düzeyi 'düşük' olan çalışanlardan (Grup 1) daha yüksektir ($\bar{X}_{\text{Düşük}}=64,46$; $\bar{X}_{\text{Orta}}=92,95$; $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=88,90$).

Sağlık çalışanlarının, *ruminasyon* stratejisini kullanma düzeylerinin de anksiyete düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2: 147)}=6,19$ ve $p<.05$]. Post-hoc Scheffe testine göre; anksiyete düzeyleri 'düşük' ve 'yüksek' olan çalışanların (Grup 1 ve 3) *ruminasyon* stratejisini kullanma düzeyleri, anksiyete düzeyi 'orta' olan çalışanlardan (Grup 2) daha yüksektir ($\bar{X}_{\text{Düşük}}=77,98$; $\bar{X}_{\text{Orta}}=53,53$; $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=82,66$).

Sağlık çalışanlarının, *plan yapmaya yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeylerinin de anksiyete düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2: 147)}=6,16$ ve $p<.05$]. Post-hoc Scheffe testine göre; anksiyete düzeyleri 'düşük' olan çalışanların (Grup 1) *plan yapmaya yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeyleri, anksiyete düzeyi 'orta' ve 'yüksek' olan çalışanlardan (Grup 2 ve 3) daha yüksektir ($\bar{X}_{\text{Düşük}}=85,00$; $\bar{X}_{\text{Orta}}=57,58$; $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=67,16$).

Son olarak, sağlık çalışanlarının, *felaketleştirme* stratejisini kullanma düzeylerinin de anksiyete düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$F_{(2: 147)}=8,78$ ve $p<.05$]. Post-hoc Scheffe testine göre; anksiyete düzeyleri 'orta' ve 'yüksek' olan çalışanların (Grup 2 ve 3) *felaketleştirme* stratejisini kullanma düzeyleri, anksiyete düzeyi 'düşük' olan çalışanlardan (Grup 1) daha yüksektir ($\bar{X}_{\text{Düşük}}=68,81$; $\bar{X}_{\text{Orta}}=91,53$; $\bar{X}_{\text{Yüksek}}=94,78$).

4.5. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN BAZI DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE GÖRE FARKLILAŞMA GÖSTERİP GÖSTERMEDİĞİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo-38 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin cinsiyete göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi (N=150)

Ölçek	Cinsiyet	Tanımlayıcı İstatistikler			t-test		
		N	\bar{X}	Ss	t	sd	p
Beck Anksiyete	Kadın	92	15,40	11,64	2,07	148	0,025*
	Erkek	58	11,43	9,75			

* $p < .05$

Kadın ve erkek sağlık çalışanlarının, anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$t_{(148)}=2,07$ ve $p < .05$]. Cinsiyete bağlı olarak grupların ortalama puanları incelendiğinde, kadın sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır ($\bar{X}_{Kadın}=14,50$ ve $\bar{X}_{Erkek}=11,43$).

Tablo-39 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin yaşa göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Yaş	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X^2	sd	P	
Beck Anksiyete	18-24 yaş (1)	58	85,30	7,88	2	0,037*	1 ile 2, 3
	25-35 yaş (2)	71	69,92				
	36-45 yaş (3)	21	67,29				

* $p < .05$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, yaşına bağlı olarak anksiyete düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olup olmadığı non-parametrik Kruskal-Wallis testiyle incelenmiş ve yaşın anlamlı bir farka neden olduğu bulunmuştur [$X^2_{(2)}=7,88$ ve $p < .05$] (Tablo 39). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc

Mann-Whitney U testine göre; yaşı 18-24 olan sağlık çalışanlarının (Grup 1) anksiyete düzeyleri, yaşı 25-35 ve 36-45 olanlardan (Grup 2 ve 3) daha yüksektir (Sıra Ortalaması₁₈₋₂₄=85,30; Sıra Ortalaması₂₅₋₃₅=69,92; Sıra Ortalaması₃₆₋₄₅=67,29).

Tablo-40 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin mesleğe göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Meslek	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis testi			H Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Beck Anksiyete	Anestezist (1)	22	97,11	26,91	6	0,000***	1, 4 ile 2, 5
	Biyolog (2)	27	54,93				
	Doktor (3)	19	76,58				
	Hemşire (4)	28	95,79				
	Laborant (5)	24	52,15				
	Paramedik (6)	15	74,50				
	Tıbbi Sekreter (7)	15	74,17				

***p<.001

Sağlık çalışanlarının, mesleklerine bağlı olarak anksiyete düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$X^2_{(6)}=26,91$ ve $p<.001$] (Tablo 43). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; anestezist ve hemşirelerin (Grup 1 ve 4) anksiyete düzeyleri (Sıra Ortalaması_{Anestezist}=97,11; Sıra Ortalaması_{Hemşire}=95,79), biyolog ve laborantlardan (Grup 2 ve 5) daha yüksektir (Sıra Ortalaması_{Biyolog}=54,93; Sıra Ortalaması_{Laborant}=52,15).

Tablo-41 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin medeni duruma göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi (N=150)

Ölçek	Medeni durum	Tanımlayıcı İstatistikler			t-test		
		N	\bar{X}	Ss	t	sd	P
Beck Anksiyete	Evli	43	12,49	10,15	0,82	148	0,416
	Bekar	107	14,10	11,27			

* $p < .05$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının medeni durumlarına göre anksiyete düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .05$) (Tablo 41). Evli ve bekar sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri birbirine benzerdir/yakındır.

Tablo-42 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin çocuk olmasına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Mann-Whitney testi (N=150)

Ölçek	Çocuk	Tanımlayıcı İstatistikler			Mann-Whitney U	
		N	Sıra Ort.	Sıralar Toplamı	U	P
Beck Anksiyete	Var	28	75,32	2109,00	1703,00	0,981
	Yok	122	75,54	9216,00		

* $p < .05$

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çocuklarının olması durumuna göre de anksiyete düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .05$) (Tablo 42). Çocuğu olan ve olmayan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri birbirine benzerdir.

Tablo-43 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin aile tiplerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Aile tipi	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Beck Anksiyete	Çekirdek aile (1)	129	73,03	7,07	2	0,015*	1 ile 3
	Geniş aile (2)	17	84,38				
	Parçalanmış aile (3)	4	96,25				

*p<.05

Sağlık çalışanlarının, aile tiplerine bağlı olarak anksiyete düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$X^2_{(2)}=7,07$ ve $p<.05$] (Tablo 43). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; parçalanmış ailesi olan sağlık çalışanlarının (Grup 3) anksiyete düzeyleri, çekirdek ailesi olan çalışanlardan (Grup 1) daha yüksektir (Sıra Ortalaması Çekirdek aile=73,03; Sıra Ortalaması Parçalanmış aile=96,25).

Tablo-44 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin evde birlikte yaşadığı kişi sayısına göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Evde diğer kalan	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Beck Anksiyete	Başka kimse yok (1)	10	95,70	9,21	3	0,023*	1, 4 ile 2
	1-2 kişi (2)	52	64,69				
	3-4 kişi (3)	66	76,86				
	5 kişi ve üstü (4)	22	97,77				

*p<.05

Sağlık çalışanlarının, evde birlikte kaldıkları kişi sayısına bağlı olarak da anksiyete düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$X^2_{(3)}=9,21$]

ve $p<.05$] (Tablo 44). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; evde tek başına kalanlar ile evde 5 ve daha fazla kişiyle kalan çalışanların (Grup 1 ve 4) anksiyete düzeyleri (Sıra Ortalaması $_{Başka\ kimse\ yok}=95,70$; Sıra Ortalaması $_{5\ kişi\ ve\ üstü}=97,77$), evde 1-2 kişi ile kalanlardan (Grup 2) daha yüksektir (Sıra Ortalaması $_{1-2\ kişi}=64,69$).

Tablo-45 Sağlık çalışanlarının anksiyete puanlarının eğitim düzeyine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Eğitim durumu	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X^2	sd	P	
Beck Anksiyete	Lise (1)	8	95,44	20,03	5	0,001**	1, 3 ile 2 ve 6
	SML (2)	7	54,71				
	Ön Lisans (3)	39	91,25				
	Lisans (4)	53	72,09				
	Yüksek Lisans (5)	24	69,35				
	Tıp Fakültesi (6)	19	45,58				

** $p<.01$

Sağlık çalışanlarının, anksiyete puanlarının eğitim düzeylerine göre de anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(5)}=20,03$ ve $p<.01$] (Tablo 45). Hangi eğitim grupları arasında anlamlı fark olduğunu bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının (Grup 1 ve 3) anksiyete düzeyleri, Sağlık Meslek Lisesi ve Tıp Fakültesi mezunlarından daha yüksektir (Sıra Ortalaması $_{Lise}=95,44$; Sıra Ortalaması $_{SML}=54,71$; Sıra Ortalaması $_{Ön\ Lisans}=91,25$; Sıra Ortalaması $_{Tıp\ Fakültesi}=45,58$).

Tablo-46 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin haftalık çalışma süresine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair ANOVA testi (N=150)

Ölçek	Haftalık çalışma süresi	Tanımlayıcı İstatistikler			ANOVA		Anlamlı Fark
		N	\bar{X}	Ss	F	P	
Beck Anksiyete	40 ≤ saat (1)	60	11,42	10,26	5,36	0,028*	1 ile 2, 3
	41-50 saat (2)	40	14,97	9,37			
	51 ≥ saat (3)	50	15,86	12,53			

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresine bağlı olarak anksiyete düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$F_{(2; 147)}=5,36$ ve $p<.05$] (Tablo 46). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre; 40 saat ve daha az çalışan sağlık çalışanlarının (Grup 1) anksiyete düzeyleri, daha uzun süre çalışanlardan (Grup 2 ve 3) daha düşüktür ($\bar{X}_{40 \leq \text{saat}}=11,42$; $\bar{X}_{41-50 \text{ saat}}=14,97$; $\bar{X}_{51 \geq \text{saat}}=15,86$).

Tablo-47 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin nöbet tutma durumuna göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair t testi (N=150)

Ölçek	Nöbet tutma	Tanımlayıcı İstatistikler			t-test		
		N	\bar{X}	Ss	t	Sd	P
Beck Anksiyete	Evet	94	14,39	11,27	1,09	148	0,276
	Hayır	56	12,38	10,37			

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının nöbet tutma durumlarına bağlı olarak anksiyete düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.05$) (Tablo 47).

Tablo-48 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin çalıştıkları birime göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Ölçek	Çalışılan birim	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis H testi			Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	p	
Beck Anksiyete	112 Servisi (1)	16	76,97	20,95	11	0,004**	2, 3, 5 ile 4, 9, 10
	Acil Servis (2)	4	96,50				
	Ameliyathane (3)	19	100,11				
	Dahiliye Servisi (4)	6	61,17				
	GKD Cerrahisi (5)	8	106,44				
	Kadın Doğum Servisi (6)	10	71,60				
	Kan Bankası (7)	18	75,39				
	KBB (8)	5	86,00				
	Laboratuar (9)	32	60,77				
	Mikrobiyoloji (10)	7	65,57				
	Yoğun Bakım Servisi (11)	9	86,11				
	Diğer (12)	16	64,09				

**p<.01

Sağlık çalışanlarının, anksiyete düzeylerinin görev yaptıkları birime göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(11)}=20,95$ ve $p<.01$] (Tablo 48). Hangi gruplar arasında anlamlı fark olduğunu bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; acil servis, ameliyathane ve göğüs-kalp ve damar cerrahisinde çalışan sağlık çalışanlarının (Grup 2, 3 ve 5) anksiyete düzeyleri (Sıra Ortalaması Acil Servis=96,50; Sıra Ortalaması Ameliyathane=100,11; Sıra Ortalaması GKD Cerrahisi=106,44), dahiliye servisinde, laboratuar ve mikrobiyolojide çalışanlardan daha yüksektir (Sıra Ortalaması Dahiliye Servisi=61,17; Sıra Ortalaması Laboratuar=60,77; Sıra Ortalaması Mikrobiyoloji=65,57).

