

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS PERSONELİ ÖFKE KONTROL DÜZEYLERİ
VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN ŞİDDETE MARUZ KALMA
DURUMLARINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gözde Yıldız DAŞ

**Samsun
Şubat-2014**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİS PERSONELİ ÖFKE KONTROL DÜZEYLERİ
VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN ŞİDDETE MARUZ KALMA
DURUMLARINA ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gözde Yıldız DAŞ

**Danışman
Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI**

**Şubat-2014
Samsun**

TEŞEKKÜR

Tüm yüksek lisans eğitimim süresince bana rehberlik eden, yol gösteren, deneyimleriyle her konuda bana destek olan ve her ihtiyacımda yardımını esirgemeyen danışman hocam Sayın Doç. Dr. İlknur AYDIN AVCI'ya,

Çalışmam süresince bana destek veren, yardımcı olan ve samimiyetini içtenlikle hissettiren canım arkadaşım Öğr. Gör. Oya Sevcan ORAK'a,

Çalıştığım kurumda bana her zaman destek olan ve çalışmamıza destek veren değerli mesai arkadaşlarıma ve araştırmanın yapıldığı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tüm çalışanlarına,

Çalışmam süresince ilgisini, sevgisini, desteğini, içtenlik ve samimiyetle hissettiren ve hep yanımda olan ağabeyim Vaner DAŞ'a ve eşi Gülnur DAŞ'a

Hayatımın her alanında desteğini, sabrını, sevgisini ve şefkatini esirgemeyen çocukları olmaktan gurur duyduğum annem Bahriye DAŞ ve babam Hayrettin DAŞ'a çok teşekkür ederim.

Bu tez Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü tezleri destekleme projeleri kapsamında PYO.SSY.1904.13.001 kodlu proje olarak desteklenmiştir.

ÖZET

ACIL SERVİS PERSONELİ ÖFKE KONTROL DÜZEYLERİ VE İLETİŞİM BECERİLERİNİN ŞİDDETE MARUZ KALMA DURUMLARINA ETKİSİ

Amaç: Bu araştırmada acil servis personeli öfke kontrol düzeyleri ve iletişim becerilerinin şiddete maruz kalma durumlarına etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Materyal ve Metot: Bu araştırma Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 11 Nisan-15 Ekim 2013 tarihleri arasında çocuk acil ve yetişkin acil kliniklerinde çalışan 283 sağlık çalışanına anket uygulanması yöntemiyle, kesitsel araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır. Verilerin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan 19 sorudan oluşan tanımlayıcı özellikler anket formu, sürekli öfke ve öfke kontrol ölçeği ve iletişim becerileri envanteri kullanılmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilmesi için etik kuruldan ve hastane yetkililerinden gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamındaki sağlık çalışanlarının yaş ile öfke kontrol düzeyi arasında; medeni durum ile öfke içte tutma ve öfke kontrol düzeyleri arasında; çalışılan pozisyon ile öfke içte tutma düzeyleri arasında; eğitim durumuna göre öfke içte tutma, öfke dışa vurma, öfke kontrol düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Yaş ve çalışılan pozisyona göre iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarına göre öfkeyi içte tutma alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının %78,4'ü şiddete uğramıştır. Yaş arttıkça öfke kontrol düzeyleri ve zihinsel, davranışsal, genel iletişim becerileri artmaktadır. Evli sağlık çalışanlarının öfkeyi içte tutma ve öfke kontrol düzeyleri, bekarlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Lisanüstü eğitime sahip olan sağlık çalışanlarının öfkeyi içte tutma ve öfke kontrol düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının genel iletişim becerileri arttıkça sürekli öfke düzeyi, öfkeyi içte tutma ve öfkeyi dışa vurma düzeylerinin azaldığı; öfkeyi kontrol etme düzeylerinin ise arttığı bulunmuştur.

ABSTRACT

**THE EFFECT OF THE ANGER MANAGEMENT LEVELS AND
COMMUNICATION SKILLS OF EMERGENCY DEPARTMENT STAFF ON
BEING EXPOSED TO VIOLENCE**

Purpose: The purpose of this study is to find out the effect of anger management levels and communication skills of emergency room staff on their state of being exposed to violence.

Material and Method: This study was conducted in Ümraniye Training and Research Hospital between the dates 11 April and 15 October 2013 by using a questionnaire applied to 283 health personnel working in the children and adult emergency room clinics, in accordance with the principles of cross-sectional study. The data was collected through a 19 item descriptive features questionnaire form prepared by the researcher in line with the literature, trait-state anger management inventory and communication skills inventory. Necessary permissions were taken from the ethics committee and the authorities of the hospital.

Findings: Statistically significant differences were found between the health workers' ages and their anger control levels; between their marital status and their anger-in and anger control levels; between their working position and anger-in levels; and between their anger-in, anger-out and anger control levels based on their level of education. Statistically significant differences were also found between age and communication levels based on the personnel's working position. The difference between the anger-in subscale of health personnel based on their state of being exposed to violence was found to be statistically significant.

Result: 78,4% of the health workers had been exposed to violence. Anger control levels and mental, behavioral and general communication levels increased with age. Anger-in and anger control levels of married health workers were found to be higher than those of single health workers. Anger-in and anger control levels of postgraduates were found to be higher. It was also found that as the general communication levels of the health workers increased, their trait anger levels, anger-in levels and anger-out levels decreased while their anger control levels increased.

Key words: Anger; Anger Management; Communication Skills; Health Workers at Emergency; Violence.

**Gözde Yıldız DAŞ, Thesis of Master in Science
Ondokuz Mayıs Üniversitesi-Samsun, February-2014**

İÇİNDEKİLER

ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Öfke	6
2.1.1. Öfke Kavramı	6
2.1.2. Öfkenin Tanımı	9
2.1.3. Öfkenin Nedenleri	16
2.1.4. Öfkenin İşlevi	18
2.1.5. Öfkenin Ortaya Çıkardığı Sorunlar	21
2.1.6. Öfke İfade Etme Biçimleri.....	23
2.1.7. Öfke Yönetimi	32
2.1.8. İş Yerinde Öfke ve Şiddet.....	34
2.1.9. Sağlık Personellerine Yönelik Şiddet.....	36
2.1.10. Sağlık Ortamında Şiddete Yol Açan Faktörler ve Sonuçları	38
2.1.11. Şiddeti Önleme Yöntemleri ve Şiddet İle Profesyonel Yöntemlerle Başa Çıkma	41
2.2. İletişim	42
2.2.1. İletişim Nedir.....	42
2.2.2. Bedenle Sözsüz İletişim	44
2.2.3. İletişim Sürecindeki Unsurlar.....	46
2.2.4. İletişimin Boyutları	48
2.2.5. İletişimin Özellikleri.....	49
2.2.6. İletişim Gerekliliği	49
2.2.7. İletişimin Amaçları	52
2.2.8. İletişimin Teknikleri	53
2.2.9. İletişim Ortamı	54
2.2.10. İletişimi Engelleyen Bireysel ve Çevresel Koşullar.....	55
2.2.11. İletişimin Hasta Yönünden Önemi	56

2.3. Sağlık Çalışanlarında Öfke ve Öfke Kontrolü ve İletişim Becerileri.....	58
3. MATERYEL ve METOT	66
3.1. Araştırmanın Şekli	66
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	66
3.3. Araştırmanın Yöntemi	66
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	66
3.5. Verilerin Toplama Araçları.....	66
3.5.1. Tanımlı Özellikler Soru Formu	67
3.5.2. Sürekli Öfke ve Öfke Kontrol Ölçeği	67
3.5.3. İletişim Becerileri Envanteri	68
3.6. Verilerin Toplanması	70
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	70
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	70
4. BULGULAR.....	71
5. TARTIŞMA.....	83
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	92
KAYNAKLAR	96
ÖZGEÇMİŞ	116

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Duygular içinde önemli bir yeri olan öfke genellikle aile, iş, sağlık ve yasal problemler nedeniyle ortaya çıkar. Öfke, şiddeti ve sürekliliği bakımından değişkenlik gösteren ve genelde duygusal bir yükseliş ve hatalı bir davranışa maruz kalma gibi bir algı ile ilişkili olan negatif bir duygu durumudur (Canbuldu, 2006).

İnsanlar hem öfkenin neden olduğu olumsuz sonuçlar, hem de kültürel nedenlerden dolayı öfkelenmekten korkmakta ve öfkesini göstermek istememektedir (Erkek ve ark., 2006).

Öfke; iş ortamında yaşanan engellenmeler, zorlanmalar ve yoğun stresörlere duygusal bir tepki olarak da değerlendirilmektedir. Çalışma ortamının gergin olmasının, organizasyonel süreçte fikirlerin alınmamasının, ortak hedeflerin olmamasının, kuruluşlar arasında rekabet varlığının, hemşirelerin çatışmaya daha eğilimli hale gelmelerine ve yoğun öfke duygusu yaşamalarına neden olduğu bildirilmektedir (Thomas, 2004).

İnsan sağlığının bedensel ve ruhsal açıdan iş hayatından yansıyan çok yönlü streslerin etkisi altında kaldığı açıktır. İş hayatının doğurduğu en önemli stres kaynaklarından birisi insanlar arası ilişkilerdir. Birçok çalışma, koroner kalp hastalıkları, yüksek tansiyon, gerginlik ve depresyona kişinin işinden ve çalışma şartlarından memnun olmayışının sebep olduğunu bildirmektedir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

İş hayatından yansıyan stresler ve bunların sonuçları -doğrudan veya dolaylı – gerçekte dünya üzerindeki herkesi ilgilendirmektedir. İş hayatı, insanın çalışırken geçirdiği saatleri fazlasıyla aşan ve hayatın her cephesine yayılan bir öneme sahiptir. Kişinin sahip olduğu iş, onun toplumsal statüsünü, hayattan aldığı doyumunu, ailesine sağladığı imkanları ve hayattan aldığı zevki belirler. Hayatı güzelleştirmek ve sağlığı korumak için bireysel çabaların hiçbir zaman elden bırakılmaması gerekirse de, iş hayatından yansıyan stresler o kadar geniş bir çerçeveyi kapsamaktadır ki, bu stresleri sağlığı tehdit etmeyecek düzeye indirmek esas olarak bireysel çabaları aşmaktadır (Baltaş ve Baltaş, 1993).

İşyerlerinde uyum-iletişim sorunları, öfke, tükenmişlik, yıldırma, stres-depresyon şikayetleri artmakta, iş-özel yaşam dengesi günümüz çalışanın en önemlisorunlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır. İşyerlerinde çalışanların bedensel sağlıkları için özel sağlık sigortası, iş yeri hekimliği, sağlıklı yaşam üniteleri gibi yatırımlar yapılmakta ancak zihinsel, ruhsal, davranışsal ve sosyal iyilik halleri aynı ölçüde yeterince desteklenmemektedir (Herdem, 2009).

Yaşadığımız toplumda şiddet içeren olaylar giderek yaygınlaşmaktadır. Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet eylemleri sağlık kurumlarını da ciddi biçimde etkilemekte ve çalışanların tükenmişliğine ve verimsizliğine neden olmaktadır (Çamcı ve Kutlu, 2011).