Tablo-49 Sağlık çalışanlarının anksiyete puanlarının kendi kaygı ve stres düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair Kruskal-Wallis testi (N=150)

Boyut/Ölçek	Kaygı ve stres düzeyi	Tanımlayıcı İstatistikler		Kruskal-Wallis testi			H Anlamlı Fark
		N	Sıra Ort.	X ²	sd	P	
Beck Anksiyete	Yüksek değil (1)	25	61,38	17,23	2	0,000***	3 ile 1, 2
	Kısmen yüksek (2)	55	67,19				
	Yüksek (3)	70	90,29				

***p<.001

Sağlık çalışanlarının, anksiyete puanlarının, kaygı ve stres düzeylerine göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur [$X^2_{(2)}=17,23$ ve $p<.001$] (Tablo 49). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Mann-Whitney U testine göre; kaygı ve stres düzeyinin yüksek olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının (Grup 3) anksiyete düzeyleri, diğer çalışanlardan daha yüksektir (Sıra Ortalaması $Kaygı/Stres$ yüksek değil=61,38; Sıra Ortalaması $Kaygı/Stres$ kısmen yüksek=67,19 ve Sıra Ortalaması $Kaygı/Stres$ yüksek=90,29).

Tablo-50 Sağlık çalışanlarının anksiyete düzeylerinin ailedeki bireylerin kaygı/stres düzeylerine göre farklılaşma gösterip göstermediğine dair ANOVA testi (N=150)

Ölçek	Ailede kaygı ve stres	Tanımlayıcı İstatistikler			ANOVA		Anlamlı Fark
		N	\bar{X}	Ss	F	P	
Beck Anksiyete	Yüksek değil (1)	37	7,22	8,16	6,82	0,001**	1 ile 2, 3
	Kısmen yüksek (2)	63	15,70	10,87			
	Yüksek (3)	50	16,32	11,65			

*p<.05

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, ailedeki bireylerin kaygı ve stres düzeylerine bağlı olarak anksiyete düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur [$F_{(2; 147)}=6,82$ ve $p<.01$] (Tablo 50). Farklılığın kaynağını bulmak üzere yapılan post-hoc Scheffe testine göre; ailede bireylerinde kaygı ve stres düzeyi yüksek olmayan sağlık çalışanlarının (\bar{X} Grup 1) anksiyete düzeyleri, diğer çalışanlardan (\bar{X} Grup 2 ve 3) daha düşüktür (Yüksek değil=8,16; Kısım en yksek=15,70; Yksek=16,32).



4.6. SAĞLIK ÇALIŞANLARININ BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİ İLE ÖZ-ANLAYIŞ VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERE DAİR BULGULAR

Tablo-51 Sağlık çalışanlarının bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile öz-anlayış ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkilere yönelik korelasyon analizi

	Öz-Anlayış	Beck Anksiyete
Kendini suçlama	<i>r</i> -,266** <i>p</i> 0,001	,257** 0,001
Kabul	<i>r</i> -0,052 <i>p</i> 0,525	,206* 0,011
Ruminasyon	<i>r</i> 0,055 <i>p</i> 0,505	0,009 0,909
Olumlu yeniden odaklanma	<i>r</i> ,438*** <i>p</i> 0,000	-0,113 0,170
Plan yapmaya yeniden odaklanma	<i>r</i> ,407*** <i>p</i> 0,000	-,199* 0,015
Olumlu yeniden değerlendirme	<i>r</i> ,500*** <i>p</i> 0,000	-,171* 0,037
Olayın değerini azaltma	<i>r</i> ,360*** <i>p</i> 0,000	-0,078 0,344
Felaketleştirme	<i>r</i> -,448*** <i>p</i> 0,000	,281*** 0,000
Diğerlerini suçlama	<i>r</i> 0,098 <i>p</i> 0,233	-0,096 0,242

p*<.05, *p*<.01, ****p*<.001

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile öz-anlayış ve anksiyete düzeyleri (puanları) arasında anlamlı ilişkiler olup olmadığı Pearson's korelasyon katsayıları ile araştırılmış ve sonuçları yukarıda, Tablo 51'de özetlenmiştir. Büyüköztürk'e (2018) göre "Korelasyon katsayısının mutlak değer olarak, 0.70-1.00 arasında olması, yüksek; 0.70-0.30 arasında olması, orta; 0.30-0.00 arasında olması ise, düşük düzeyde bir ilişki olarak tanımlanabilir (Büyüköztürk, 2018, s.32). Buna göre;

4.6.1. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri İle Öz Anlayış Düzeyleri Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

Sağlık çalışanlarının, kendini suçlama düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında negatif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır ($r_{\text{Kendini suçlama*Öz-anlayış}}=-0,266$; $p<.01$). Buna göre, bireylerin kendini suçlama düzeyleri arttıkça, öz-anlayış düzeyleri düşmektedir (veya tersi).

Sağlık çalışanlarının, olumlu yeniden odaklanma düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında pozitif yönde, anlamlı ve orta güçlükte bir ilişki vardır ($r_{\text{Olumlu yeniden odaklanma*Öz-anlayış}}=0,438$; $p<.001$). Buna göre, bireylerin olumlu yeniden odaklanma düzeyleri arttıkça, öz-anlayış düzeyleri de artmaktadır (veya tersi).

Sağlık çalışanlarının, plan yapmaya yeniden odaklanma düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında da pozitif yönde, anlamlı ve orta güçlükte bir ilişki vardır ($r_{\text{Plan yapmaya yeniden odaklanma*Öz-anlayış}}=0,407$; $p<.001$). Buna göre, bireylerin plan yapmaya yeniden odaklanma düzeyleri arttıkça, öz-anlayış düzeyleri de artmaktadır (veya tersi).

Sağlık çalışanlarının, olumlu yeniden değerlendirme düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında da pozitif yönde, anlamlı ve orta güçlükte bir ilişki vardır ($r_{\text{Olumlu yeniden değerlendirme*Öz-anlayış}}=0,500$; $p<.001$). Buna göre, bireylerin olumlu yeniden değerlendirme düzeyleri arttıkça, öz-anlayış düzeyleri de artmaktadır (veya tersi).

Sağlık çalışanlarının, olayın değerini azaltma düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında da pozitif yönde, anlamlı ve orta güçlükte bir ilişki vardır ($r_{\text{Olayın değerini azaltma*Öz-anlayış}}=0,360$; $p<.001$). Buna göre, bireylerin olayın değerini azaltma düzeyleri arttıkça, öz-anlayış düzeyleri de artmaktadır (veya tersi).

Sağlık çalışanlarının, felaketleştirme düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında negatif yönde, anlamlı ve orta güçlükte bir ilişki vardır ($r_{\text{Felaketleştirme*Öz-anlayış}}=-0,448$; $p<.001$). Buna göre, bireylerin felaketleştirme düzeyleri artıkça, öz-anlayış düzeyleri düşmektedir (veya tersi).

4.6.2. Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri İle Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkilere Dair Bulgular

Sağlık çalışanlarının, kendini suçlama düzeyi (puanları) ile anksiyete düzeyleri (puanları) arasında pozitif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır ($r_{\text{Kendini suçlama* Anksiyete}}=0,257$; $p<.01$). Buna göre, bireylerin kendini suçlama düzeyleri artıkça, anksiyete düzeyleri de artmaktadır (veya tersi).

Sağlık çalışanlarının, kabul düzeyi (puanları) ile anksiyete düzeyleri (puanları) arasında da pozitif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır ($r_{\text{Kabul* Anksiyete}}=0,206$; $p<.05$). Buna göre, bireylerin kabul düzeyleri artıkça, anksiyete düzeyleri de artmaktadır (veya tersi).

Sağlık çalışanlarının, plan yapmaya yeniden odaklanma düzeyi (puanları) ile anksiyete düzeyleri (puanları) arasında negatif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır ($r_{\text{Plan yapmaya yeniden odaklanma* Anksiyete}}=-0,199$; $p<.05$). Buna göre, bireylerin plan yapmaya yeniden odaklanma düzeyleri artıkça, anksiyete düzeyleri düşmektedir (veya tersi).

Sağlık çalışanlarının, olumlu yeniden değerlendirme düzeyi (puanları) ile anksiyete düzeyleri (puanları) arasında da negatif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır ($r_{\text{Olumlu yeniden değerlendirme* Anksiyete}}=-0,171$; $p<.05$). Buna göre, bireylerin olumlu yeniden değerlendirme düzeyleri artıkça, anksiyete düzeyleri düşmektedir (veya tersi).

Sağlık çalışanlarının, felaketleştirme düzeyi (puanları) ile anksiyete düzeyleri (puanları) arasında pozitif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır ($r_{\text{Felaketleştirme*Anksiyete}}=0,281$; $p<.001$). Buna göre, bireylerin felaketleştirme düzeyleri artıkça, anksiyete düzeyleri de artmaktadır (veya tersi).

TARTIŞMA VE YORUM

Bu çalışmanın amacı sağlık çalışanlarında bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile öz anlayış düzeylerinin anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelenmektir. Buna ek olarak araştırmadaki bağımlı ve bağımsız değişkenlerin katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile olan ilişkisini incelemeyi amaçlamıştır. Bu bölümde ise elde edilen bulguların literatür yardımıyla tartışılıp yorumlanması amaçlanmaktadır.

Yapılan araştırmada elde edilen sonuçlara göre sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri ile yaşları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir. 18-24 yaş aralığındaki sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri diğer yaş gruplarına göre daha yüksektir. Yapılan bir çalışmaya göre acil servis bölümünde çalışan doktorlar arasında 36-45 yaş aralığında çalışan doktorların kaygı düzeyleri en düşük düzeyde iken, genç ve yaşlı gruplarında kaygı düzeylerinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.⁷³ Görgülü ise yaptığı çalışmada, 46 ve daha büyük yaştaki hemşirelerle, 20 ve daha küçük yaştaki hemşirelerin anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir.⁷⁴ Literatür incelendiğinde elde edilen bulguları destekleyici çalışmalar olmakla birlikte farklı sonuçların bulunduğu görülmektedir. Yılmaz ve Ocakçı (2010), yaş ile anksiyete puanları arasında anlamlı bir farkın olmadığını belirtmiştir.⁷⁵ Kutanis ve Tunçun hemşirelerle yapmış olduğu araştırmasında da yaş değişkenine bağlı olarak durumluluk-süreklilik kaygı düzeylerini incelenmiştir ve anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.⁷⁶ Genç yaştaki sağlık çalışanlarının iş hayatı ile ilgili durumlar karşısında tecrübe azlığından kaynaklı daha kaygılı olabileceği düşünülmektedir. Orta yaş ve yaşlı grubuna bakıldığında kaygı düzeyinin düşük olmasının tecrübenin artmasıyla birlikte karşılaşılan durumlarda daha etkili başa çıkma yöntemleri geliştirdikleri ve daha bilinçli olmalarıyla ilişkilendirilebilir. Tüm bunlara bakıldığında iş hayatında her yaşta anksiyete yaşanabilmektedir, bireylerin kişisel özellikleri ve farklı yaşam biçimlerinden kaynaklı olarak farklı durumlar gelişebilmektedir ve bu etkenler sonucu kaygı düzeylerinin değişebildiği görüşüne varılabilir.