Sağlık ortamında hekime ve sağlık çalışanlarına şiddet son yıllarda artış göstermektedir. Hastaneler sağlık çalışanları için belki de gün geçtikçe tehlikeli ortamlar olmaktadır. Bu durumda hekimler ve sağlık çalışanları kendini güvende hissetmemektedir. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değişimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliği sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır. Amacı insanlara yardım ve tedavi olan hekimlerin ve sağlık çalışanlarının güvenli koşullarda çalışması ve olabilecek şiddet riskinin azaltılması en doğal haklarıdır (Annagür, 2010).

Sağlık çalışanlarına şiddet uygulamada, hastalar kadar hasta yakınlarının da eğilimli oldukları gösterilmiştir. Şiddete neden olan davranışları ele aldığımızda gündelik yaşamın sıradan etkileşimleri olarak kabul edilebilir. Bazıları belirli koşullar altında bir defaya has hoş gelebilir düzeyde ya da davranışı yapan kişinin o anki ruh halinin kötü olduğu varsayılarak anlayışla karşılanabilir. Ancak, iş yerinde devamlı ve çok sık tekrarlanan bu davranışların anlamları ve boyutları zamanla değişmekte ve tehlikeli sosyal davranışlara dönüşmektedir (Canbuldu, 2006).

Çalışma birimi açısından en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kalmakta olduğu gösterilmiştir. Acil servisler, acil müdahale gerektiren vakaların, yaralanmaların, riskiyüksek hastaların kısacası hayat ile ölüm arasındaki çizginin yüksek gerilimle yaşadığı yerlerdir. Bu nedenle hem acil çalışanları hem hasta ve hasta sahipleri için stresli mekânlardır. Endişeli hasta ve yakınları tetkik ve konsültasyonlar nedeni ile tedavinin uzamasını geç müdahale olarak algılayabilir. Bu nedenle de sağlık

çalışanı sorumlu tutulabilir ve hasta yakını saldırganlaşma eğilimi gösterebilir (Ayrancı ve ark., 2002).

Hastane ortamında hemşireler hastaların özellikle sözel öfke ifadeleriyle sıkça karşılaşmakta ve genelde hastaların öfkesini kendi benliklerine bir tehdit olarak algılayıp ya doğrudan hastaya öfkelenme ve bunu davranışlarıyla yansıtmaya, ya da kızgınlığını hissettirmek için hastanın yanından uzaklaşma gibi dolaylı yollarla öfke duygusu yaşamaktadırlar (Doğan ve ark., 2001).

Hemşirelerin sağlığının bozulması; iş gücü kaybı, verimin düşmesi, kurum ve ülke için ekonomik kayıp, kazaların artması ve hizmet sundukları birey ya da hastaların risk altına girmesine neden olacaktır. Bu nedenle hemşirelerin çalışma koşullarından kaynaklanan risklerin belirlenerek ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesi için çalışmalar yapılırken, öfke duygularıyla sağlıklı baş edebilmeleri ve öfke duygularının hissettirdiği enerjiyi sağlıklı yönlendirebilme yeteneklerinin geliştirilmesi ve bu enerjiyi bakımın kalitesini artırmada kullanabilmeleri oldukça önemlidir (Bayrı, 2007).

Hemşirelerin çoğu zaman hastaların öfkeli davranışları karşısında şok oldukları, hastaların gerçeğini anlayamadıkları ve hastadan uzaklaştıkları belirtilmektedir (Thomas, 2004).

Hasta ve hasta yakınları çoğunlukla ne yapacaklarını bilemedikleri için korku ve endişe içinde olurlar. Kendi durumlarını diğer hastalardan daha acil bulmaları, triaj gerekliliğinin toplumda benimsenmemiş olması sebebiyle acil olarak müdahale beklentileri olur. Bu durum çoğu zaman acil servis çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasında sürtüşmelere sebep olur (Akkoç, 2011).

Hemşirelik hizmetlerinde iletişim becerilerinin önemi büyüktür. Hemşireler hasta ve sağlıklı bireylere hizmet sunarken öncelikle anlamayı daha sonra anlaşılmayı beklemelidirler. Hemşire kendini tanımaya çalışmalı, güçlü ve zayıf yanlarının farkına varabilmeli ki kendisini olumlu yönde geliştirebilsin. Ancak bu şekilde bakım verdiği bireylerle doyumsuz ilişkiler kurabilir. Sağlıklı iletişim kurabilme becerisi hemşirenin kişilerarası ilişkilerini geliştirmesine ve devamında da hizmet verdiği personelin memnuniyetinin artmasına neden olacaktır (Kumcağız ve Ark., 2010)

İlişkilerin temelini oluşturan iletişim; duygu, düşünce, bilgi ve görüşlerin; konuşma, yazı, resimler ve diğer sembollerle karşılıklı aktarılmasıdır. Genel anlamda; kişilerin birbirlerini anlayabilmek için aralarında oluşturdukları haber alış-verişi olarak

da tanımlanmaktadır. İletişimde amaç, kişide yeni bir tutum geliştirmek, mevcut doğru durumu desteklemek, doğru olmayan tutumu değiştirmek ve ortak bir anlayış oluşturmaktır (Erci, 2010).

İletişimin, hemşire ve sağlık ekibinin diğer üyeleri arasındaki ilişkinin temelini hazırlayıcı rolü vardır. Uyer, hemşirelik teorisyenlerinin iletişimi hemşireliğin kendine özel işlevlerinin özü olarak nitelendirdiğini; Sarvimaki'nin ise hemşireliği, temeli insan davranışları üzerine kurulu etkileşim ve inançlar olarak tanımladığını bildirmiştir (Uyer, 2000).

Hemşireler çalıştıkları kurumlarda hasta bakım hizmetleri verirken gerek hasta ve gerekse hasta yakınları ile sürekli iletişim halindedirler. Bu önemli görevi icra eden hemşirelerin hastalarını memnun edebilmeleri için etkili iletişim becerisine sahip olmaları gerekmektedir (Kumcağz ve ark., 2010).

Sağlıkta iletişim söz konusu olduğunda amaç; saptanan sorunlar ve gereksinimlere yönelik olumlu davranışlar geliştirmek, var olanları desteklemektir. Sağlığa uygun davranış geliştirmek; önce sağlığı bozucu risk faktörlerini tanımak, aileyi bu konuda bilgilendirmek ve bu bilgileri davranışa geçirmekle olasıdır. Bilgiyi davranışa dönüştürmenin en etkili yolu ise birey, aile ve toplum ile güçlü bir iletişim kurmaktır (Erci, 2010).

Son yıllarda sağlık çalışanlarına yönelik öfke ve şiddet olaylarında artışlar görülmektedir. Sağlık çalışanlarının psikolojik ve fiziksel sağlığının bozulması, iş gücü kaybına, sağlık alanında bakım, tedavi ve verimin düşmesi, kurum ve ülke için ekonomik kayıplara, hizmet sundukları birey ya da hastaların risk altına girmesine neden olacaktır. Bu nedenle sağlık çalışanlarının çalışma koşullarından kaynaklanan risklerin belirlenerek ortadan kaldırılması gerekmektedir. Bu zamana kadar bu alanda yapılan çalışmalar nedene yönelik iken, çalışmamızda sorunun çözümüne yönelik, geleceğe ışık tutması ve bundan sonraki çalışmalara veri tabanı oluşturması amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada yapılan diğer araştırmalardan farklı olarak acil servislerde çalışan personelin şiddete uğrama durumu, bu duruma sağlık personelinin öfke düzeyi ve iletişim becerilerinin etkisi incelenecektir. Öfke ve iletişim becerisi şiddete maruz kalmada en önemli belirleyiciler arasında yer almaktadır. Özellikle acil servis gibi hasta ve ailelerinin yoğun stres yaşadıkları ve yaşadıkları stresi sağlık personellerine yönlendirilebilecekleri bir klinikte sağlık personelin iletişim becerisi ve öfke kontrolü çok önemlidir.

Bu çalışmada, acil servis personeli öfke kontrol düzeyleri ve iletişim becerilerinin şiddete maruz kalma durumlarına etkisinin araştırılması amaçlanmaktadır.

1.3. Araştırma Soruları

- 1.Acil serviste çalışan sağlık personellerinin öfke düzeyi nedir?
- 2.Acil serviste çalışan sağlık personellerinin iletişim düzeyi nedir?
3. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin tanıtıcı özellikleri öfke düzeyini etkiler mi?
4. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin tanıtıcı özellikleri iletişim düzeyini etkiler mi?
5. Acil serviste çalışan sağlık personellerinin öfke düzeyi ile iletişim düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
6. Acil servis personelinin öfke ve öfke kontrol düzeyleri şiddete maruz kalma durumlarını etkiler mi?
- 7.Acil servis personelinin iletişim becerileri şiddete maruz kalma durumlarını etkiler mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Öfke

2.1.1. Öfke Kavramı

İnsanoğlu var olduğundan beri, davranış ve tutumlarını belirleyen olumlu ve olumsuz duygular taşır. Birey günlük yaşantısında herhangi bir davranışta bulunurken sürekli değişik duygular içerisinde bulunur. Bireyin düşünce ve davranışlarını farklı yönlerden etkileyen sevgi, sevinç, öfke, nefret, tikslenme, kaygı, vb. sözcüklerle ifade edilen olumlu, olumsuz pek çok duygu vardır. Kişinin uyum ve uyumsuzluklarını belirleyen duygularına karşı farkındalık kazanması, kendi duygularını ve bunların doğurduğu sonuçları fark etmesi, bunları dile getirmesi, kişinin kendi iç dünyasını tanıması, tercihlerini yapabilmesi, sahip olduğu kaynakların ve gücün farkında olmasını sağlar (Akdeniz, 2007).

İnsan biopsikososyal ve spiritüel bir varlıktır. Fiziksel alanda oluşan bir sorun, sosyal ve psikolojik alanı da etkileyebilmektedir. Ruhsal bozuklukların çoğunluğu, bu alanlar arasındaki etkileşim sonucunda oluşan dengesizlikten doğmaktadır. Ayrıca duygusal-ruhsal alandaki etkilenmeler, bedende de bazı patolojik değişimler yaratabilmektedir. Kısaca, her bir alanda meydana gelen bir değişim, diğer alanlarda da karşılık bulmaktadır. Bu nedenle insan değerlendirilirken; biyolojik, sosyal, psikolojik, kültürel ve spiritüel boyutları ile bir bütün olarak ele alınmalıdır (Öz, 2004).

İnsanın özellikleri ve koşulları sağlığını, insanın sağlığı aile ve toplumun sağlığını belirlemekte, toplum ve çevre koşulları da insanın sağlığını etkilemektedir. Sağlık insan yaşamındaki en önemli kavramdır. İnsanın sosyal bir varlık olarak kendinden beklenen şeyleri yapabilmesi, üretken olabilmesi, kendisi, ailesi ve ülkesi için bir şeyler yapabilmesi ancak sağlıklı olmasıyla mümkündür (Erci, 2010).

Korku, üzüntü ve kaygı gibi birincil duyguların sonucunda ortaya çıkan öfke duygusu, çoğu zaman bireylerin farkında olmadan yaşadıkları bir duygudur. Biyolojik olarak öfke duygusunun eşlik ettiği tepkiler genellikle, insan sinir sisteminin, içsel ve dışsal istekler, davranışlar ve baskılar karşısında verdiği bir stres tepkisi olarak değerlendirilir. Bütün bu tepkiler, insanın, psikolojik ve biyolojik güvenliğini sağlamasına ve yaşamını devam ettirmesine yardım ederler. Duygular, insan doğasında genetik olarak bulunurlar.

Duyguların insan genetiğinde bulunmayan ve sonradan öğrenme yaşantılarıyla kazanılan yönü ise, bu duyguların nasıl yaşanacağıdır. Diğer bir ifadeyle insan, duygularını nasıl yaşayacağını (ifade edileceğini – ortaya koyacağını) sonradan öğrenir. Öğrenmenin etkisi en fazla öfke duygusunun yaşanması (ifade edilmesi) üzerinde kendisini göstermektedir (Akkoç, 2011).

İnsanların kendileriyle ve içinde yaşadıkları toplumla uyum içinde hayatlarını devam ettirmelerinde duygu, düşünce ve davranışlar önemli yer tutar. Duygu ve heyecanlar, davranış ve yaşantımızla birlikte meydana gelir. Hayat boyunca karşılaştığımız olaylar ve davranışlar bizim duygu ve heyecanlarımızın harekete geçmesi ve şekillenmesinde de etkili olurlar. Örneğin, sevilmemek ve sayılmamak insanı üzer; başarılı olmak, mutlu eder; engellenmek ve hakarete uğramak ise öfkelenir. Duygular, insanın kendisini daha iyi veya daha kötü hissetmesine sebep olurlar, ama bir insanı iyi ya da kötü olarak değerlendirmeye tek başına yetmezler. Olumlu duyguların hissedilebilmesi için insanın öncelikle yeme, barınma ve korunma gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmış olması gerekmektedir. Temel ihtiyaçları karşılanmayan insanlarda olumsuz duygular harekete geçer. İşte öfke de olumsuz bu duygulardan biridir (Yeğin, 2010).

Günümüzde teknoloji alanındaki hızlı gelişmeler sosyal, ekonomik, kültürel alanları da etkilemektedir. İnsanoğlu değişen değerlere ve rollere uyum sağlamada zorlanmaktadır. Aile, iş ve toplumsal yaşamda bireyden beklenen görevlerin ve sorumlulukların artışı, kişilerin ihtiyaçları ve becerileriyle zaman zaman uyumsuzluk göstermektedir. Bu durum kişilerde, yeni stres kaynaklarını oluşturarak yetersizlik, çaresizlik, yalnızlık, kaygı ve engellenme duygularının ortaya çıkmasını neden olmaktadır (Öz, 2008).

İnsan hayatının önemli bir parçası olan duyguların hayatımızda önemli bir yeri vardır. Olumlu ya da olumsuz varlığımıza çeşitlilik ve heyecan eklerler. Pek çok insan, duyguları olumlu veya olumsuz olarak sınıflandırmaya yönelirken ve sırasıyla kendi uyarıcı unsurlarına yaklaşırken ya da bunlardan kaçınırken her duygu kendi içinde biraz zarar barındırabilir veya yararlı bir amaca hizmet edebilir. Neşe, onur ve memnuniyet gibi “olumlu” duyguların getirileri açıktır ancak korku, suçluluk, öfke gibi “olumsuz” duygular da yararlı olabilir (Canbuldu, 2006).

Kendi duygularını tanıma ve uygun bir şekilde ifade etme becerisi yeterli düzeyde gelişmemiş olan bireyler, her tür duygusunu öfke ile ifade etmekte ve olaylar karşısında kolayca öfke patlamaları yaşamaktadır. Bu durum çatışma ve sürtüşmelere neden olmakta, sağlıklı duygu ve düşünce alışverişine engel olabilmektedir. Bireyin sağlıklı ilişkiler kurması ve sürdürebilmesinde, içinde bulunduğu sosyal çevresine, rollerine ve gelişim dönemlerine uygun davranışları sergilemesi önem taşır. Ayrıca içinde bulunduğu koşullarda kendisini uygun biçimde ifade edebilme becerisi de bireyin iyi ilişkiler geliştirmesinin ve ruh sağlığının temelinde yer alır (Öz, 2008).

Öfke, günlük hayatımızda önemli bir yere sahip hakkında en çok konuşulan duygularımızdan olup, kişiler arası ilişkiler, fiziksel ve ruhsal sağlık, mesleki başarı gibi birçok konuda önemli etkileri bulunmaktadır (Danışık, 2005).

Öfkeli davranış, kişi için pek çok davranış arasından seçilmiş bir davranıştır. Bu davranışı seçmiş olmasının ona bir yararı olacağını düşünmüş olabilir. Öfkeli davranış ile kendi gereksinimlerine başkalarının ilgisini çekmeyi amaçlamış olabilir. İstemediği şeylerden kaçmış olabilir. Öfkeli davranışı ile bir başka durum veya kişiyi kontrol etmeyi amaçlayabilir (Türk Tabipleri Birliği, 2013).

Genel olarak öfke doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen duygusal tepkidir. Öfke diğer duygular gibi son derece doğal, evrensel ve sağlıklı olarak ifade edildiğinde yapıcı ve kişiler arası iletişimi düzeltici olabilen bir duygudur. Ancak öfke kontrol edilemeyen ve yıkıcı bir biçimde davranışlara yansyarak saldırgan ve son derece tahrip edici tepkilere dönüşme potansiyeline sahiptir. Temel olarak öfke davranışı için çözüm arayan, kontrol edilmesi gerektiğini düşünen ve bunun için yardım arayan kişiler azınlıkta olmasına rağmen öfke, günlük yaşamımızda sanıldığından daha fazla etkin olmaktadır (Soykan, 2003).

Öfke ile ilgili literatür incelendiğinde öfkenin hem sağlıklı bir duygu hem de zararlı sonuçlara neden olan bir duygu olduğu göze çarpmaktadır. Günlük yaşantımızda sıklıkla yaşadığımız önemli bir duygu olan öfkenin olumsuz ifade edilmesinin ve ya kontrol edilememesinin sonuçları bireyler için ağır olabilmektedir (Canbuldu, 2006).

Kişi tarafından kabul edilen, anlaşılan, ifade edilmeye çalışılan bir öfke duygusu etkin, işe yarayan, üretken bir durumdur. Oysa kontrol edilemeyen, inkar ya da bastırma ile yok sayılan bu tür duygular, kişinin hem kendisi hem de çevresi için zararlı olma potansiyeli taşımaktadır (Soykan, 2003).

Nelere erişmek, nelerden kaçmak istediğimizi belirleyen ve yönlendiren duygularımız, güdüleyici ve yönlendirici bir kuvvettir. Bu kuvvetlerden araştırmanın konusu gereği öfke duygusu ele alınmıştır. Öfke, insanların doğuştan sahip oldukları, onlara fiziksel ve ruhsal anlamda var olmaları için rehberlik eden doğal bir duygudur (Yazgan, 2007).

Öfke genelde olumsuz sonuçlara neden olurken, motivasyon ve hedef oluşturma davranışlarındaki artış gibi olumlu davranışları ve bilişleri de kamçılayabilir. Averill (1983) öfkeyi kışkırtan olayların çoğunluğunun saldırgan hareketlerle sonuçlanmadığını saptamıştır. Daha da özelleştirecek olursak, bu olayların yalnızca %10'u fiziksel bir saldırı hareketi ile sonuçlanmaktadır. Bunun yanı sıra öfke kişilerarası yararlı ilişkilere de sebep olabilir. Örneğin, öfke olaylarının üçte biri karşı tarafın davranışsal olarak boyun eğmesi gibi olumlu bir sonuca ulaşan bastırılmış kişiler tarafından anlatılmaktadır (Canbuldu, 2006).

Danışık'ın (2005) aktardığına göre Schuerger öfkeyle ortaya çıkan enerji, farkına varıldığında, gereksinimini fark ederek, bu yönde davranışa geçmesi için bireyi güdülediğini; böylece öfkenin, bireyin yaşadığı engeli aşması ve amacına ulaşması yönünde kullanılabildiğini belirtmiştir. Öfke, kişi tarafından kabul edilip tanındığında, uygun zamanda, uygun kişiye, yapıcı şekilde ifade edildiğinde olumlu birtakım işlevlere sahip olmaktadır (Danışık, 2005).

2.1.2. Öfkenin Tanımı

Öfke, günlük hayatımızda önemli bir yere sahip olan duygularımızdan biridir. Evrensel bir duygu olmakla beraber, her kültürde farklı şekilde yaşanmaktadır (Baklaya ve Hisli Şahin, 2003).

İnsan psikoloji ile ilgili araştırma yapanlar öfkeyi 'kısa süreli delilik' şeklinde yorumlamaktadırlar. Çünkü öfke akıl kontrolünün belli müddet yok olmasıdır. Öfke duygusu dışa vurulan ve içte yaşanan; diğer bir anlatımla 'insanın rengini kızartan öfke ve 'rengini beyazlatan öfke' olarak ikiye ayrılmaktadır. Yüzünü kızartan öfke, kişinin kızgın olduğu taraf için daha tehlikesizdir, ancak insanın uzun sürede kazandığı saygınlığa zarar verebilir. Rengini beyazlatan öfke daha tehlikelidir.

Çünkü kızgın kişi öfkesini belli ettiğinde çevresi onu anlar. Ama insanın simasını beyazlatan, korkuyla karışık olduğundan onu savunmaya iter ve hem kendisine hem de başkalarına zarar verebilir. Bastırılan öfke depresyonu artırır, psikomatik hastalıklar ortaya çıkar (Tarhan, 2012).

Öfke, değişen süre ve yoğunluğu ile negatif duygusal durum olarak tanımlanır. Ailesel, yasal ve psikolojik sorunları ile ilgili olarak önemi nedeniyle, çeşitli tedavileri etkileri ile mücadele ve sonuçlarını azaltmak için klinik psikoloji literatüründe kullanılmıştır (Vecchio ve O’leary, 2004).

Genellikle öfke, kızgınlık ve saldırganlık birbirleriyle yakın bağlantısı olan kavramlardır. Saldırganlığa ilişkin öğretiler kuramlar varsayımlar, öfke ve kızgınlık için geçerli olduğu gibi bunun tersi de doğrudur. Öte yandan öfkeli ve kızgın olmak saldırgan bir davranış için gerekli olan öznel haberdarlık ve hazırlık durumunun son aşaması olarak kabul edilmiştir. Ayrıca saldırgan davranışların duygusal düzeyinde öfke ve kızgınlıktan başka değişik derecelerde kin, nefret, düşmanlık, şiddet gibi bütün yok edici duygular da bulunabilir (Köknel, 1983).

Öfke, hafif bir tepkiden hiddete varan farklı yoğunluklarda yaşanabilmektedir. Bazen kısa süreli, orta yoğunlukta ve hatta bu düzeyde yararlıyken, bazen de sürekli, şiddetli ve yıkıcı olabilmektedir (Erkek ve ark., 2006).

Danışık’ın (2005) aktardığına göre, Averil öfke sonucu ortaya çıkan enerji motivasyonunu arttığını, bireyin uzun ve kısa süreli amaçlarını gerçekleştirmek için harekete geçmesini sağladığını bildirmiştir (Danışık, 2005).