⁷³ Bülent Erdur vd., "A Study Of Depression and Anxiety Among Doctors Working In Emergency Units İn Denizli, Turkey", *Emergency Medicine Journal*, 2006, Cilt:23, 759-763, p. 760.

⁷⁴ Selma Reyhan Görgülü, Hemsirelerin Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Hemsireleri İş Ortamında Etkileyen Stresörlerin Tanımlanması, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1998, s. 93 (*Yayımlanmamış Doktora Tezi*).

⁷⁵ Ayşe Ferda Ocakçı ve Mualla Yılmaz, "Bir Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Üniversite Öğrencilerinin Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi", *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2010, Cilt: 3, 15-22, s. 19.

⁷⁶ Tulin Tunç ve Rana Kutanis, "Doktor Ve Hemşirelerde Kaygı Nedenleri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi", *Vizyoner Dergisi*, 2015, Cilt: 6(3), 62-71, s. 68.

Araştırma kapsamında sağlık çalışanlarının birlikte yaşadıkları kişi sayısı ile anksiyete düzeyleri incelenmiştir. Buna göre evde tek başına kalanlar ile evde 5 ve daha fazla kişiyle kalan çalışanların anksiyete düzeyleri, evde 1-2 kişi ile kalanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Kişinin birlikte yaşadığı insan sayısı, çevre ve ait olduğu sosyal ortam yaşanan kaygı üzerinde etkili olabilmektedir. Eaton (1978), kişinin yaşamında algıladığı stresin kişiye göre farklılık gösterebileceğini ve bu farklı olma durumunun sosyal destek azlığından oluştuğunu; kişinin birlikte yaşadığı birey sayısının, kullandığı başa çıkma stratejilerini etkilediğini ve kullanılan stratejileri geliştirebilmesi için etkili bir kaynak olduğunu belirtmiştir.⁷⁷Yapılan çalışmalarda tek başına yaşayan bireylerin diğer kişilere göre kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁷⁸ Elde edilen bu sonuç ışığında birlikte yaşayan kişi sayısının bireyin karşılaşabileceği stresörler üzerinde kullandığı başa çıkma stratejilerinde etkili olduğu ve böylelikle stressörlerin sebep olabileceği kaygıyı da etkileyeceği düşünülmektedir. Çalışma ortamında sosyal bir çevre ile birlikte olan kişilerin daha az kaygılı olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlara göre sağlık çalışanlarının görevlerine göre anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Anestezist ve hemşirelerin anksiyete düzeyleri biyolog ve laborantlardan daha yüksektir. Literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmaya göre meslek gruplarında hastaya direkt müdahale edenler ile dolaylı müdahale edenler arasında kaygı incelenmiş ve hastaya direkt müdahale edenlerin durumluluk kaygı puanları daha yüksek çıkmıştır.⁷⁹ Biyolog ve laborantların hasta ile temasının daha az olduğu meslek grupları olmasından kaynaklı yaşanan kaygının daha düşük düzeyde olabildiği düşünülmektedir. Hasta ile temas halinde olan anestezistler ve hemşirelerin kaygıyı daha fazla yaşadıkları görülmüştür. Birebir hasta ile temasın olmaması kaygı durumunda etkili bir faktör olabilir.

Sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi ile anksiyete düzeyleri incelendiğinde 40 saat ve daha az çalışan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri, daha uzun süre çalışanlara göre düşük bulunmuştur. Olumsuz çalışma koşullarından olan çalışma süresinin uzunluğu, fazla mesai sağlık çalışanlarında strese neden olmaktadır. Haftalık çalışma süresinin fazla olduğu sağlık

⁷⁷ William W.Eaton, "Life Events, Social Supports, And Psychiatric Symptoms: Are-Analysis Of The New Haven Data", *Journal of Health and Social Behavior*, 1978, Cilt: 19(2), 230-234, p. 236.

⁷⁸ Lois A. Huebner vd., "The Assessment and Remediation of Dysfunctional stress in medical school", *Journal of Medical Education*, 1981, Cilt: 56(7), 547-557, p. 554.

⁷⁹ Erhan Atıcı, Elazığ Merkeze Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları Çalışanlarının Durumluk/Sürekli Kaygı Durumunun İncelenmesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Fırat Üniversitesi, 2014,s.58(**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

çalışanlarında, yaşanan stresin sürekliliğine bağlı olarak anksiyete düzeyinin etkilendiği düşünülmektedir.

Araştırmada elde edilen sonuçlara göre kadın sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri erkek sağlık çalışanlarından fazladır. Elde edilen sonuçlara benzer yapılan çalışmalara bakıldığında, cinsiyet ile anksiyete değişkeni arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kadın çalışanlarda anksiyete erkek çalışanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu sonucu elde edilmiştir ve literatürde elde edilen bu sonucu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır.⁸⁰Bu durum genel olarak değerlendirildiğinde de kadınlarda ruh sağlığı bozukluklarının erkeklere göre daha çok görüldüğü ifade edilmektedir. Literatür incelendiğinde elde edilen bulguları destekleyici çalışmalar olmakla birlikte farklı sonuçların bulunduğu görülmektedir. Hemşirelerle yapılan bir çalışmada erkek hemşirelerin kadın hemşirelere göre daha yüksek anksiyete yaşadığı sonucu bulunmuştur.^{81 82 83}

Sağlık çalışanlarının, anksiyete düzeyleri ile eğitim düzeyleri incelendiğinde lise ve ön lisans mezunu sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri, Sağlık Meslek Lisesi ve Tıp Fakültesi mezunlarından daha yüksek bulunmuştur. Alınan eğitimin içeriğinin farklı olması ve eğitim süresinin değişken olması yaşanan anksiyeteyi etkilediği düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının sağlık alanında gördüğü eğitim süresinin azlığı ile kaygı ilişkilendirilebilir. Alanda alınan eğitim sayısı ve eğitimin süresinin artması anksiyete üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde elde edilen bulguları destekleyici çalışmalar olmakla birlikte farklı sonuçların bulunduğu görülmektedir. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ile kaygı düzeyi arasında fark olmadığı sonucu da elde edilmiştir.^{84 85 86} Elde edilen bazı sonuçlar ise eğitim düzeyi düşük olanların anksiyete puanlarının yüksek olduğu görülmüştür.^{87 88}

⁸⁰ Serap Özen Çöl, "İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma", **Çalışma ve Toplum**, 2008, Cilt:4,122-28, s. 125.

⁸¹ Nurgül Bölükbaş vd., "Ameliyathane Ortamının Çalışan Ekip Üzerinde Yarattığı Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi", **Düşünen Adam Dergisi**,1998, Cilt:11,27-31, s. 29.

⁸² Metin Pıçakçıefe, "Çalışma Yaşamı ve Anksiyete", **TAF Prev Med**, 2010, Cilt:9, 367-74,s. 372.

⁸³ Işık Karakaya vd., "Yüzücülerin Depresyon, Benlik Saygısı Ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi", **Anadolu Psikiyatri Dergisi**,2006, Cilt: 7,162- 166, s. 164.

⁸⁴ Cemil Muşlu vd., "Birinci Basamak Ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi", **Konuralp Tıp Dergisi**, 2012, Cilt:4, 17-23,s. 20.

⁸⁵ Mustafa Öztürk vd., "Ebe Ve Hemşirelerin Mesleki Sorunları ve Anksiyete İle İlişkisi", **SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 2001, Cilt: 8(2),12-20,s. 15.

⁸⁶ Mevlide Baş, "Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Mobbing ve Anksiyete", Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2012, s.

⁸⁴(Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).

⁸⁷Pıçakçıefe, a.g.e., s. 373.

Bu çalışmada elde edilen bulgulara göre sağlık çalışanlarının nöbet tutma durumlarına bağlı olarak anksiyete düzeylerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yapılan bir araştırmada çalışma şekline göre anksiyete puanı arasında fark bulunamamıştır. Bu sonuç ile çalışmamız benzer göstermektedir⁸⁹. Literatür incelendiğinde elde edilen bulgulara benzer bulgular olmakta birlikte farklı sonuçlara da ulaşılmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarının işyeri ortamında oldukça fazla sorun bulunmaktadır. İşyeri ortamında oluşan sorunlara; nöbet tutma, fazla mesai, travmatik yaşantılar, şiddet ve düşük ücret örnek olarak gösterilebilir. Yaşanan bu sorunlar kişide strese neden olabilmektedir. Bu durum ise sağlık çalışanlarında işyeri ortamından kaynaklı strese bağlı anksiyeteyi oluşturduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre acil servis, ameliyathane ve göğüs-kalp ve damar cerrahisinde çalışan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri dâhiliye servisinde, laboratuvar ve mikrobiyolojide çalışanlardan daha yüksektir. Literatür incelendiğinde yapılmış bir çalışmada ameliyathanede ve dâhiliye kliniklerinde çalışan sağlık personellerinde anksiyete düzeylerine bakılmıştır. Çalışmada ameliyathane grubunun anksiyete düzeyinin dâhiliye grubundan yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.⁹⁰ Ameliyathane ortamındaki stres verici durumların diğer çalışma birimlerine göre daha fazla olduğu bilinmektedir. Yapılan bir diğer çalışmada ise yoğun bakım ünitelerinde ve acil ünitelerinde çalışanların da anksiyete düzeyinin yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.⁹¹ Bu bilgiler ışığında çalışma ortamındaki stres kişinin anksiyete düzeyini etkileyebileceği düşünülebilir.

Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara göre; Kişinin kendisinde hissettiği kaygı ve stres düzeyinin yüksek olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri, diğer çalışanlardan daha düşüktür. Sağlık çalışanlarının, anksiyete puanlarının, kaygı ve stres düzeylerine göre kaygı ve stres düzeyinin yüksek olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri, diğer çalışanlardan daha yüksektir. Sağlık çalışanlarının, ailedeki bireylerin kaygı ve stres düzeylerine bağlı olarak anksiyete düzeylerinde aile bireylerinde kaygı ve stres düzeyi yüksek olmayan sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyleri, diğer çalışanlardan daha düşüktür. Tüm bu veriler ışığında kişinin kendisinde ve ailesinde düşündüğü kaygı ve stres durumu anksiyete düzeyini ve öz anlayış düzeyini etkilediği düşünülebilir. Kişinin kendisinde hissettiği kaygı ve stres durumu kişide anksiyeteyi arttırmakla

⁸⁸ Ülkiye Tatar, "Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi", Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1988, s. 43 (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**).

⁸⁹ Baş, a.g.e., s. 85.

⁹⁰ Bölükbaş vd., a.g.e., s. 30.

⁹¹ Görgülü, a.g.e., s. 93.

birlikte araştırmamızda da elde ettiğimiz sonuçların ışığında anksiyetenin artışı öz anlayış değişkenini etkilemektedir.

Sağlık alışanlarının, anksiyete düzeylerine bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde *kendini suçlama*, *Ruminasyon*, *plan yapmaya yeniden odaklanma* ve *felaketleştirme* boyutları bakımından anlamlı bir farka neden olduğu bulunmuştur. Anksiyete düzeyleri 'orta' ve 'yüksek' olan alışanların (Grup 2 ve 3) *kendini suçlama* stratejisini kullanma düzeyleri, anksiyete düzeyi 'düşük' olan çalışanlardan (Grup 1) daha yüksektir. Anksiyete düzeyleri 'düşük' ve 'yüksek' olan alışanların (Grup 1 ve 3) *Ruminasyon* stratejisini kullanma düzeyleri, anksiyete düzeyi 'orta' olan çalışanlardan (Grup 2) daha yüksektir. Anksiyete düzeyleri 'düşük' olan alışanların (Grup 1) *plan yapmaya yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeyleri, anksiyete düzeyi 'orta' ve 'yüksek' olan çalışanlardan (Grup 2 ve 3) daha yüksektir. Anksiyete düzeyleri 'orta' ve 'yüksek' olan alışanların (Grup 2 ve 3) *felaketleştirme* stratejisini kullanma düzeyleri, anksiyete düzeyi 'düşük' olan çalışanlardan (Grup 1) daha yüksektir.

Kolerasyon analizine göre incelendiğinde, Sağlık alışanlarının, kendini suçlama düzeyi (puanları) ile anksiyete düzeyleri (puanları) arasında pozitif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır. Sağlık alışanlarının, kabul düzeyi (puanları) ile anksiyete düzeyleri (puanları) arasında da pozitif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır. Sağlık alışanlarının, plan yapmaya yeniden odaklanma düzeyi (puanları) ile anksiyete düzeyleri (puanları) arasında negatif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır. Sağlık alışanlarının, olumlu yeniden değerlendirme düzeyi (puanları) ile anksiyete düzeyleri (puanları) arasında da negatif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır. Sağlık alışanlarının, felaketleştirme düzeyi (puanları) ile anksiyete düzeyleri (puanları) arasında pozitif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır.

Anksiyete, stres veya depresyon gibi duygu durum bozukluklarında en sık rastlanan strateji ruminasyondur. Yapılan birçok araştırmada da ruminasyonun anksiyete ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.⁹²Literatr incelendiğinde olumsuz stratejilerden olan felaketleştirme stratejisinin kaygı ile ilişkili olduğu görülmüştür.⁹³Ergenlerle yapılan bir çalışmada felaketleştirme stratejisi ile

⁹² Suzanne C.Segerstrom vd., "Worry and Rumination: Repetitive Thoughts as a Concomitant and Predictor of Negative Mood", *Cognitive Therapy and Research*, 2000, Cilt: 24(6), 671-688, p. 680.

⁹³ David M. Fresco vd., "Distinct And Overlapping Features Of Rumination and Worry: The Relationship Of Cognitive Production To Negative Affect States", *Cognitive Therapy and Research*, 2002, Cilt:26, 179-188, p. 180.

anksiyetenin pozitif yönde ilişkili olduğu elde edilmiştir.⁹⁴ Olumsuz stratejilerden olan felaketleştirme ve ruminasyonun kaygı ve stres düzeyini arttırdığı elde eden çalışmalar bulunmaktadır.⁹⁵ Farklı gruplarla da yapılan bir araştırmada felaketleştirme stratejisinin depresyonla da pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur.⁹⁶Buna ek olarak özellikle anksiyetenin tanımlanmasında felaketleştirmenin önemli bir etkisi olduğu görülmüştür.⁹⁷

Yapılan bir araştırmada ruminasyon ve anksiyetenin olumsuzluklara takılı kalma bileşeni ile ilişkili olduğu bulunmuştur.⁹⁸Olumsuzluklara takılı kalma durumunun kısa dönemde duygusal deneyimin bazı etkilerini azaltabileceği fakat uzun dönemde bakıldığında duygusal işleme sürecini olumsuz etkileyeceği ve kullanılan işlevsel başa çıkma kaynaklarını dağıtabileceği belirtilmiştir.

Yapılan diğer çalışmalar ruminasyon ve felaketleştirme stratejilerinin çeşitli psikopatolojik belirtilerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Özellikle anksiyetenin açıklanmasında en sık kullanılan stratejilerin ruminasyon ve felaketleştirme olduğu başka çalışmalarda da görülmüştür. Ruminasyon stratejisi ilk zamanlarda depresyon ile ilişkilendirilse de sonraki zamanlarda anksiyete ile de ilişkilendirilebileceği ortaya çıkmıştır.

Canver ve ark(1989), yaptığı bir çalışmada başa çıkma stratejisi olarak değerlendirilen planlamanın anksiyete ile olumsuz yönde anlamlı bir ilişki içinde olduğunu bulmuştur.⁹⁹

Elde ettiğimiz sonuçlara göre kabul ile anksiyete arasında pozitif ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Literatür incelendiğinde kabul düzeyindeki azalmayla birlikte anksiyete düzeyinde artış görülmüştür.¹⁰⁰ Elde edilen bu sonucun literatür ile uyummadığı görülmektedir. Bu farklılığın sebebi olarak kabul stratejisinin kullanımının türk kültüründeki kabul algısının farklılaşması şeklinde

⁹⁴ Carl F. Weems vd., "Cognitive Errors, Anxiety Sensitivity, And Anxiety Control Beliefs: Their Unique And Specific Associations With Childhood Anxiety Symptoms", *Behavior Modification*, 2007, Cilt:31,174–201, p 185.

⁹⁵ Kimberly R. Zlomke and Kathryn S. Hahn, "Cognitive Emotion Regulation Strategies: Gender Differences And Associations To Worry", *Personality and Individual Differences*, 2010, Cilt: 48, 408-413, p. 410.

⁹⁶ Nadia Garnefski and Vivian Kraaij, "Specificity Of Relations Between Adolescents' Cognitive Emotion Regulation Strategies And Symptoms Of Depression And Anxiety", *Cognition and Emotion*, 2016, Cilt:32, 1401- 1408, p. 1406.

⁹⁷ Nadia Garnefski ve Vivian Kraaij, "The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features And Prospective Relationships With Depression and Anxiety In Adults", *European Journal of Psychological Assessment*, 2007, Cilt: 23(3), 141– 149, p. 146.

⁹⁸ Fresco vd., a.g.e., s.184.

⁹⁹ Charles S. Carver vd., "Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach", *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, Cilt:56, 267-283, p. 273.

¹⁰⁰ Carver, a.g.e., p. 275.

yorumlanabileceğidir. Öğrenilmiş çaresizlik ve kaderci tutum ile ilişkilendirilebilen kabul algısı, anksiyete ile pozitif ilişki içerisinde olmasıyla açıklanabilir.¹⁰¹

Elde edilen bu sonuçlara genel olarak bakıldığında; demografik değişkenlerin incelenmesiyle sağlık çalışanlarının karşılaştığı stres verici olayların sayısı, olumsuz çalışma koşulları gibi değişkenler, kullanılan bilişsel duygu düzenleme stratejilerini etkilediği görülmektedir. Bununla birlikte, stresörlerden bağımsız olarak kişilerin kullandığı stratejilerin anksiyete düzeylerini etkilediği yorumu yapılabilir.

Çalışmamızda öz-anlayış düzeyi 'düşük' olan çalışanların anksiyete düzeyleri diğer çalışanlardan daha yüksektir. Bundan başka, öz-anlayış düzeyi 'orta' olan çalışanların da (Grup 2) anksiyete düzeyleri, öz-anlayış düzeyi 'yüksek' olan çalışanlardan (Grup 2) daha yüksek sonucuna ulaşılmıştır.

Literatür incelendiğinde elde edilen bulguları destekleyici çalışmalar bulunmaktadır. Bu bulguyu literatürde destekleyecek çalışmalar şöyledir; Thurlowun çalışmasında öz anlayış değişkeninin alt boyutlarından olan bilinçlilik, özsevecenlik, ortak paylaşımların farkında olma; olumlu duygulanımları ve tutumları arttırarak işten elde edilen doyumda artışa sebep olabilir olduğunun sonucuna ulaşılmıştır.¹⁰²

Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada, öz-anlayış düzeyi düşük olan öğrencilerin depresyon, kaygı ve stres düzeyleri, öz anlayışı orta ve yüksek olan üniversite öğrencilerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Öz anlayışı orta düzeyde olanların ise depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri, öz anlayışı yüksek olanlara göre anlamlı oranda yüksek bulunmuştur.¹⁰³

Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada öz anlayış ile kaygı arasındaki ilişkide tekrarlayıcı olumsuz düşüncelerin ve anksiyetenın anlamlı düzeyde aracı rolü olduğu elde edilmiştir.¹⁰⁴

Bayramoğlu (2011), üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada öz anlayış ile depresyon ve kaygı arasında anlamlı olumsuz bir ilişki bulmuştur ve metabiliş ve

¹⁰¹ Ataman ve Dağ, a.g.e., s. 15.

¹⁰² Jennifer Thurlow, "An Examination Of The Relationship Between Self-Compassion And Burnout In Practicing Psychotherapists: A Project Based Upon An Independent Investigation", Smith College School for Social Work, Northampton, Massachusetts, 2010, s.76 (**Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi**).

¹⁰³ Mehmet Engin Deniz ve Serkan Sümer, "Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencileri Üzerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresin Değerlendirilmesi", *Eğitim ve Bilim*, 2010, Cilt:35(158), 115-127, s. 119.

¹⁰⁴ Filip Raes, "Rumination And Worry As Mediators Of The Relationship Between Self-Compassion And Depression And Anxiety", *Personality and Individual Differences*, 2010, Cilt: 48, 757-761, p. 759.

metabolişsel faktörlerinde tamamen, öz anlayış ve psikopatoloji arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini elde etmiştir.¹⁰⁵

Ergen ve genç yetişkinlerle yapılan bir çalışmada öz anlayış, anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki incelenmiş. Çalışmanın sonuçlarına göre öz anlayışın depresyon ve anksiyete ile negatif ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır. Buna ek olarak çalışmada sosyal bağlılık, güvenli bağlanma aile işlevselliği gibi değişkenlerle öz anlayış arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁰⁶

Olumlu duygulanım gibi faktörler öz anlayış ile ilişkili olduğunu belirten çalışmalar vardır.¹⁰⁷ Buna ek olarak öz anlayışın; bilgelik, duygusal zeka ve yaşam memnuniyetiyle ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.¹⁰⁸ Bu değişkenler öz anlayışın, olumlu duygularla ilişki içerisinde olmasını da sağlamaktadır.¹⁰⁹ Bu sonuç öz anlayışın olumsuz duygularla negatif düzeyde bir ilişki içerisinde olduğunu da göstermektedir.

Yaşanan herhangi bir tehlike karşısında savunmasız hisseden bireyin tehdit sistemi devreye girer. Bu tehdit sistemi anksiyete gibi negatif duyguları artırır. Kişi kendini güvende hissetmesi durumunda ise rahatlama sisteminin aktifleştiği ve olumlu duyguların arttığı görülür.¹¹⁰ Bu nedenle öz anlayış olumlu duygulanımı arttırdığı ve olumsuz duygulardan olan anksiyete ile negatif ilişkili olduğu düşünülmektedir. Öz anlayışın artmasıyla olumlu duygulanımın artış göstermesi olumlu duygulanımla ters ilişkili olan anksiyete ile de ilişkilidir. Artan öz anlayış ile kişide hayattan daha fazla tatmin olma durumu, olumlu duygulanıma daha meyilli olması, daha iyimser bir bakış açısı içinde olması kişide olumsuz duygulanımı azaltacaktır. Olumsuz duygulanımın azalmasıyla birlikte özellikle çalışma ortamlarında oluşabilecek anksiyetenin azalacağı düşünülebilir.