Çoğunlukla öfke hatalı, kötü bir duygulanım ve coşku durumu olarak değerlendirilir. Oysa öfke bir sınır içinde bireyin kendi varlığını koruması, tanıtması ve çevreye kabul ettirmesi için gereklidir (Köknel, 1983).

Öfke, Biagio tarafından (1989), gerçek veya var sanılan bir engellenme, tehdit veya haksızlık karşısında oluşan bilişlerle ilgili ve kişiyi rahatsız edici uyarıcıları ortadan kaldırmaya yönelten, güçlü bir duygu olarak tanımlarken, Törestad (1990) öfkenin planlanarak ortaya çıkan bir durum olmadığını, çoğunlukla, engellenme, haksızlığa uğrama, eleştirilme, küçümsenme gibi durumlarda oluştuğunu belirtmektedir. Spielberg ve arkadaşları (1991) öfkeyi, basit bir “sinirlilik” veya “kızgınlık” halinden, yoğun “hiddet” durumuna kadar değişen dereceli bir duygusal durum olarak tanımlamaktadır.

Novaco (1999) öfkeyi, bilişsel-davranışsal model çerçevesinde, bilişsel olarak öfke diye etiketlenen ve düşmanlık (antagonist) içerikli bilişlerin eşlik ettiği, yoğun bir fizyolojik uyarılma durumu olarak tanımlamakta (Akt.: Balkaya ve Hisli Şahin, 2003).

Öfke karmaşık insane duygularından biridir. Öfke hastalık ve hayal kırıklığı için ortak bir tepkidir. Birisi tehdit edildiğinde (fiziksel ya da sözlü tehdit olsun), taleplerine veya amaçlarına ulaşmasının engellenmemesi için büyük olasılıkla kızarak karşı atağa geçer (Eslamian ve ark., 2009).

Öfke ile ilgili literatür incelendiğinde öfkenin hem sağlıklı bir duygu hem de zararlı sonuçlara neden olan bir duygu olduğu göze çarpmaktadır. Günlük yaşantımızda sıklıkla yaşadığımız önemli bir duygu olan öfkenin olumsuz ifade edilmesinin veya kontrol edilememesinin sonuçları bireyler için ağır olabilmektedir (Canbuldu, 2006).

Öfke, insanın mutluluk, üzüntü, korku, kaygı, kıskançlık, iğrenme ve nefret gibi temel duygularından biridir (Akdeniz, 2007).

Öfke, insanların kendilerini korumaları ve hayatta kalabilmeleri için gerekli olan evrensel bir duygudur. İnsana özgü tüm duygular gibi öfke duygusu da kabul edilebilecek, anlaşılabilir ve gerekli hallerde kontrol edilebilecek bir duygudur (Özbay, 2008).

Öfke, sağlıklı olarak yaşandığında son derece işlevsel olabilen bir duyguyken, kontrol edilemediğinde hem kişi hem de çevresi için oldukça zararlı olabilen bir duygudur (Soykan, 2003).

Öfkenin tanımlarına kısaca göz attığımızda, genellikle öfkenin engellenme, haksızlığa uğrama şeklinde, kişilerin fiziksel ve psikolojik olarak varoluşuna yönelik tehdit nedeniyle duyulan korku sonucunda ortaya çıkan ve bireyin kendini korumasına imkan veren doğal bir duygu olduğunu görürüz (Yazgan, 2007).

Öfkenin dışa yansıtılması kişilerarası çatışmalara, negatif benlik algısına, benlik saygısında düşmeye neden olabilir. Artan öfke, kontrol edilmesi güçleştiğinden başkalarına yöneltilebilir (Erdem ve ark., 2008).

Öfke kimi zaman kısa süreli, orta şiddette ve hatta kişiye faydalı, kimi zaman ise, çok şiddetli, yoğun, sürekli ve tahrip edici olabilmektedir. Bu duygunun açık bir şekilde, doğrudan ifade edilmesinin yıkıcı bir özelliği olduğu düşünüldüğünden, öfke pek çok kültürde olumsuz bir şekilde değerlendirilmektedir (Balkaya ve Hisli Şahin, 2003).

Öfkenin olumlu ya da olumsuz bir duygu olarak nitelendirilmesi öfkeye neden olan koşullara, öfkenin uyum sağlayıcı sonuçlarına ve öfkenin öznel algılamalarına bağlıdır (Harmon-Jones ve Harmon-Jones, 2009).

Danışık'ın (2005) aktardığına göre Deffenbacher; öfkeyi, sosyal beceri eksikliğinin bir sonucu olarak yaşanan çatışma durumunda ortaya çıkan duygu durumu olarak tanımlamış (Akt.: Yılmaz, 2009).

Danışık (2005), öfkeyi bireyin istek ve ihtiyaçları engellendiğinde, beklentileri gerçekleşmediğinde, varlığına veya kişiliğine yönelik bir tehdit ya da hakaret algılandığında yaşanabilen temel bir duygu olarak tanımlamıştır (Danışık, 2005).

Öfke, günlük hayatımızda önemli bir yere sahip hakkında en çok konuşulan duygularımızdan olup, kişiler arası ilişkiler, fiziksel ve ruhsal sağlık, mesleki başarı gibi birçok konuda önemli etkileri bulunmaktadır (Danışık, 2005).

Dilimizde, tam bir benzerlik göstermeseler de kızgınlık ve öfke birbirlerinin yerine sıklıkla kullanılmaktadır (Soykan, 2003).

Törestad öfkenin planlanarak ortaya çıkan bir durum olmadığını, çoğunlukla, engellenme, haksızlığa uğrama, eleştirilme, küçümsenme gibi durumlarda oluştuğunu belirtmektedir (Balkaya ve Hisli Şahin, 2003).

Öfke, insanın mutluluk, üzüntü, korku ve nefretten oluşan beş temel duygusundan biridir ve insan için doğal bir duygulanımdır (Ulutürk, 2006).

Öfke; mutluluk, neşe, sıkıntı gibi temel duygulardan birisidir. Diğer duygularda olduğu gibi psikolojik ve sosyal temelleri vardır. Değişik yoğunluklarda ve etkileşim içinde yaşanır, fizyolojik göstergeleri, etkileri ve sonuçları vardır. Bazı araştırmacılar öfkeyi olumsuz bir duygu olarak tanımlarken bazıları da olumlu olarak değerlendirmektedirler. Özellikle öfkenin tanınması sonucu bireylerin öfke duygularını olumlu ve yapıcı bir şekilde ifade edebildiklerini belirtmektedirler (Togan, 2005).

Bireyin istek ve ihtiyaçları engellendiğinde, beklentileri gerçekleşmediğinde, varlığına veya kişiliğine yönelik bir tehdit ya da hakaret algılandığında yaşanabilen temel bir duygudur (Danışık, 2005).

Öfke, insanların kendilerini korumaları ve hayatta kalabilmeleri için gerekli olan evrensel bir duygudur. İnsana özgü tüm duygular gibi öfke duygusu da kabul edilebilecek, anlaşılabilir ve gerekli hallerde kontrol edilebilecek bir duygudur (Özbay, 2008).

Öfke: Öz farkındalık, sembolleştirme, sosyal yaşam ve biyolojik saldırganlık sistemi ile ilgili bir çatışma duygusudur (Miçooğulları, 2007).

Sürekli öfke: Çok sayıda durumun can sıkıcı ya da engelleyici olarak algılama ve buna bağlı olarak sık durumluk öfke yaşama durumu olarak tanımlanır (Miçooğulları, 2007).

İçselleştirilmiş öfke: Karşılaşılan olumsuz durumlar sonucu oluşan öfke duygusunu bireyin kendi bünyesinde tutması yani dışarıya yansıtmadan kendi içerisinde yaşamasıdır (Miçooğulları, 2007).

Dışsallaştırılmış öfke: Bireyin öfke duygusunu hissettiği andan itibaren sözle veya fiziksel yolla bu duyguyu karşındakine aktarmasıdır (Miçooğulları, 2007).

Kontrol Altına Alınmış Öfke: insanın öfkesini gerek içselleştirilmiş gerekse de dışsallaştırılmış hali ile kontrol altına alabilmesi yeteneğidir yani öfkenin doğru ifade edilebilmesidir (Miçooğulları, 2007).

Öfke bir problem çözme aracı, bir öç veya intikam yolu, bir haklı olma yolu, başkalarını kontrol etme yolu, başkalarını suçlama biçimi, suç işlemek için veya şiddet göstermeye bir neden değildir (Soykan, 2003).

Öfkelenmenizden kendi kişisel kuruntularınız sorumlu olabileceği gibi, daha önceden başınızdan geçmiş ve sizi öfkelenenmiş bazı olayların anıları da sorumlu olabilir (Kökdemir, 2004).

Öfkenin kontrol edilmesi, yalnızca öfkeyi hiç ifade etmemek olarak düşünülmemelidir. Doğru yerde ve zamanda, doğru kişiye, doğru sebeple ve en uygun şekilde dışa vurmak önemlidir. Müdüre öfkelenildiği için, kendi altında çalışan başka bir kişiye patlayan bir çalışan, sorununa çözüm bulamadığı gibi, örgütsel atmosferin olumsuz etkilenmesine ve yeni problemlerin ve öfke kaynaklarının oluşmasına neden olabilir (Yılmaz, 2007).

Öfke duygusuna korku eşlik ettiğinde öfkenin şekli değişir ve saldırganlık eğilimi ortaya çıkar (Tarhan, 2012).

Psikologlara göre, öfkelendiğimizde 5 boyut birbiriyle ilişkili ve eş zamanlı olarak aktif olur. Bu boyutlar:

*Biliş – O andaki düşüncelerimizdir.

*Duygu – Öfkenin yol açtığı fiziksel uyarıdır.

*İletişim – Öfkemizi çevremizdekilere yansıtma biçimimizdir.

*Etkileşim – Öfkeli olduğumuzda hayatı algılayış biçimimizdir.

*Davranış – Öfkeli olduğumuzda sergilediğimiz davranışlardır (Kökdemir, 2004).

Öfke duygusu sıklıkla yıkıcı, saldırgan davranışlarla sonuçlanmasına rağmen uyum sağlayıcı işlevleri de vardır. Bunlar altı madde ile özetlenebilirler.

Öfke;

*Enerji verir.

*Süregelen davranışın uyarıcılığını azaltarak acıya engel olur.

*Diğer insanlara yönelik olumsuz duyguların açıklanmasını kolaylaştırır.

*Kaygıyı dış çatışmaya çevirerek, ego tehdidine karşı kendini savunur.

*Saldırganlık için içsel ve öğrenilmiş bir uyarıcı olarak, davranışta bulunma yönünde güdüler ve güçlendirir.

*Stresle basa çıkmada, başlangıçta bir kışkırtıcı olarak olayı ayrıştırır (Akt.: Canbuldu, 2006).

Öfke duygusu gerekli hallerde kontrol edilemediğinde, kişinin kendisi için ve diğer kişiler için yıkıcı olabilmekte, saldırgan davranışlara dönüşebilmekte ve doğrudan ya da dolaylı olarak sapmış davranışın ve suçun oluşmasına neden olabilmektedir. Kontrol edilemeyen öfke duygusu, kişilerarası sorunlu ilişkilere, boşanmaya, eş ve çocuk tacizine, okul kavgalarına, iş verimliliğinin düşmesine, fiziksel ve ruhsal sağlığın bozulmasına, trafik terörüne, sokak kavgaları gibi pek çok kişisel ve toplumsal probleme neden olabilmektedir (Özbay, 2008).

Yaşam kalitesi insanın sosyal yaşamını kapsayan önemli bir kavramdır. İnsanın duyguları, olaylara verdiği tepkileri ve sonuçları yaşam kalitesini etkilemektedir. Temel duygularımızdan birisi olan öfke duygusu ve ifadesi, psikosomatik tıpta ele alınması gereken bir durumdur (Ulutürk, 2006).

İnsanların çoğu iyi işler yapıp da takdir edilmedikleri zaman karşısındaki kişinin hoşlanmadığı şeyleri yapmaya başlarlar. Bu da karşılıklı olarak sınırları geren ve tarafları öfkeye götüren bir durumdur. Ancak bu tavır, şiddetli öfkeden çok onaylanma ihtiyacından kaynaklanır. Bu ihtiyacı anlaşılan ve giderilen insan, karşısındakini kızdıracak şeyler yapmaz. Fakat kızgınlık devam ettiği takdirde, insanı muhatabına zarar vermeye götürür. Övgü cimrisi olmak insanı hoşlanmadığı durumlarla karşı

karşıya getirebilir. Bu da öfkeyi çoğaltır. Takdir etmeyi bilen kimseler ilişkilerinde öfke duygusunu azaltmayı başarabilirler (Tarhan, 2012).

Öfke, nefret ve kin duyguları yıkıcı olmaktan öte, zehirli duygulardır. Çünkü insanın psikolojik kimyasında hasar oluştururlar (Tarhan, 2012).

Öfke ve kırgınlık aslında içsel bir duyguyken, saldırganlık gibi yıkıcı davranışlar haline dönüşebilmektedir. Saldırganlık söz konusu olduğunda ise ortaya çıkan sonuçlar çok daha ciddi olmaktadır. Bu nedenle, öfkenin belki de en istenmeyen biçimde ifadesi olabilen saldırganlık davranışlarının, öncelikle anlaşılması ve sonuçlarının kontrolü için çalışılması gereklidir (Soykan, 2003).

Öfke, işlevsel olabilen bir duygu olmasına rağmen belirgin, geri dönülemez ve ceza gerektirir davranışların kökeninde yer alan bir duygu da olabilir (Soykan, 2003).

Öfke- düşmanlık duygularının ifadelendirilmesinde bireysel farklılıklar söz konusudur. Öfke tepkileri öğrenilmiş davranışlardır. Çocukluk yıllarında saldırganlıkla istediğini elde eden ve böylece ödüllendirilen insanlarda öfke karşısında kullanılan saldırgan tepki kimliğine yerleşir (Terakye, 1994).

Öfke engellenme ve korku karşısında ortaya çıkan bir tepki olup, 'köpürme' adı verilen aşırı derecesinde bilinç bulanıklığına ve davranış bozukluklarına yol açabilir. Belirli bir sınır içinde öfke karşılaşılan engeli aşmak, hoş olmayan durumdan kurtulmak için gerekli tutum ve davranışta bulunma olanağı verir. Başka bir deyişle öfke insanın uyumunu sağlayan yönde iş gören bir niteliği vardır. Bu nedenle öfke, belirli bir sınır içinde, diğer duygulanım ve coşkular gibi, kişiliği koruyucu yönde işlev yapabilir. Ayrıca çocukluktan yaşlılığa kadar çeşitli çağlar içinde öfkeyi ortaya çıkaran koşulların ve öfkenin anlatım biçiminin kişilik yapısının gelişmesinde ve yapılanmasında olumlu olumsuz birçok katkısı olabilir. Yaş ilerledikçe öfkeyi doğuran temel ilkeler ve koşullar aynı kalmakla birlikte, özel koşullarda büyük değişiklik olmaktadır (Köknel, 1983).

Çoğunlukla öfke hatalı, kötü bir duygulanım ve coşku durumu olarak değerlendirilir. Oysa öfke bir sınır içinde bireyin kendi varlığını koruması, tanıtması ve çevreye kabul ettirmesi için gereklidir (Köknel, 1983).

Duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol edebilme ve gerektiğinde başka alanlara kaydırabilme yetisi insanı diğer varlıklardan ayıran önemli bir özelliktir. Her insanda farklı şiddette ve görünümde; üzülme, sevinme, suçluluk ve öfkelenme gibi birçok duygu vardır.

Yer ve zamana göre duygu ve düşüncelerini denetleyebilme yetisi bireyin kendi iç huzuru açısından önemli olduğu gibi; yakın akrabaları, mesleki ve sosyal çevresiyle uyumlu ilişkiler kurabilmesi açısından da önemlidir. Yaşamının çoğunu büyük ya da küçük topluluklar içinde geçirmek zorunda olan her bir insanda öfke hissinin sürekli baskılanması bazı sıkıntılara yol açabilir, fakat küçük olaylar karşısında bile çıldırmaşçasına tepki verme davranışları daha büyük sorunlara kaynaklık yapmaktadır (Özen ve ark., 2010).

Günlük yaşam içinde sıklıkla yaşanan bu duygu temelde en az iki kişinin mutsuzluğuna neden olmaktadır. Öfke, hem yöneldiği hedefi hem de kaynağını olumsuz bir yaşantı içine sokmaktadır. Burada öfkeyi yaşayan için, öfkenin kontrolü, öfkenin yöneldiği kişi içinse, gelen bu öfkeyle nasıl baş edileceği önemli bir sorundur. Duygusal, fizyolojik ve bilişsel boyutlarda yaşanan öfkenin, yoğun ve istenmeyen etkilen göz önüne alındığında ciddi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Soykan, 2003).

Öfke duygusunun kontrolsüzlüğü sonucunda oluşabilecek tüm olumsuzluklara rağmen, öfke duygusu diğer duygular gibi yaşamın devamında var olmaya devam edecek bir duygudur. Bu nedenle kişilerin öfke duygularını kontrol etmeyi öğrenmeleri kişisel ve toplumsal sağlık açısından gereklidir (Özbay, 2008).

2.1.3. Öfkenin Nedenleri

Öfke duygusunun nedenlerini, bireyin kendisine başkalarına ve başına gelenlere yani dünyaya karşı olan yanlış inanış ve düşünceler oluşturmaktadır (Soykan, 2003, Tambağ ve Öz, 2005).

Genellikle öfkeye yol açan nedenler arasında; engellenme, haksızlığa uğrama, fiziksel incinme ve yaralanmalar, tacize uğrama, hayal kırıklığı, saldırıya uğrama, tehditler sayılabilir (Kökdemir, 2004).

İnsanları öfkelendiren sebepler, önemsenmeme, aşağılanma, keyfi bir tutumla karşılaşma ve saldırıya uğramaktır. İnsan haz yaşamaya dönük bir canlıdır. Bebek hayata bütünüyle haz duygusunu yaşamaya yönelik başlar. İnsanın haz duygusunun önüne çıkan düzenlemelerin başında eğitim ve terbiye gelir. Haz dünyasını engelleyecek her durum, olay veya kişi, insandaki öfke duygusunun en başta gelen sebebidir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

İnsanın neden öfkelendiği esas olarak aynı sebebe dayansa bile, her dönemin kendine özgü engellenmeleri vardır. Çocukluk döneminde eğitim, terbiye ve çocuğun isteklerinin karşısına dikilen yasaklar onu öfkeye sürükler. Ergenlik döneminde genç, iki temel istek arasında sıkışır. Bir taraftan ailesinden kopmak, bağımsız olmak isterken, diğer taraftan güvensizlik ve yetişkinlerin desteğine duyulan ihtiyaç, çatışma ve öfkeye sebep olur. Yetişkinlikte rekabet şartları, sorumlulukların getirdiği zorunluluklar insani engeller ve öfke doğurur. Bu arada reddedilme duygusu, ister toplum tarafından olsun, ister aile veya arkadaşlar tarafından olsun, insanda şiddetli bir öfke doğmasına sebep olur. Orta yaştan ileri yaşa geçenlerde gelecekle ilgili güvensizlik ve bunun getirdiği sınırlamalar engellenme duygusuna ve öfkeye yol açar (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Öfke genellikle engellenmişlik - çaresizliğin ifadesidir ve iletişimi engeller. Çocukluk dönemlerinde engellenmelerle karşılaştırılmayan insanlar çok kolay engellenmişlik hisseder ve dolayısı ile şiddetli öfke tepkisi verirler. Öfke davranışında amacın üstünlük elde etmek olduğu belirtilir. Her zaman üstünlük yaşamaya gereksinimi olan bazı insanlar öfkeyi davranış sistemi haline getirebilirler, üstünlük duygularını sonlandıracak en ufak bir nedenle şiddetli öfke yaşayabilirler. Öfkelenme, düşmanlık değerler sistemimizin onaylamadığı duygulardır. Genellikle insanın mükemmel olmaya koşullanmışlığı ve kuralcı düşünce yapısı nedeni ile insan, değerler sisteminin onaylamadığı duyguları inkar etmeye ya da baskılamaya programlanmıştır (Terakye, 1994).

Öfke ifade bulamazsa, migren türü baş ağrıları gibi psikosomatik sorunlar, değersizlik duygularını ele alamamaya bağlı depresyon ve çeşitli savunma mekanizmalarının harekete geçmesi söz konusu olur. Kaynağına yönelemeyen öfke basit bir olay karşısında kontrolsüz abartılı tepkiler verilmesine neden olabilir (Terakye, 1994).

Öfkesi ve kızgınlığından ötürü insanın kendisini suçlu hissetmesi doğru değildir. Sağlıksız olan, öfkenin saldırganlığa dönüşmesidir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Açık ve doğrudan ifade edilen öfkenin esas olarak iki sebebi vardır: Birincisi, birey öylesine doludur ki, herhangi bir olay bardağı taşıran son damla olur. Bu durumu kişinin öfkesine sebep olan olayla, verdiği tepkinin orantılı olmayışından anlaşılır. Küçük bir olayın sebep olduğu büyük öfke patlamaları bu konuda kolayca verilebilecek örnektir. Bu tür tepkiler çok kere hayatında büyük doyumsuzluklar olan kimseler

tarafından verilir. Hayatında birçok doyumsuzluk olan insanlar, engellemelerden ötürü öfke ile yüklüdürler. Bu sebeple küçük bir kıskırtma büyük bir patlamaya sebep olabilir. Açık ve doğrudan ifade edilen öfkenin ikinci sebebi, duygusal gelişmemişliktir. Duygusal açıdan olgunlaşmamış kimseler istediklerini seslerini yükselterek, saldırganlık göstererek almaya alışırlarsa, bu onlarda bir alışkanlık haline gelir ve bütün hayatları boyunca bu davranışı göstermeye devam edebilirler.

Hiç şüphesiz bu durumun kökleri çocukluktaadır. Çocuk ilk tecrübelerinde öfkesini saldırganlığa dönüştürerek istediğini elde ederse, bu onun için ödül olur ve benzer durumda benzer biçimde davranır. Böylece tipik bir şartlanma doğar (Baltaş ve Baltaş, 1993).