Yapılan araştırmada elde edilen sonuçlara göre sağlık çalışanlarının, evde birlikte yaşadıkları kişi sayısına bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde anlamlı bir fark elde edilmiştir. Evde 3-4 ile 5 ve daha fazla kişi ile kalan sağlık çalışanları *olumlu yeniden odaklanma stratejisini* evde tek başına kalanlara göre daha çok kullanmaktadır. Sosyal destek kaynaklarından olan aile

¹⁰⁵ Ali Bayramoğlu, "Self-Compassion In Relation To Psychopathology", Sosyal Bilimler Enstitüsü, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 2011, s. 78 (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**).

¹⁰⁶ Kristin D. Neff and Pittman McGeHEE, "Self-Compassion and Psychological Resilience Among Adolescents And Young Adults", *Self and Identity*, 2010, Cilt: 9, 222-240, p. 234.

¹⁰⁷ Neff and Vonk, a.g.e., p. 50.

¹⁰⁸ Neff, a.g.e., 2003a, s. 98.

¹⁰⁹ Neff vd., a.g.e., s.149.

¹¹⁰ Gilbert, a.g.e., s.205.

desteğinin olması kullanılan stratejileri etkilediği düşünülmektedir. Kalabalık ailelerde yaşamak ve aileden alınan desteğin niteliğinin olumlu olması uyumlu stratejilerden olan olumlu yeniden odaklanma stratejisinin kullanılma sıklığını etkilemiş olduğu düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara göre mesleğin, *ruminasyon*, *plan yapmaya yeniden odaklanma* ve *felaketleştirme* boyutları bakımından anlamlı bir farka neden olduğu bulunmuştur. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin diğer boyutları ile meslekler arasında anlamlı bir farklılaşma bulunmamaktadır. Biyolog ve doktorların ruminasyon stratejisini kullanma düzeyleri, anesteziist, laborant ve tıbbi sekreterlerden daha yüksektir. Biyolog ve doktorların, *plan yapmaya yeniden odaklanma* stratejisini kullanma düzeyleri, anesteziist, paramedik ve tıbbi sekreterlerden daha yüksektir. Paramediklerin, *felaketleştirme* stratejisini kullanma düzeyleri, doktorlardan daha yüksektir.

Sağlık çalışanlarının birbirlerinden farklı görev ve sorumluluklarından dolayı kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejileri de birbirlerinden farklıdır. Elde edilen sonuçların birbiri ile farklılık göstermesinin sağlık çalışanlarının kişilik özellikleri, bakış açıları ve verilen ölçekleri uygularken ki tutumları ile ilişkilendirilebilir.

Paramediklerin aldıkları sorumluluklar ve müdahale ettikleri vakaların acil ve travmatik durumlar oluşu kullandıkları stratejileri etkiliyor olabilir. Bu nedenle paramedikler felaketleştirme stratejisini doktorlara göre daha fazla kullanıyor olabildiği yorumu yapılabilir.

Doktorların ruminasyon stratejisini diğerlerine göre daha çok kullanıyor oluşları ise hastanelerde yüksek düzeyde sorumluluk sahibi olmanın doktorlar üzerinde tekrarlayıcı düşünceleri tetiklediği ve daha yüksek düzeyde yıpranabilmeleri ile ilişkilendirilebilir.

Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara göre çocuk sahibi olmanın sadece *olumlu yeniden odaklanma* boyutu bakımından anlamlı bir farka neden olduğu bulunmuştur. Çocuğu olan sağlık çalışanları *olumlu yeniden odaklanma* stratejisini çocuğu olmayan sağlık çalışanlarından daha çok kullanmaktadır. Kraaiji vd., (2008) çocukları olmayan ve sadece eşyle birlikte yaşayan kişilerin olumlu olmayan

stratejileri daha fazla kullandığını tespit etmiştir.Kraaiji vd.(2008)nin yaptığı bu araştırma elde ettiğimiz bulguları destekler nitelik taşımaktadır.¹¹¹

Sağlık çalışanlarının, yaşlarına bağlı olarak bilişsel duygu düzenleme stratejilerini kullanma düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir farka neden olduğu bulunmuştur. 18-24 yaş grubunda bulunan sağlık çalışanları *kabul* stratejisini 36-45 yaş grubundakilerden daha çok kullanmaktadır.

Yapılan bir araştırmada adaptif stratejilerden olan kabul stratejisinin “boyun eğici yaklaşım” ve “çaresizlik” ile ilişkili olabileceği yorumu yapılmıştır.¹¹² Bu çalışmadan yola çıkarak özellikle de çalışma hayatına yeni başlayan 18-24 yaş arasındaki sağlık çalışanlarının daha az tecrübeli olmalarının da etkisiyle kabul stratejisini boyun eğici ve çaresizlik kavramlarıyla ilişkilendirebiliyor olabileme ihtimalinden kaynaklı 36-45 yaş grubuna göre daha sık kullanıyor olabildiği düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara göre sağlık çalışanlarının kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Buna göre; kadın sağlık çalışanlarının *kendini suçlama stratejisini* erkeklerden daha çok kullandıkları görülmektedir ve kadın sağlık çalışanları, *olayın değerini azaltma* stratejisini erkeklerden daha çok kullanmaktadır. Bu bulgular kadınların kendini suçlama ve olayın değerini azaltma stratejilerini erkeklere göre daha sık kullandığını göstermektedir. Yani sağlık çalışanı kadınlar erkeklere kıyasla daha fazla kendini suçlama eğilimi içinde olduğu bulgusu konu ile ilgili yapılmış diğer çalışmalarla uyumluluk göstermektedir. Yapılan araştırmalarda bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan kendini suçlama stratejilerinin cinsiyete göre farklılaştığı, kadınların erkeklere oranda kendini suçlama stratejisini daha sık kullandığı tespit edilmiş.^{113 114} Bu araştırmada, yalnızca kendini suçlama ve olayın değerinin azaltma alt boyutunda anlamlı sonuçlara rastlanmış, diğer alt boyutlarda anlamlılık saptanmamıştır.

¹¹¹ Vivian Kraaij vd., “Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A prospective study”, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2008, Cilt:29, 9-16, p. 13.

¹¹² Ece Ataman Temizel ve İhsan Dağ, “Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki ilişkiler”, *Klinik Psikiyatri*, 2014, Cilt: 17, 7-17, s. 14.

¹¹³ Susan Nolen-Hoeksema, “The Role Of Rumination In Depressive Disorders and Mixed Anxiety/Depressive Symptoms”, *Journal of Abnormal Psychology*, 2000, Cilt:109, 504-511, p. 509.

¹¹⁴ Nadia Garnefski vd., “Cognitive Emotion Regulation Strategies and Depressive Symptoms: Differences Between Males and Females”, *Personality and Individual Differences*, 2004, Cilt:36,267–276, p. 273.

Elde edilen bu bulgunun cinsiyet rolleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Katı hata yapmayı daha az tolere edebilen, eleştirel ebeyn tutumları çocuklar üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Kadınların erken cocukluk dönemlerinden itibaren özellikle girişimciliğe karşı suçluluk döneminde anne baba tutumundan kaynaklı kendini suçlama stratejisini daha sık kullanıyor olabileceği düşünülebilir. Erken çocukluk dönemiyle birlikte aldıkları görevleri tamamlayabilme konusunda daha hassas olabilmeleri yine bu çalışma bulgularından elde edilen sonuçlarında ışığında anksiyete ve öz anlayış düzeylerinin daha düşük olması gibi nedenlerin kadınların daha fazla kendini suçlama stratejisi kullanmalarını açıklıyor olabilmektedir.

Araştırmada bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan “olayın değerinin azaltma” alt ölçeği ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınlar erkeklere kıyasla daha fazla olayın değerini azaltma stratejisi kullanmaktadır. Elde edilen bu sonuç literatürde konu ile ilgili yapılmış çalışmalarla uyumludur. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan olayın değerini azaltma stratejisinin erkeklere oranla kadınlar tarafından daha çok kullanıldığı tespit edilmiştir.^{115 116 117}Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde kabul, olumlu yeniden değerlendirme, ruminasyon ve plana yeniden odaklanma stratejilerinin de cinsiyete göre farklılaştığı tespit edilmiştir.^{118 119 120 121} Bulgular arasındaki farklılığın sebebi olarak; geleneksel olan veya olmayan erkeklerin kullandıkları stratejiler ile savunma mekanizmaları arasındaki farklılık değerlendirilmektedir.¹²²Bu farklılığın sebebi olarak geleneksellik durumu düşünülebilir.

Sağlık çalışanlarının, kendini suçlama düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında negatif yönde, anlamlı ve zayıf güçlükte bir ilişki vardır. Sağlık çalışanlarının, olumlu yeniden odaklanma düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında pozitif yönde, anlamlı ve orta güçlükte bir ilişki vardır. Sağlık çalışanlarının, plan yapmaya yeniden odaklanma düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında da pozitif yönde, anlamlı ve orta güçlükte bir

¹¹⁵ Nadia Garnefski vd., “The Relationship Between Cognitive Emotion Regulation Strategies And Emotional Problems: Comparison Between A Clinical And A Non-Clinical Sample”, *European Journal of Personality*, 2002, Cilt:16, 403–420, p. 416.

¹¹⁶ Zlomke and Hanh, a.g.e., p.411.

¹¹⁷ Garnefski vd., a.g.e., 2002, p. 417.

¹¹⁸ Nolen-Hoekman, a.g.e., p. 510.

¹¹⁹ Garnefski vd. a.g.e., 2004, p. 273.

¹²⁰ Temizel ve Dağ, a.g.e., s. 13.

¹²¹ Zlomke and Hanh, a.g.e., p.411.

¹²² James Mahalik vd., “Men's Gender Role Conflict And Use Of Psychological Defenses”, *Journal of Counseling Psychology*, 1998, Cilt:45, 247-255, p. 249.

ilişki vardır. Sağlık çalışanlarının, olumlu yeniden değerlendirme düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında da pozitif yönde, anlamlı ve orta güçlükte bir ilişki vardır. Sağlık çalışanlarının, olayın değerini azaltma düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında da pozitif yönde, anlamlı ve orta güçlükte bir ilişki vardır.

Araştırmanın bulguları genel olarak değerlendirildiğinde; öz anlayış ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan kendini suçlama, olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme, felaketleştirme ve olayın değerini azaltma arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Yapılan bir çalışmada, öz anlayışın ruminasyonla negatif ilişkili olduğu bulunmuştur.¹²³ Musalay ve Laliteshwari'in araştırmasına göre, adaptif stratejilerden olan olumlu yeniden odaklanma, plan yapmaya yeniden odaklanma, olumlu yeniden değerlendirme ve kabul stratejileri ile öz anlayışın pozitif ilişkili olduğunu bulunmuştur. Olumsuz stratejilerle öz anlayış arasında herhangi bir ilişki bulunmamakla birlikte adaptif stratejilerden olan olayın değerini azaltma ile öz anlayış arasında da bir ilişki bulunamamıştır.¹²⁴

Yapılan çalışmada sağlık çalışanlarının, felaketleştirme düzeyi (puanları) ile öz-anlayış düzeyleri (puanları) arasında negatif yönde, anlamlı ve orta güçlükte bir ilişki vardır. Elde edilen bulgular ile literatür karşılaştırıldığında sonuçlar birbirine benzerdir. Öz anlayışı yüksek olan kişilerin olumsuz durumlarla ilgili felaket düşünceleri, strese maruz kaldıktan sonra kaygı hissetme ve başarısız olmaktan korkma nedeniyle zorlu olabileceğini düşündükleri işlerden kaçınma olasılığı daha düşüktür.¹²⁵

Böylece öz anlayışlı olmak, adaptif stratejiler kullanmayı veya pozitif başa çıkma stratejilerini daha etkili kullanmayı ve duyguları kontrol etmeyi öğrenmeye yardımcı olur. Öz anlayış kişinin duyguları üzerine düşünmesine yardımcı olur ve duyguları düzenlemeye yardımcı olan adaptif stratejilerin kullanımına destek sunar. Olumlu stratejiler kullanılarak insanlar yaşadığı olumsuz olaylar karşısında daha az zedelenebilir hale gelebilirler.¹²⁶

¹²³ Kristinn D. Neff vd. , "Self-Compassion And Adaptive Psychological Functioning", *Journal of Research in Personality*,2007, Cilt: 41, 139-154, p. 153.