2.1.4. Öfkenin İşlevi

Duygularımız yaşamsal varlığımızın en temel öğelerindendir. Bu nedenle bilinip tanınması bireyin kendisine ait duygularını ve isteklerini fark edip ifade etmesi açısından gereklidir. Birey duygu ve isteklerini fark edebildiğinde içindeki potansiyel enerjiye ulaşabilir ve hedefe yönelik davranışlarının itici güç kaynaklarına ulaşabilir. Duyguları fark edip tanıma becerisi bu nedenle çok önemli bir beceridir. Duygu, düşünce ve isteklerinin farkında olan birey kendisini daha iyi tanır. Kendini iyi tanıyan birey günlük yaşamda daha sağlıklı ilişkiler kurarak, mutlu ve üretken birisi olarak yaşamını daha anlamlı yapma şansını artırır (Akdeniz, 2007).

Öfke yaşantımızda hem yapıcı hem yıkıcı fonksiyonları olan bir duygu olup bu fonksiyonlar öfkenin ifade biçimlerine göre değişmektedir. Bazı kişiler bu tür duyguları sıklıkla bastırmayı, yok saymayı tercih ederken bazıları ise saldırganca ifade ederek kendisine ve çevresine zarar vermektedir. Oysa kişi tarafından kabul edilen, anlaşılabilir, ifade edilmeye çalışılan, kontrol edilebilen bir öfke duygusu etkin, işe yarayan, enerji veren bir durumdur. Fakat kişiler öfkelendiklerinde kendilerini haklı gördükleri ve sürekli savunma içinde oldukları için, öfke duygusunun kontrolü diğer duygulara göre daha zordur. Bu nedenle bireyin öfke duygusunu tanıması, öfke duygusunu kontrol edebilmesi, öfkesini uygun zamanda uygun kişiye yöneltebilmesi, olumlu bir yaşam sürdürebilmesi, çevresi ile sağlıklı ilişkiler kurabilmesi için temel teşkil etmektedir (Damışık, 2005).

Öfke konusunda bilinmesi gereken en önemli nokta, öfke duygusunun ortaya çıkmasının ya da yaşanmasının engellenemeyeceğidir. Çünkü öfke duygusu doğal bir duygudur. Bu nedenle öfke duygusu insanın hiçbir zaman yok sayamayacağı bir duygudur. Bireyin, doğal bir duygu olan öfkesini, kendisine ve çevresine zarar vermeden yaşayabilmesi için de, bireyin öncelikle öfkesini fark ederek tanınması, olumlu bir biçimde ifade etmekten korkmayarak, onu sağlıklı bir biçimde yaşaması gerekmektedir (Miçooğulları, 2007).

Birçok çalışmada sağlıklı biçimde ifade edilemeyen ve bastırılmaya çalışılan öfkenin kronik kalp damar hastalıklarına, baş ağrısına, yüksek tansiyona ve mide hastalıklarına yol açarak kişinin fiziksel sağlığı için ciddi tehditler oluşturduğu tanımlanmaktadır. Öfkenin ne bastırılması ne de inkar edilmesi sağlıklı ve etkili bir ifade yolu olarak görülmemektedir. Sonuçta her tür öfkenin kişiyi uyarıcı, koruyucu veya harekete geçirici bir işlevi vardır. Dolayısıyla öfke organizmayı bir problem olduğunda uyarır ve kendisine zarar verici veya saldırgan davranma eğiliminden kişiyi haberdar etmede etkin bir rol oynar. Öfkenin sağlıklı olarak yaşanıp ve yönetilebilmesi için kabul edilmesi, nedenlerinin ve biçiminin anlaşılması ve kesinlikle saldırgan biçimlerde ifadesinin kontrol edilmesi gereklidir (Soykan, 2003).

Temel olarak öfke davranışı için çözüm arayan, kontrol edilmesi gerektiğini düşünen ve bunun için yardım arayan kişiler azınlıkta olmasına rağmen öfke, günlük yaşamımızda sanıldığından daha fazla etkin olmaktadır. Dünyanın bugün içinde bulunduğu zorlayıcı yaşam koşulları, güvenliğin ve sosyal güvencelerin yetersiz oluşu, ekonomik koşulların aileleri zorlaması insanları daha gergin, sıkıntılı, çaresiz ve engellenmiş hale getirmektedir. Kişiler bu engellenmelerin sonucunda kronik olarak uyarılmış ve gerilmiş hale gelebilmektedirler. Ancak asıl sorun, günlük yaşamda birçok sorunla karşılaşmaktan çok, kişilerin kendilerinde hissettikleri öfkenin şiddeti ve bu tür duyguları üzerinde ne kadar kontrol sahibi olduklarıdır. Öfke başlıca üç objeye ilişkin ortaya çıkmaktadır, kişinin kendisine, diğerlerine ve başına gelenlere yanı yaşadığı dünyaya karşı (Soykan, 2003).

Kişi tarafından kabul edilen, anlaşılan, ifade edilmeye çalışılan bir öfke duygusu etkin, işe yarayan, üretken bir durumdur. Oysa kontrol edilemeyen, inkar ya da bastırma ile yok sayılan bu tür duygular, kişinin hem kendisi hem de çevresi için zararlı olma potansiyeli taşımaktadır.

- * Öfke bir problem çözme aracı değildir.
- * Öfke bir öç alma veya intikam yolu değildir.
- * Öfke başkalarını suçlama biçimi değildir.
- * Öfke şiddet göstermeye veya suç işlemek için bir neden değildir.
- * Öfke başkalarını kontrol etme yolu değildir.
- * Öfke bir haklı olma yolu değildir (Soykan, 2003)

Sonuçta ortaya çıkışı nasıl olursa olsun, aslında öfke de diğer birçok duygu gibi anlaşılabilen, kabul edilebilen, kontrol edilebilen ve etkin bir biçimde kullanıldığında işe yarayabilen bir duygudur (Soykan, 2003). Her şeyden önce şunu belirtmek gerekir ki, öfke normal ve sağlıklı bir duygudur. Öfkesi ve kızgınlığından ötürü insanın kendisini suçlu hissetmesi doğru değildir. Sağlıksız olan, öfkenin saldırganlığa dönüşmesidir (Baltaş ve Baltaş, 1993). Engellenmeler bir enerji doğurur. Bu enerji yapıcı da kullanılır, yıkıcı da. Sağlıklı bir biçimde dışlaştırılmış öfke amaca yöneliktir, çoğunlukla toplumsal olarak kabul edilebilir bir biçimdedir ve çok kere uzun vadede kişiye yarar getirmesi mümkündür. Yapıcı olarak kullanıldığında öfke zihinsel ve bedensel güç verir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Öfkeden yapıcı olarak yararlanmak için üç şart gerekir:

Birincisi, öfkenin esiri olmamaktır. Buna öfkeyi kontrol etmek de diyebiliriz. Öfkenin kontrol edilemediği durumlarda, kişi başlangıçta gitmeyi düşünmediği kadar ileri gidebilir. Böyle bir durumda kontrol kişinin elinden çıkmış, bir yönüyle ortaya çıkan durumun akışına kalmış ve bir yönüyle de karşı tarafın eline geçmiş demektir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

İkinci şart, kişinin öfkesini bastırmaya planlanmış olmamasıdır. Kişi öfkesini kabul etmez, bunu normal yollardan dışlandırmaktan kaçınırsa, bu durumun doğurduğu tepkinin sonucu, sağlıksız bir öfke patlaması olarak ortaya çıkabilir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Öfkeden yapıcı olarak yararlanmanın üçüncü şartı, toplumun öfkenin dürüst ve doğrudan ortaya konuşunu kabul edebilir bir yaklaşıma sahip olmasıdır. Bazı toplumlar, özellikle Doğu toplumları, bazı gruplar arasında öfkenin ortaya konmasını hoş karşılamazlar. Bastırılmış ve kabul edilmeyen öfke, dolaylı ve zararlı yollardan ortaya çıkar. Bu sebeple öfkenin işaretlerini tanımak çok önemlidir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

2.1.5. Öfkenin Ortaya Çıkardığı Sorunlar

Öfkeyi ortaya çıkaran anksiyete enerjimizi tüketir ve davranışlarımızın kontrolünü güçleştirir. Zaman ve enerji kazanabilmek için ve öfkenin yapıcı davranışlarla ifade edilebilmesi için öfke karşısında duyguya yönelen baş etme yöntemleri yarar sağlar (Terakye, 1994).

*Öfke duygusunun iletişimi engellemesi önlenabilir.

*Öfkenin enerji üretme işlevi vardır, davranışa ivme verir harekete geçirir.

*Öfkenin anlamlılık işlevi vardır; öfkenin açıkça ifadelendirilmesi ilişkiyi anlamlı hale getirir, iletişim kuranların birbirlerini anlamalarını kolaylaştırır.

*Öfkenin anksiyeteye tepki olarak ego savunması işlevi vardır.

*Öfke baş etme konusunda yeni davranışlara ihtiyaç duyulduğu konusunda organizmayı uyarır.

*Öfke insana güçlülük - üstünlük - olaylara kontrol koyabilme duyguları verir (Terakye, 1994).

Öfke duygusu, sürtüşme çatışmaları alevlendirebilir. İnsanın yaşamında sürtüşme ve çatışmaların çıkması kaçınılmazdır. Karşımızdakinin duygularına aldırılmazsak çatışma çıkmayabilir. Kızgınlık duyguları yadsınırsa bu kez de yabancılaşma olur. Oysa çatışma ve tartışmanın çok doğal bir şey olduğunu kabul etmek önemlidir. Çatışmayı yok sayan, tartışacak bir şey yok gibi davranan, açık olmayan kişilerle iletişimi sürdürmek güçtür. Bir insanla aynı fikirde olmadığımızı hissettiğimizde kendi fikrimizi savunma eğilimindeyizdir. Oysa farklı fikirlerle bir arada olabilmeyi öğrenmek öfkenin daha az yaşanmasını sağlayabilir. Öfkeli bir insan karşısında "yardım etme" işlevini harekete geçirebilmesi için hemşirenin öncelikle kendi duygularını kontrol etmesi gereklidir. Öfkenin ele alınmasındaki en önemli adım kendimizi tanımamız, neden öfkelendiğimizi kavramamızdır (Terakye, 1994).

Öfkenin doğrudan ortaya konması her zaman en doğru yol olmayabilir. Öfkenin doğurduğu enerji ortaya çıkmışsa, ilişkileri sağlıklı bir zeminde sürdürmek çok zordur. Öfkenin sebebi gerçekçi değil ise, böyle bir durumla mücadele etmek çok daha güçtür. Öfkenin açıkça ifade edilmesi çok kere problemin çözümünü güçleştirir.

Öfkenin saklanması da karşı taraf için aynı ölçüde kışkırtıcı olabilir. İnsan hayatında bu durumlar ender rastlanan durumlar değildir. Bu tür problemlerin çözülmesinde temel ilke, karşılıklı ve sağlıklı iletişimidir. Kişiler sükunetlerini muhafaza edip, o sırada tartışma konusu olan problemi konuşmaya yönelmedikçe anlaşma sağlanamaz (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Öfkeyi ele almada yararlıdır:

- *Öfkeli olduğunu kabul etmesine yardım
- *Aşırı şefkatle yaklaşma
- *Yumuşak, koruyucu davranma
- *Nedenini araştırmasına yardım
- *Duygusal baş etmeyi destekleme (Terakye, 1994).