¹²⁴ Musalay Priyanka and Laliteshwari K. , "Self-Compassion and Cognitive Emotion Regulation Among Juvenile Delinquents", *Indian Journal of Health and Well-being*, 2017, Cilt:8(8), 805-810, p. 806.

¹²⁵ Musalay and Laliteshwari, a.g.e., s.806.

¹²⁶ Musalay and Laliteshwari, a.g.e., s.807.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, bir araştırmada 249 üniversite öğrencisinin öz anlayış ile olumlu duygu ve yaşam doyumunu arasındaki ilişki incelendiğinde; öz anlayış ve yaşam doyumunu ile olumlu duygu arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur, öz anlayış ile olumsuz duygu arasındaki ilişkinin negatif olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹²⁷

Yapılan bir başka araştırmada ise 117 üniversite öğrencisiyle çalışılmış ve öz anlayışın karşılaşılan olumsuz olaylar karşısında gösterilen duygusal ve bilişsel olarak verilecek tepkileri etkilediği ve kişiyi olumsuz olay karşısında hissettiği olumsuz duygulanımdan koruduğu görülmüştür.¹²⁸

Yapılan bir başka araştırma ise farklı öz anlayış düzeylerine sahip üniversite öğrencileriyle yapılmıştır. Depresyon, anksiyete ve stresin bağımlı değişken olarak ele alındığı bu araştırmada, öz anlayış düzeyleri yüksek olan üniversite öğrencilerinin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin düşük olduğu sonucu elde edilmiştir.¹²⁹ Anksiyete, depresyon veya stres değişkenleri duygunun düzenlenmesindeki zorlukların baskın olduğu durumlarda ortaya çıktığı görülmektedir.

Öz anlayış değişkeninin alt boyutlarından biri olan paylaşımların bilincinde olma, kişiye acı veren duygudan kaçmak yerine bu duygunun düzenlenmesini ifade eder. Birey bu duyguyu kendine olumlu yönde düzenler.¹³⁰ Bireyin yaşadığı olumsuz olay karşısında öz anlayış düzeyinin yüksek olması daha az yargılayıcı, hatayı ve başarısızlığı kabul etmeye yönelik daha affedici olmasını sağlar. Bu durum kişilerin daha az olumsuz duygu hissetmesine yardımcı olur. Yapılan çalışmalarda kullanılan olumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri öz anlayışı yüksek kişilerde daha çok görülmüştür.¹³¹ Yaşanan olumsuz olayların ortak paylaşım boyutunda değerlendirilmesi kişinin bu olumsuz olaylara karşı olumlu stratejiler geliştirmesini ve felaketeştirme stratejisini daha az kullanma eğilimi içerisinde olmasını sağlar.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine bağlı olarak öz-anlayış düzeylerinde (puanlarında) anlamlı bir fark bulunamamıştır. Kadın ve erkek sağlık çalışanlarının öz-anlayış düzeyleri birbirine benzerdir (fark yoktur). Literatür

¹²⁷ Coşkun Arslan vd., "Öz-anlayış, Yaşam Doyumu, Negatif ve Pozitif Duygu: Türk ve Diğer Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Karşılaştırma", *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2012, Cilt: 23, 428-446, s.439.

¹²⁸ Ashley Batts Allen vd., "Selfcompassion And Reactions To Unpleasant Self-Relevant Events: The Implications Of Treating Oneself Kindly", *Journal of Personality and Social Psychology*, 2007, Cilt: 92(5), 887-904, p. 898.

¹²⁹ Deniz ve Sümer, a.g.e., s. 120.

¹³⁰ Özyeşil, a.g.e., s. 78.

¹³¹ Musalay and Laliteshwari, a.g.e., s.807.

incelendiğinde elde edilen bulguları destekleyici çalışma sonuçlarının bulunduğu görülmektedir.¹³² ¹³³ ¹³⁴ ¹³⁵ Çalışmamızda elde edilen bulguları destekleyici çalışmalar olmakla birlikte farklı sonuçların bulunduğu görülmektedir. Öz-anlayış değişkeni ile cinsiyet değişkeni arasındaki farklılığın nedeni olarak, erkeklere göre kadınların kendi ihtiyaçlarından önce başkalarının ihtiyaçlarına öncelik tanınması ile ilişkili olduğunu ileri sürülmüştür. ¹³⁶ Aynı zamanda kadınların erkeklere oranla kendilerine daha eleştirel ve yargılayıcı yaklaştıkları, sıkıntı veren durumlar karşısında kendilerini tek hissetmeye daha eğilimli oldukları ve duyguları ile daha fazla özdeşim içersinde olduğu görülmüştür.¹³⁷

Araştırmada öz anlayış değişkeninin aile yapısı değişkenine göre sağlık çalışanları arasında anlamlı düzeyde bir farklılığın olmadığı bulgusuna varılmıştır. Bu durum sağlık çalışanlarının aile yapısına göre; parçalanmış aile olmanın, çekirdek aile olmanın yada geniş aile olarak kalabalık ailelerde büyüklerle birlikte yaşamının öz anlayışları üzerinde rol oynamadığını gösterir. Aile bireylerinin kişiye güvenli ve destekleyici bir ortam oluşturması öz anlayış kavramı üzerinde destekleyicidir. Aile ortamındaki stres, ihmal veya istismarın olduğu tehdit edici ortamlarda ise öz anlayışı düşük olduğu kişilerin yetiştiği görülmüştür. Yapılan birçok araştırmada güvenli bağlanma ve annelik desteğinin öz anlayış üzerinde etkili olduğu görülmüştür.¹³⁸

Yapılan çalışmada elde edilen sonuçlara göre sağlık çalışanlarının öz anlayış düzeyleri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir. Lise mezunu sağlık çalışanlarının özanlayış düzeyleri diğer tüm çalışanlardan daha düşüktür. Elde edilen bu sonuç, Conway (2007)'in öz-anlayış ile akademik başarı arasında olumlu ilişki elde ettiği çalışmasıyla uyumluluk göstermektedir.¹³⁹

¹³² Neff vd., a.g.e., 2007, s.150.

¹³³ Elizabeth Pommier and Kristin D. Neff, "The Relationship Between Self-Compassion And Other-Focused Concern Among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators", **Self and Identity**,2013, Cilt: 12, 160– 176, s. 172.

¹³⁴ Kristin D. Neff vd., "Self-Compassion and Self-Construal In The United States, Thailand, And Taiwan", **Journal of Cross-Cultural Psychology**, 2008,Cilt: 39, 267–285,s. 280.

¹³⁵ Helena M. Martin vd., "Attachment And Mental And Physical Health: Self-Compassion And Mattering As Mediators", **Journal Of Counselling Psychology**, 2011, Cilt: 58, 272-288, s. 274.

¹³⁶ Lisa M. Yarnell vd., "Meta- Analysis Of Gender Differences In Self-Compassion", **Self And Identity**, 2015,Cilt 14(5), 499-520, s. 513.

¹³⁷ Neff, a.g.e., 2007b, p.149.

¹³⁸ Kristin D. Neff and Ross Vonk , "Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways Of Relating To Oneself", **Journal of Personality**, 2009, Cilt:77(1),23-50, p. 28.

¹³⁹ Deborah Grice, The Role Of Internal Resources In Academic Achievement: Exploring The Meaning Of Self-Compassion In The Adaptive Functioning Of Lowincome College Students, University Of Pittsburgh, PA, USA, 2007, p. 76 (**Yayınlanmamış Doktora Tezi**).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda bilişsel duygu düzenleme stratejileri, anksiyete ve öz anlayış arasında anlamlı ilişkilerin ortaya çıktığı görülmüştür. Buna ek olarak bu değişkenlerin bazı sosyo-demografik özelliklerle de ilişkili olduğu ortaya çıkmıştır.

Elde edilen bu sonuçlar sağlık çalışanlarının ruh sağlığını olumlu etkileyebilecek hizmetlerin sağlanmasının, sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde etkililiğinin artması için faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde, sağlık kurumlarında çalışan sağlık çalışanlarının ruh sağlığını değerlendiren ve farklı değişkenlerle yaşanan durumu ortaya koymayı amaçlayan çalışmaların oldukça az olduğu görülmüştür. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığını etkileyen değişkenlerin araştırılması alanda yapılacak çalışmaların teşvik edilip yaygınlaştırılmasının faydalı olabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışma Türkiye’de öz anlayışın bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilişkisini inceleyen ilk çalışma olup, bu iki değişkenin anksiyete düzeylerini etkilediği düşünüldüğünde, bu değişkenlerin arasındaki ilişkinin durumu ile ilgili daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Kendine karşı merhamet etme yeteneği olmayan sağlık çalışanlarının başkalarına karşı merhamet geliştirmede hazırlıksız oldukları düşünüldüğünde, sağlık çalışanlarının kendini rahatlatmasının ve empatik, acıyı kabul edici tutum içerisinde olmasının hasta kişilerin ihtiyacı olan şefkatin oluşmasında önemli bir ön koşul olabileceği düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarına öz anlayış temelli eğitimlerin verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada stres veren durumların sayısı artış gösterdikçe anksiyete düzeyinde de artış olduğu bilgisinden yola çıkarak, sağlık çalışanlarında yaşanan kaygıyı açıkladığı düşünülen bilişsel duygu düzenlemeler üzerinde durulmuştur. Yeni yapılacak çalışmalarda farklı meslek gruplarının çalışma hayatında karşılaşabileceği stres oluşturabilecek olayların, kişilerin kullandığı stratejilere etkileri ile ilgili çalışmalar geliştirilebilir.

Mevcut çalışma Türkiye’de sağlık çalışanlarında anksiyete, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve öz anlayış düzeylerini araştıran ilk çalışma olup, bu alanda yapılacak ileriki çalışmalara katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin etkili olabilmesi adına bu alanda hizmet veren sağlık çalışanlarının verimliliğinin artırılması için gerekli olan koşulların oluşturulması ve

korunmasını oldukça önemli bir konudur. Bu nedenle sağlık çalışanlarının çalışma koşulları, çalışma ortamı, kişinin içinde bulunduğu ruh hali verilen sağlık hizmetlerini etkilediği düşünülmektedir. Bu çerçevede sağlık çalışanlarını düzenli aralıklarla adaptif bilişsel stratejiler kullanabilmelerini sağlayan hizmet içi eğitimler düzenlenmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

KİTAPLAR

ALKIN Tunç ve TÜKEL Raşit, **Anksiyete Bozuklukları**, TPD Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, Ankara, 2006.