Öfkeyi ele almada yararsızdır:

- *Durumu şaka ile geçiştirmeye çalışma
- *Enerjiyi yapıcı kullanmaya
- *Duygularını tartışmaya yönlendirme zorlama
- *Güvenlik alanına girmeme
- *Umursamama, sindirme
- *Gerektiği Kadar sınırlamaya, korkutmaya çalışma (Terakya, 1994).

Öfke genelde olumsuz sonuçlara neden olurken, motivasyon ve hedef oluşturma davranışlarındaki artış gibi olumlu davranışları ve bilişleri de kamçılatabilir. Yaşam kalitesi insanın sosyal yaşamını kapsayan önemli bir kavramdır. İnsanın duyguları, olaylara verdiği tepkileri ve sonuçları yaşam kalitesini etkilemektedir. Temel duygularımızdan birisi olan öfke duygusu ve ifadesi, psikosomatik tıpta ele alınması gereken bir durumdur (Ulutürk, 2006).

Duygunun gücü, belirli miktarlarda enerjiyi de açığa çıkarır. Enerjinin büyüklüğü duyguların gücüyle doğru orantılı olduğu için duygular, organizmanın enerji depolarıdır. Eğer bu duygular bilinip kabul edilirse onların taşıdığı enerji iyi bir biçimde yönlendirilebilir. Aksi takdirde birey, olumsuz duyguların taşıdığı enerjiyle şaşkınlığa düşecek ve ne yapacağını bilemez bir hale gelecektir.

Örneğin, uygun hedefe, uygun yollarla yönelmeyen öfke ve kızgınlık bireyin algı alanının sınırlarını daraltarak yönü belli olmayan ve sahibini vuran bir bumeranga

dönüşebilir. Olumlu ya da olumsuz tüm duygular bireye aittir ve bunlarla yaşam kalitesinin artırılması ve yaşamın güzelleştirilmesi öğrenilmelidir (Akdeniz, 2007).

Öfkenin sağlıklı ve işe yarar olabilmesi için öncelikle varlığının kabul edilmesi ve tanınması gerekir. Öfkenin ifadesi kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Bazı kişiler bu tür duygularını sıklıkla bastırmayı, yok saymayı ya da inkar etmeyi tercih ederken, diğerleri öfkeyi bir süre bastırıp daha sonraları patlamalar şeklinde ifade eder. Bir kısım birey ise öfke ile davranmayı bir yaşam biçimi haline getirmiştir (Soykan, 2003).

2.1.6. Öfke İfade Etme Biçimleri

Öfke sonucunda ortaya çıkan enerji yapıcı olarak kullanıldığı zaman, öfke normal ve sağlıklı bir duygu olarak kabul edilir. Bu bireyin uygun davranışlarla tepkide bulunmasını sağlayarak bireye güçlülük, üstünlük, olaylara kontrol koyabilme duygularını yaşatır. Öfkenin açıkça ifade edilmesi ilişkiyi anlamlı hale getirir; iletişim kuranların birbirlerini anlamalarını kolaylaştırarak, kişiler arası çatışmalarını önler (Tambağ ve Öz, 2005).

Öfkenin insan yaşamında rolü büyüktür. Öfkenin yol açtığı olaylar evde, işyerinde ve okullarda sürekli bir artış göstererek 21. Yüzyılın en önemli sorunu haline gelmiş ve son yıllarda şiddet eylemleri artmıştır. Bütün bu nedenlerden dolayı öfke duygusunun, kişiliğin yeniden organizasyonu olan ergenlik dönemindeki bireylerin gelişimine katkı sağlayacak bir biçimde denetim altına alınması gereken bir duygu olduğu söylenebilir.

Birey tüm diğer duyguları gibi öfke duygusunu da tanıyıp kabul ederek sağlıklı bir biçimde ifade edebilme becerisini kazanmalıdır (Öz, 2008).

Öfke, özenle dikkate alınması gereken bir "işaretçi" dir. Neye işaret ettiğine gelince; öfkelenen kimsenin hakkı yeniyor, gereksinimleri ve istekleri karşılanmıyor, yaşamına ilişkin bir soruna gereken önemi kendisi vermiyor, içinde bulunduğu bir ilişki uğruna değer ve inançlarından ödün veriyor ya da gelişme ve yeteneklerini ortaya koyma şansını elinden alınıyor olabilir.

Özetlemek gerekirse, öfke iki temel nedenle ortaya çıkabilir. Bu nedenlerden birincisi bireyin kendisinden, ikincisi ise karşısındaki bireylerin onda oluşturduğu duygulardan kaynaklanabilir. Öfke, ister bireyin kendisiyle ilgili ister karşısındakiyle ilgili bir nedenden kaynaklansın, özenle üzerinde durulup çözümlenmesi gereken bir duygudur (Tarhan, 2012).

Öfkenin nasıl ifade edildiği çok önemlidir. Öfke, ifade edilme tarzına göre yorumlanmakta ve ifade edilişindeki sonuçları nedeniyle sorun yaşanmaktadır (Batıgün, 2004; Erkek ve ark., 2006).

Öfke, uygun bir şekilde ifade edilmediğinde, insanların öfkelenen kişiden uzaklaşmasına neden olabilir. Bu durum öfkelenen kişide olumsuz benlik kavramına, düşük benlik saygısına, kişilerarası ve aile içi iletişim çatışmalarına ve suçluluk duygusuna neden olabilir (Erdem ve ark., 2008; Erkek ve ark., 2006).

Öfke duygusu, ifade edilme biçimine göre yorumlanmaktadır. Öfkenin nasıl ifade edildiği konusunda bireyler arasında önemli farklılıklar bulunmakla birlikte, bazı bireyler öfkelerini içte tutarken, bazıları da dışa yönlendirmekte, bazı bireylerse çeşitli savunmalarla kontrol etmeye çalışmaktadırlar. Her bireyin, sosyalleşme süreci içerisindeki kazanımlarıyla kendine özgü düşünce yapısı, kişilik özellikleri ve durumsal koşullara uygun öfke ifade etme şekilleri gelişmektedir. Bu ifade şekilleri öfke-içte, öfke-dışta ve kontrol edilen öfke değişkenlerince ölçülmektedir (Bayrı, 2007).

Öfke duygusu gerekli hallerde kontrol edilemediğinde, kişinin kendisi için ve diğer kişiler için yıkıcı olabilmekte, saldırgan davranışlara dönüşebilmekte ve doğrudan ya da dolaylı olarak sapmış davranışın ve suçun oluşmasına neden olabilmektedir (Özbay, 2008).

Öfke duygusu, beraberinde ortaya çıkan fizyolojik belirtiler ile anlaşılabilir. Çoğu zaman öfke duygusuna eşlik eden fizyolojik belirtiler aşağıdaki gibidir: (Balkaya ve Hisli Şahin, 2003):

- _ Kas geriliminin artması
- _ Kasların çatılması
- _ Dişlerin gıcırdatılması
- _ Ters ters bakma
- _ Yumrukları sıkma

- _ Yüzün kızarması
- _ Titreme
- _ Uyuşma hissi
- _ Tıkanma hissi
- _ Vücudun çeşitli bölgelerinde seğirmelerin olması
- _ Terleme
- _ Kontrol kaybı
- _ Sıcaklık hissi
- _ Burundan soluma
- _ Dudakları ısırma
- _ Beynin zonklaması
- _ Baş ağrısı
- _ Hareketlerin hızlanması

Öfkeyi İfade Etmede Öfke Kontrolü

Öfkeyi doğru ifade etme becerisini kazanmaya “öfke kontrolü” denir. Öfke kontrolünde temel amaç; saldırganlıktan uzak, şiddet içermeyen, kişinin kendisine ve çevresindekilere zarar vermeyecek şekilde duygusunu ifade etme becerisini kazanmasıdır (Soykan, 2003).

- * Öfke, son derece normal ve yaşamın sürdürülmesi için gerekli bir duygudur.
- *Öfke, duygusal bir tepkidir.
- * Öfke, uyarıcı bir işarettir.
- *Öfke, kişiyi tehditlere karşı uyarır ve kendisini korumasına olanak sağlar.
- * Öfke, yem öğrenmeler için bir motivasyon kaynağıdır.
- * Öfke, sınırlandırılabilirdiği sürece sağlıklıdır ve işe yarar (Soykan, 2003).

Öfke kontrolünde temel amaç; saldırganlıktan uzak, şiddet içermeyen, kişinin kendisine ve çevresindekilere zarar vermeyecek şekilde duygusunu ifade etme becerisini kazanmasıdır.

Öfke duygusunun ifade edilme şekli:

- *Kültürel özellikler,
- *Beklentiler,

*Aileden ve çevreden öğrenilmiş davranışlar

*Eğitim durumu,

*Yaş ve

*Cinsiyet belirlemektedir (Ulutürk, 2006)

Genel olarak öfkenin uygun bir biçimde ele alınabilmesi konusunda yani öfke yönetiminde kullanılan yöntemler oldukça çeşitlidir. Burada önemli olan kişinin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda kullanılacak uygun yaklaşımın bulunmasıdır (Soykan, 2003).

Öfke duygusu ortaya çıktığı anda, bazı bireyler tepkilerini fiziksel ya da sözlü saldırıda bulunarak ortaya koyarlar. Bazı bireyler ise, öfkelendikleri zamanlarda edilgen ve dolaylı saldırganlığı tercih ederler ya da geri çekilme davranışı gösterebilirler. Bu durum "Öfke duygusunun her zaman saldırgan davranışa yol açacağı" biçimindeki yargının doğru olmadığını ortaya koymaktadır. Öfke yaşantılarının sonucunda saldırganlığın ortaya çıkması beklenebilir, fakat saldırgan davranış tek seçenek değildir, diğer davranış olasılıkları da bulunmaktadır. Bireyin öfkelendiği zaman nasıl hareket edeceği; bireyin o anda içinde bulunduğu konumu, konuyla ilgili genel durum, kültürel normlar, öfkenin şiddeti, benzer durumlarla ilgili daha önce geçirilen yaşantılar, öfke öncesi bireyin içinde bulunduğu durum gibi pek çok etmene bağlı olarak farklılık gösterir (Akt.: Özmen, 2004).

İnsanın öfkesini kontrol edebilmesinin yolu, öfkeyi eyleme dönüştürmekten geçer. Bunu yenmenin en güzel yöntemi, sorunu ertelemektir. 'Şu an da çok kızgınım o yüzden bu konuda karar vermemeliyim diyebilen ve hiddetlendiği konuyu sakinleşeceğini ve doğru düşünebileceğini öngördüğü saate kadar erteleyebilen, ortamı değiştiren insan duygularını dengelemekte zorluk çekmez. Öfkelendiği konuda sağlıklı karar verebilmek için kişinin sakinleşip kendine zaman tanınması en doğrusudur (Tarhan, 2012).

Öfkeli bir insanın öfkesini belirtmek için kullandığı değişik yollar vardır. Bunların başında öfkenin sözlü olarak anlatımı gelir. İnsanın karşısındakini küçük düşürücü, kırıcı, alay edici sözler kullanması, doğrudan ya da dolaylı olarak onu aşağılaması, kötülemesi, kişiliğine saldırması, umudunu, beklentisini kırması, türlü söylentiler çıkarması, sert kaba konuşmalarla sürekli engellemeler yapması, öfkenin

sözlü saldırganlıkla birlikte geniş bir yelpaze içinde anlatım olanağı bulunduğunu gösterir (Köknel, 1983).