APA(Amerikan Psikiyatri Birliği), **Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV)**, Çev. Ertuğrul Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1994.

BECK Aaron T. and EMERY Gary, **Anksiyete Bozuklukları Ve Fobiler**, Çev. Veyssel Öztürk, Litera Yayıncılık, İstanbul, 2005.

GEÇTAN Engin, **Psikanaliz ve Sonrası**, Metis Yayınları, İstanbul, 2010.

GERMER Christopher K., **Öz Şefkatli Farkındalık**, Çev. Handan Ünlü Haktanır, Diyojen Yayınevi, İstanbul, 2018.

JAMES Williams, **What is an Emotion?. Mind**, Press on behalf of the Mind Association, Oxford, 1884.

KARASAR Niyazi, **Bilimsel Araştırma Yöntemi: Kavramlar, İlkeler ve Teknikler**, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, 2017.

KÖROĞLU Ertuğrul, **Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı(DSM5)**, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.

ÖZTÜRK M. Orhan ve ULUŞAHİN Aylin, **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2015.

TÜKEL Raşit ve ALKIN Tunç, **Anksiyete Bozuklukları**, TPD Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi, Ankara, 2006.

MAKALELER

ALLEN Ashley Batts, LEARY Mark R., TATE Eleanor B., ADAMS Claire E. and HANCOCK Jessica “Selfcompassion And Reactions To Unpleasant Self-Relevant Events: The Implications Of Treating Oneself Kindly”, **Journal of Personality and Social Psychology**, 2007, Cilt: 92(5), 887-904.

ARSLAN Coşkun, DENİZ M. Engin, ÖZYEŞİL Zümra ve İZMİRLİ Melek, “Öz-anlayış, Yaşam Doyumu, Negatif ve Pozitif Duygu: Türk ve Diğer Üniversite Öğrencileri Arasında Bir Karşılaştırma”, **Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi**, 2012, Cilt: 23, 428-446.

ASLANKOÇ Rahime, ÖZTÜRK Mustafa ve YILDIRIM Nurhan, “Ebe ve Hemşirelerin Mesleki Sorunları ve Anksiyete İle İlişkisi”, **SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, 2001, Cilt: 8(2),12-20.

BECK Aaron T., “How An Anomalous Finding Led To A New System Of Psychotherapy”, **Nature Medicine**, 2006,Cilt:12, 1139–1141.

BÖLÜKBAŞ Nurgül, KARABULUT Neziha ve ÖZER Hüsametdin, “Ameliyathane Ortamının Çalışan Ekip Üzerinde Yarattığı Anksiyete Düzeyinin İncelenmesi”, **Düşünen Adam Dergisi**,1998, Cilt:11, 27-31.

CARVER Charles S., SCHEIER Michael F. and WEINTRAUB Jagdish Kumari, "Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach", **Journal of Personality and Social Psychology**, 1989, Vol. 56, 267-283.

ÇÖL Serap Özen, "İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma", **Çalışma ve Toplum**, 2008, Cilt:4,122-28.

DENİZ Mehmet Engin ve SÜMER Serkan, "Farklı Öz-Anlayış Düzeylerine Sahip Üniversite Öğrencileri Üzerinde Depresyon, Anksiyete ve Stresin Değerlendirilmesi", **Eğitim ve Bilim**, 2010, Cilt:35(158), 115-127.

DENİZ M. Engin, KESİCİ Şahin and SÜMER A. Serkan, "The Validity and Reliability of the Turkish Version of the Self-Compassion Scale", **Social Behavior And Personality**, 2008, Cilt: 36(9), 1151-1160.

ERDUR Bülent, ERGİN Ahmet Doğan, TURKCUER İbrahim, PARLAK İsmet, ERGİN Nesrin, BOZ Bora "A Study Of Depression and Anxiety Among Doctors Working In Emergency Units In Denizli, Turkey", **Emergency Medicine Journal**, 2006, Cilt:23, 759-763.

EATON William W., "Life Events, Social Supports, And Psychiatric Symptoms: An Analysis Of The New Haven Data.", **Journal of Health and Social Behavior**, 1978, Cilt: 19(2), 230-234.

FRESCO David M., FRANKEL Ann N., MENNIN Douglas S., TURK Cynthia L. and HEIMBERG Richard G., "Distinct And Overlapping Features Of Rumination And Worry: The Relationship Of Cognitive Production To Negative Affect States", **Cognitive Therapy and Research**, 2002, Cilt:26, 179-188.

GARNEFSKİ Nadia and KRAAIJ Vivian, "Specificity Of Relations Between Adolescents' Cognitive Emotion Regulation Strategies And Symptoms Of Depression And Anxiety", **Cognition and Emotion**, 2016, Cilt:32, 1401- 1408.

GARNEFSKİ Nadia ve KRAAIJ Vivian, "The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features And Prospective Relationships With Depression And Anxiety In Adults", **European Journal of Psychological Assessment**, 2007, Cilt: 23(3), 141- 149.

GARNEFSKİ Nadia, KRAAIJ Vivian and SPINHOVEN Philip, "Negative Life Events, Cognitive Emotion Regulation And Emotional Problems", **Personality and Individual Differences**, 2001, Cilt:30, 1311-1327.

GARNEFSKİ Nadia, JAN Teerds, VIVIAN LEGERSTEE Kraaij and TESSA Van Den Kommer, "Cognitive Emotion Regulation Strategies And Depressive Symptoms: Differences Between Males and Females", **Personality and Individual Differences**, 2004, Cilt:36,267-276.

GARNEFSKİ Nadia, TESSA Van Den Kommer, VIVIAN Kraaij, JAN Teerds, JEROEN Legerstee and EVERT Onstein, "The Relationship Between Cognitive Emotion Regulation Strategies And Emotional Problems: Comparison Between A Clinical And A Non-Clinical Sample", **European Journal of Personality**, 2002, Cilt:16, 403-420.

GARNEFSKÍ Nadia and KRAAÍJ Vivian, "Relationships Between Cognitive Emotion Regulation Strategies And Depressive Symptoms: A Comparative Study Of Five Specific Samples", *Personality and Individual Differences*, 2006, Vol: 40, 1659–1669.

GILBERT Paul, " 'Internal 'Social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy", *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, 2000, 118-150.

GILBERT Paul, "Introducing compassion-focused therapy", *Advances in psychiatric treatment*, 2009, Cilt: 15, 199–208.

GRATZ Kim L. and ROEMER Lizabeth, "Multidimensional Assessment Of Emotion Regulation And Dysregulation: Development, Factor Structure, And Initial Validation Of The Difficulties In Emotion Regulation Scale", *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 2004, Vol.26(1), 41-54.

GREENBERG Leslie S., "Emotion-focused therapy", *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2004, Cilt:11, 3-16.

GROSS James J., Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations, *Handbook of Emotion Regulation Guilford Press*, 2014, Cilt:2, 3-20.

GROSS James J. and JOHN Oliver P., "Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being", *Journal of Personality and Social Psychology*, 2003, Vol. 85, 348–362.

HUEBNER Lois A., ROYER Jerry A. and MOORE James, "The Assessment And Remediation Of Dysfunctional Stress In Medical School.", *Journal of Medical Education*, 1981, Cilt: 56(7), 547-557.

KARAKAYA Işık, COŞKUN Ayşen and AĞAOĞLU Belma, "Yüzücülerin Depresyon, Benlik Saygısı Ve Kaygı Düzeylerinin Değerlendirilmesi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, Cilt: 7, 162- 166.

Kimberly R. Zlomke and Kathryn S. Hahn, "Cognitive Emotion Regulation Strategies: Gender Differences And Associations To Worry", *Personality and Individual Differences*, 2010, vol.48, 408-413.

KRAAÍJ Vivian, GARNEFSKÍ Nadia and VLIETSTRA Anne, "Cognitive Coping And Depressive Symptoms In Definitive Infertility: A Prospective Study", *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 2008, Cilt:29, 9-16.

KRING Ann M. and BACHOROWSKI Jo-Anne, "Emotions And Psychopathology" *Cognition and Emotion*, 1999, Vol. 13, 575–599.

KOOLE Sander L., " The Psychology Of Emotion Regulation: An Integrative Review" , *Psychology Press*, 2009, Cilt:23, 4-41.

MAHALİK James, COURNOYER Robert J., DEFRANC William, CHERRY Marcus and NAPOLITANO Jeffrey M., "Men's Gender Role Conflict And Use Of Psychological Defenses", *Journal of Counseling Psychology*, 1998, Cilt:45, 247-255.

MARTİN Helena M., RAQUE-BOGDAN Trisha L., ERİCSON Sara K., JACKSON John and BRYAN Nicole A., "Attachment And Mental And Physical Health: Self-Compassion And Mattering As Mediators", **Journal Of Counselling Psychology**, 2011, Cilt: 58, 272-288.

MCCULLOUGH Michael E., "Forgiveness: Who Does It And How Do They Do It?" **Current Directions In Psychological Science**,2001, Cilt: 10(6),194-197.

MUŞLU Cemil, BALTACI Davut, KUTANİS Remzi ve KARA İsmail Hamdi, "Birinci Basamak ve Hastanede Çalışan Hemşirelerde Anksiyete, Depresyon ve Hayat Kalitesi", **Konuralp Tıp Dergisi**, 2012, Cilt:4, 17-23.

NEFF Kristinn D., KIRKPATRİCK Kristin L., RUDE Stephanie S. , "Self-Compassion and Adaptive Psychological Functioning", **Journal of Research in Personality**,2007, Cilt: 41, 139-154.

NEFF Kristin D., "Self- Compassion and Psychological Well-Being", **Constructivism in the Human Sciences**, 2004, Cilt: 2(3), 27-37.

NEFF Kristin D., "Self Compassion: An Alternative Conceptualization Of A Healthy Attitude Toward Oneself", **Self and Identity**, 2003a, Cilt:2(2), 85-101.

NEFF Kristin D., PİSİTSUNGKAGARN Kullaya , HSİEH Ya-Ping, "Self-compassion and Self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan", **Journal of Cross-Cultural Psychology**, 2008, Cilt: 39, 267–285.

NEFF Kristin D., "The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion" **Self and Identity**, 2003b, Cilt.2, 223–250.

NEFF Kristin D., KIRKPATRİCK Kristin L. and RUDE Stephanie S., "Self Compassion and Adaptive Psychological Functioning", **Journal Of Research In Personality**,2006, Cilt:41, 139-154.

NEFF Kristin D., KIRKPATRİCK Kristin L., RUDE Stephanie S., "An Examination Of Self-Compassion İn Relation To Positive Psychological Functioning And Personality Traits", **Journal Of Cross-Cultural Psychology**, 2007, Cilt. 41, 908–916.

NEFF Kristin D. and VONK Ross , "Self-Compassion Versus Global Self-Esteem: Two Different Ways Of Relating To Oneself", **Journal of Personality**, 2009, Cilt:77(1),23-50.

NEFF Kristin D. and MCGEHEE Pittman, "Self-Compassion And Psychological Resilience Among Adolescents And Young Adults", **Self and Identity**,2010, Cilt: 9, 222-240.

NOLEN- HOEKSEMA Susan and ALDAO Amelia, "Gender And Age Differences İn Emotion Regulation Strategies And Their Relationship To Depressive Symptoms." **Personality and Individual Differences**,2011, vol.51, 704-708.

NOLEN- HOEKSEMA Susan, WISCO Blair E. and LYUBOMİRSKY Sonja, "Rethinking Rumination", **Perspectives on Psychological Science**,2008,vol. 3 (5), 400-424.

NOLEK-HOEKSEMA Susan, "The Role Of Rumination İn Depressive Disorders And Mixed Anxiety/Depressive Symptoms", **Journal of Abnormal Psychology**, 2000, Cilt:109, 504-511.

OCAKCI Ayşe Ferda ve YILMAZ Mualla, "Bir Kız Öğrenci Yurdunda Kalan Üniversite Öğrencilerinin Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi", **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, 2010, Cilt: 3, 15-22.

ONAT Oya ve OTRAR Mustafa, "Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları", **M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi**, 2010, Cilt:31, 123-143.

POMMIER Elizabeth and NEFF Kristin D., "The Relationship Between Self-Compassion And Other-Focused Concern Among College Undergraduates, Community Adults, And Practicing Meditators", **Self and Identity**,2013, Cilt: 12, 160– 176.

PRIYANKA Musalay and Laliteshwari K. , "Self-Compassion and Cognitive Emotion Regulation Among Juvenile Delinquents", **Indian Journal of Health and Well-being**, 2017, Cilt:8(8), 805-810.

PIÇAKÇIEFE Metin, "Çalışma Yaşamı ve Anksiyete", **TAF Prev Med**, 2010, Cilt:9, 367-74.

RAES Filip, "Rumination And Worry As Mediators Of The Relationship Between Self-Compassion And Depression And Anxiety", **Personality and Individual Differences**, 2010, Cilt: 48, 757-761.

SEGERSTROOM Suzanne C., TSAO Jennie C. I., ALDEN Lynn E., CRASKE Michelle G., "Worry and Rumination: Repetitive Thoughts as a Concomitant and Predictor of Negative Mood", **Cognitive Therapy and Research**, 2000, Cilt: 24(6), 671-688.

SPIELBERGER Charles D. and DIAZ-GUERRERO Rogelio, "Cross- Cultural Anxiety", **Hemisphere Publishing Corporation**, 1986, Cilt:9, 2-19.

TEMİZEL Ece Ataman ve DAĞ İhsan, "Stres Veren Yaşam Olayları, Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri, Depresif Belirtiler ve Kaygı Düzeyi Arasındaki ilişkiler", **Klinik Psikiyatri**, 2014, Cilt: 17, 7-17.

TOWNSEND Mary C., "Essential Of Psychiatric Mental Health Nursing", **F.A.Davis Company Philadelphia**, 2002, Cilt:5, 569-587

TUNÇ Tulin ve KUTANİS Rana , "Doktor Ve Hemşirelerde Kaygı Nedenleri: Bir Üniversite Hastanesi Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi", **Vizyoner Dergisi**, 2015,Cilt: 6(3), 62-71.

ULUSOY Mustafa, ŞAHİN Nesrin H. and ERKMEN Hüsnü "Turkish Version Of The Beck Anxiety Inventory Psychometric Properties", **Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly**,1998, Vol:12(2), 163-172.

WEEMS Carl F., CANNON Melinda F., COSTA Natalie M., WATTS Sarah E. and TAYLOR Leslie K., "Cognitive Errors, Anxiety Sensitivity, And Anxiety Control Beliefs: Their Unique And Specific Associations With Childhood Anxiety Symptoms", **Behavior Modification**, 2007, Cilt:31,174–201.

YARNELL Lisa M., STAFFORD Rose E., NEFF Kristin D., REILLY Erin D., KNOX Marissa and MULLARKEY Michael, "Meta- Analysis Of Gender Differences In Self-Compassion", **Self And Identity**, 2015,Cilt 14(5), 499-520.

ZLOMKE Kimberly R. and HAHN Kathryn S., "Cognitive Emotion Regulation Strategies: Gender Differences And Associations To Worry", **Personality and Individual Differences**, 2010, Cilt: 48, 408-413.

TEZLER

ATICI Erhan, "Elazığ Merkeze Bağlı Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonları Çalışanlarının Durumluk/Sürekli Kaygı Durumunun İncelenmesi", Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ, 2014.(**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

AVCI MERAL GÜMÜŞ, "Beck Anksiyete Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması", Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi, İzmir, 1995. (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

BAŞ Mevlide, "Bir Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Mobbing Ve Anksiyete", Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Selçuk Üniversitesi, Konya,2012.(**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

BAYRAMOĞLU Ali Bayramoğlu, "Self-Compassion In Relation To Psychopathology", Sosyal Bilimler Enstitüsü, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara, 2011. (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**)

GÖRGÜLÜ Selma Reyyan, "Hemşirelerin Anksiyete Düzeylerinin Saptanması ve Hemsireleri İş Ortamında Etkileyen Stresörlerin Tanımlanması.", Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 1998. (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**)

GRICE Deborah, "The Role Of Internal Resources In Academic Achievement: Exploring The Meaning Of Self-Compassion In The Adaptive Functioning Of Lowincome College Students", University Of Pittsburgh, PA, USA, 2007. (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**)

MISTLER Brooke A., "Forgiveness, Perfectionism, and The Role Of Self-Compassion", University Of Florida, Florida, 2010. (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**)

ÖZYEŞİL Zümra, Üniversite Öğrencilerinin Öz-Anlayış Düzeylerinin Bilinçli Farkındalık Kişilik Özellikleri ve Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Selçuk Üniversitesi, Konya, 2011. (**Yayımlanmamış Doktora Tezi**)

TATAR Ülkiye, "Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Ölüm Olayı Karşısındaki Anksiyete Düzeylerinin Belirlenmesi", Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 1988. (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

THURLOW Jennifer, "An Examination Of The Relationship Between Self-Compassion And Burnout In Practicing Psychotherapists: A Project Based Upon An Independent Investigation",Smith College School for Social Work, Northampton, Massachusetts, 2010. (**Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi**)

EKLER

EK-A

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1- Cinsiyetiniz : Kadın() Erkek()

2- Yaşınız :

3-Mesleğiniz:

4-Medeni durumunuz : Evli () Bekar ()

5-Çocuğunuz var mı ? : Evet () Hayır ()

6-Aile tipiniz : Çekirdek () Geniş () Parçalanmış ()

7-Evde birlikte yaşadığınız kişi sayısı nedir? (kişi)

8-Eğitim düzeyiniz : Lise () Sağlık Meslek Lisesi () Ön lisans () Lisans ()
Yüksek lisans () Tıp Fakültesi () Diğer ()

9-Haftalık çalışma süreniz :.....saat

10-Nöbet : Tutuyor () Tutmuyor ()

11-Görev yaptığınız birimin adı:

12-Kaygı ve stres düzeyinizin yüksek olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır () Kısmen ()

13-Ailenizdeki bireylerin kaygı ve stres düzeyinin yüksek olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet () Hayır () Kısmen ()

BECK ANKSİYETE ÖLÇEĞİ

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

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

ÖZ-ANLAYIŞ ÖLÇEĞİ

ZORLUKLAR KARŞISINDA KENDİME GENEL OLARAK NASIL DAVRANIYORUM?

Yanıtlamadan önce her bir ifadeyi dikkatle okuyunuz. Her bir maddenin sağında takip eden ölçeği kullanarak, belirtilen durumda ne kadar sıklıkla hareket ettiğinizi belirtiniz.

Hemen Hemen Her Zaman = 1 Arasıra= 3 Hemen Hemen Her Zaman = 5	Nadiren= 2 Çoğu Zaman= 4	1	2	3	4	5
		1. Kendimi kötü hissettiğimde, kötü olan her şeye takılma eğilimim vardır.				
2. İşler benim için kötü gittiğinde zorlukların yaşamın bir parçası olduğunu ve herkesin bu zorlukları yaşadığını görebilirim.						
3. Yetersizliklerimi düşünmek kendimi daha yalnız ve dünyadan kopuk hissetmeme neden olur.						
4. Duygusal olarak acı yaşadığım durumlarda kendime sevgiyle yaklaşmaya çalışırım.						
5. Benim için önemli bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik hisleriyle tükenirim.						
6. Kötü hissettiğimde, dünyada benim gibi kötü hisseden pek çok kişi olduğunu kendi kendime hatırlatırım.						
7. Zor zamanlar geçirdiğimde kendime daha katı (acımasız) olma eğilimindeyim.						
8. Herhangi bir şey beni üzdüğünde hislerimi dengede tutmaya çalışırım.						
9. Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde kendi kendime birçok insanın aynı şekilde kendi hakkında yetersizlik duyguları yaşadığını hatırlatmaya çalışırım.						
10. Kişiliğimin sevmediğim yanlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızım.						
11. Çok sıkıntılıysam, kendime ihtiyacım olan ilgi ve şefkati gösteririm						
12. Kendimi kötü hissettiğimde diğer insanların çoğunun benden mutlu olduğunu düşünme eğilimindeyim.						
13. Acı veren bir şey olduğunda, durumu dengeli bir bakış açısıyla görmeye çalışırım.						
14. Başarısızlıklarımı insan olmanın bir parçası olarak görmeye çalışırım.						
15. Sevmediğim yanlarımı gördüğümde kendi kendimi üzerim.						

BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME ÖLÇEĞİ

Hemen hepimizin yaşamında hoş olmayan kötü şeyler olabilmekte ve bu olaylara verdiğimiz tepkiler de birbirinden farklı olabilmektedir. Aşağıdaki cümlelerde başınıza gelmiş olan olumsuz ya da nahoş olaylar karşısında genellikle ne düşündüğünüz sorulmaktadır. Her bir cümleyi okuduktan sonra sizin durumunuza en uygun seçeneği işaretleyerek yanıt vermeniz istenmektedir.

Hiç Nadiren Ara sıra Sıklıkla Her zaman

1) Bunun suçlusu benim diye düşünürüm.

() () () () ()

2) Artık bu olayın olup bittiğini kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.

() () () () ()

5) Yapabileceğim en iyi şeyi düşünürüm.

() () () () ()

7) Her şey çok daha kötü olabilirdi diye düşünürüm.

() () () () ()

8) Yaşadığım olayın başkalarının başına gelenlerden daha kötü olduğunu düşünürüm.

() () () () ()

9) Bu olayda başkalarının suçu olduğunu düşünürüm.

() () () () ()

10) Bu olayın tek sorumlusunun ben olduğumu düşünürüm.

() () () () ()

11) Durumu kabullenmek zorunda olduğumu düşünürüm.

() () () () ()

12) Zihnim yaşadığım olay hakkında ne düşündüğüm ve hissettiğimle sürekli meşgul olur.

() () () () ()

16) Diğer insanların çok daha kötü tecrübeler geçirdiklerini düşünürüm.

() () () () ()

19) Bu olayda yaptığım hataları düşünürüm.

ANKETLERİN UYGULANMASI İÇİN ETİK KURUL ONAY RAPORU



T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 17.01.2018
TOPLANTI SAYISI : 2018-2

KARAR NO:2018-2-9: Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans öğrencisi Elif Nazlı YAŞA'nın "Sağlık Çalışanlarının Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Ve Öz Anlayış Düzeylerinin Anksiyete Düzeyleri İle İlişkisinin İncelenmesi" konulu tezi hakkında yapacağı anket sorularının, etik kurallara uygun olup olmadığını tespit etmek üzere, Etik Kurulumuzun 05.12.2017 tarih ve 2017-23 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurallara uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

ASLI GIBİDİR

Prof.Dr.Nuri KURUOĞLU
Rektör Yardımcısı