Öfkeli haldeyken yapan yanlışlardan birisi de anlayıp dinlemeden karşımızdakini hemen suçlamaktır. Böyle davranarak kolaya kaçan insan, eksikliğini sahiplenmekten, sorumluluk almaktan sıyrılmış olur (Tarhan, 2012).

Temel olarak öfke davranışı için çözüm arayan, kontrol edilmesi gerektiğini düşünen ve bunun için yardım arayan kişiler azınlıkta olmasına rağmen öfke, günlük yaşantımızda sanıldığından daha fazla etkin olmaktadır. Dünyanın bugün içinde bulunduğu zorlayıcı yaşam koşulları, güvenliğin ve sosyal güvencelerin yetersiz oluşu, ekonomik koşulların aileleri zorlaması insanları daha gergin, sıkıntılı, çaresiz ve engellenmiş hale getirmektedir. Kişiler bu engellenmelerin sonucunda kronik olarak uyarılmış ve gerilmiş hale gelebilmektedirler. Ancak, asıl sorun, günlük yaşamda birçok sorunla karşılaşmaktan çok, kişilerin kendilerinde hissettikleri öfkenin şiddeti ve bu tür duyguları üzerinde ne kadar kontrol sahibi olduklarıdır. Öfke başlıca üç objeye ilişkin ortaya çıkmaktadır, kişinin kendisine, diğerlerine ve başına gelenlere yanı yaşadığı dünyaya karşı. Sonuçta ortaya çıkışı nasıl olursa olsun, aslında öfke de diğer birçok duygular gibi anlaşılabilen, kabul edilebilen, kontrol edilebilen ve etkin bir biçimde kullanıldığında işe yarayabilen bir duygudur (Soykan, 2003).

Öfkelerini içe vuran bireyler, kendilerinde öfke yaratan bir durumla karşılaştıkları vakit, hemen bir saldırgan tepki ortaya koymazlar fakat bu bireyler durumun önemini ve verecekleri tepkiyi uzun süre düşünürler. İçe vurulan öfke, ifade edilmek için güvenli bir yer arar (Özmen, 2006).

Oysa öfkenin bastırılması var olan enerjinin içe döndürülmesidir. Öfkenin bu şekilde yaşanması ise bireyin kendisine zarar vermesine neden olmaktadır (Erkek ve ark., 2006).

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

Öfkenin doğrudan gözlenebilen ifade biçimleri, Madlow (1972)'a göre, tokat atma, tekme atma, yüksek sesle konuşma, küfür etme, aşırı eleştirel olma, hata arama, tartışmacı ve saldırgan bir tavır içinde olma, suçlama, alay etme, öfke nöbetleri geçirme gibi açıkça kişinin başkalarını incitmeyi ya da çevreye zarar vermeyi istediğini gösteren sözel ve fiziksel tacizlerdir (Akt.: Soykan, 2003).

Öfkeyi İfade Etmede Cinsiyet Kavramı

Öfke, özellikle açık bir şekilde, olduğu gibi gösterildiğinde ve bu durum genelde insanlar öfke ile ilgili olarak ne kadar sıkıntıları olsa da genellikle bunu kabul edip konuyla ilgili yardım istemek yerine öfke ve benzeri duygularını daha çok bastırmaya, inkar etmeye ve yok saymaya çalışırlar (Soykan, 2003).

Öfkenin ifade ediliş biçimleri de çeşitlilik göstermektedir. Öfkenin ifade biçimlerinden birisi, belki de en önemlisi saldırganlık olarak görülmektedir (Balkaya ve Hisli Şahin, 2003).

Ademoğlunun önemli özelliklerinden birisi, kendini övenleri övmekten hoşlanmasıdır. Bunun zıddı olarak, öfke duyduğu kişileri de sevmez. Ancak öfkeyi telafi etmenin yolu, kendisini kızdıran kişinin niyetini sorgulamaktır. Eğer kişi karşısındaki bireyin olumsuz bir niyet taşıdığını görmüyorsa, o kimsenin hiç beklemediği ve istemediği bir iyilik yaparak öfkenin zararını telafi edebilir. Öfkeyi anlamak için duygu katmanlarımızı analiz edebiliriz. Çünkü bunu yapabilen kimse kızgınlığını dizginleyebilir. Öfkeyi dindirmede en önemli yöntem, durumu hızla sorgulamaktır. “Eğer böyle devam edersem, sonunda ne olur?” diye sormak mantığın devre dışı kalmasını önler. Öfkeli insanla geçinebilmenin inceliği, abartı ve yalana başvurmadan, onun değer verdiği özelliklerini ifade etmektir. Beğenilmek, reddedilme tehlikesini azalttığı için karşı tarafın öfkesini dindirebilir. Halbuki devamlı tenkit edilen kimse, reddedildiği duygusunu yaşar ve ortaya çıkan gerilimin etkisiyle öfkelenir. Bunun sebebi, yüce vasıfların farkında olunmadığı düşüncesidir. Fakat değerinin bilindiğini hissetmek, insanın küskünlüğünü ve öfkesini azaltır (Tarhan, 2012).

Kontrolsüz öfkenin hem birey hem de toplum üzerinde inanılmaz bir etkisi vardır. Öfke, genellikle suça ve şiddete yönelik davranışlarla ilgili olarak eş ve çocuk tacizi örneklerinde, toplu şiddet olgularında kendini göstermektedir. Bunun yanı sıra

öfke, kişilerarası sorunlu ilişkilere, boşanmaya, çalışma yaşamında üretkenliğin ve işlevselliğin bozulmasına, fiziksel ve ruhsal sağlıkta önemli sorunlara neden olabilmektedir. Günlük yaşam içinde sıklıkla yaşanan bu duygu temelde en az iki kişinin mutsuzluğuna neden olmaktadır (Soykan, 2003).

Öfke kontrolü ve bunun yararları günümüzde ve son yıllarda araştırılmaya başlanmıştır. 1960 ve 1970'lerde öfke kontrolü sağlayamayan kişilere bu beceriyi kazandırma amaçlı terapi endüstrisi gelişme göstermiştir. Son yirmi yıl içerisinde öfke kontrolü programları giderek artmaktadır (Vecchio ve O'Leary, 2004).

Öfke, özellikle açık bir şekilde, olduğu gibi gösterildiğinde ve bu durum diğer insanlar tarafından olumsuz yönde değerlendirildiğinde, kişide olumsuz benlik kavramına, düşük benlik kavramına, düşük benlik saygısına, kişilerarası ve aile içi iletişim çatışmalarına, sözel ve fiziksel saldırılara ve iş yaşamı ile ilgili uyumsuzluklara neden olabilir.

Başka bir anlatımla, insanlar hem öfkenin neden olduğu olumsuz sonuçlar, hem de kültürel nedenlerden dolayı öfkelenmekten korkmakta ve öfkesini göstermek istememektedir. Oysa öfkenin bastırılması, var olan enerjinin içe döndürülmesidir. Öfkenin bu şekilde yaşanması ise bireyin kendisine zarar vermesine neden olmaktadır (Erkek ve ark., 2006).

Bazı insanlar öfkelerini ifade etmekte çok zorlanırlar. Bu insanlar, kendi içlerinde sahip oldukları kural ve ölçütler nedeniyle, yaşadıkları bu öfkelerini açıkça ifade etmelerine engel koymaktadırlar. Bu durum aslında aşırı bir öz disiplin sorununun varlığına da işaret edebilir; ifade edilmeyen öfke duygusu ya da açığa vurulmayan öfke duygusu içte tutularak biriktirilmiştir. Açığa vurulmayan öfke duygusu bireyde yüksek kan basıncı ve kalp hastalıkları gibi fizyolojik etkiler meydana getirerek fiziksel sağlık problemlerinin doğmasına da neden olabilir. Bunun yanında açığa vurulmayan öfke duygusu, bireyin kendisini çaresiz hissetmesine ve bu durumun sonucunda ise bireyde depresif duyguların ortaya çıkmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle öfkelerini açığa vurmeyen bireylerin öncelikle öfkelerini tanılamaları (fark etmeleri) önemlidir. Daha sonra onların, kendilerine koymuş oldukları hangi engelin, onların öfkelerini ifade etmelerine izin vermediğini tanılamaları gerekmektedir. Bu aşamadan sonra ise bu bireylerin, öfkelerini ifade edebilmeleri için uygun bir yolun bulunması gerekmektedir (Balkaya ve Hisli Şahin, 2003).

Araştırmalar öfke duygusunun cinsiyete göre değiştiğine işaret etmektedir. Averill öfkelenme sıklığı açısından kadınların, erkekler kadar ve onlara benzer yoğunlukta ve benzer nedenlerle öfkelenendiğini belirtmektedir. Erkekler kadınlara kıyasla öfke duygularını daha doğrudan ifade etmektedirler. Kadınların ifade biçimi ise daha dolaylı olmaktadır (Balkaya ve Hisli şahin, 2003).

Kişilik yapısının yanı sıra, öfke tepkilerinde cinsiyetler arasında bazı farklılıklar da bulunmaktadır. Erkeklerin öfke duygularını daha doğrudan, kadınların ise dolaylı olarak ifade ettikleri belirlenmiştir. Kadınların ciddiye alınmama, haksızlığa uğrama, bir başkasının hatası nedeni ile suçlanma, işlerinin istedikleri gibi gitmemesi, bencil davranılma ve eleştirilme durumlarında daha fazla öfkelenedikleri görölmüştür (Balkaya ve Hisli şahin, 2003).

Öfkenin kadınlarda aşırı yeme davranışını etkilediği ileri sürölmektedir. Adölesanlarda anoreksik veya bulimik tutumlarının, ebeveynlerine karşı olan öfkenin bir ifadesi olduğu belirtilmekte; kadınlar arasında aşırı yemenin, gücü kontrol etme ve tekrar ele geçirme arzusundan kaynaklandığı ileri sürölmektedir (Balkaya ve Hisli şahin, 2003).

Balkaya ve şahin'in (2003) yürüttüğu bir çalışmada, kadınların "ciddiye alınmama, haksızlığa uğrama, eleştirilme" durumlarına daha fazla duyarlı olduğu; erkeklerin öfke tepkisi olarak fiziksel saldırı seçeneğini daha fazla kullandığı belirtilmiştir.

Balkaya'nın (2001) alışmasında ie atılan öfke ile cinsiyet arasında bir ilişkinin olmadığını, erkeklerin saldırgan öfke tepkilerinin daha çok olduğunu da vurgulamaktadır.

Averill'e (1982) göre kadınlar erkeklerden farklı olarak, öfkelendikleri zaman ağlamayı tercih etmektedir (Akt.: Balkaya, 2001).

Balkaya ve Hisli şahin'in (2003) aktardığına göre; Averil, öfkelenme sıklığı açısından kadınların, erkekler kadar ve onlara benzer yoğunlukta ve benzer nedenlerle öfkelenendiğini; erkeklerin kadınlara kıyasla öfke duygularını daha doğrudan ifade ettiklerini; kadınların ifade biçiminin ise daha dolaylı olduğunu bildirmiştir.

Klinik gözlem sonuçlarına göre; kadınlar, genel olarak öfke duyguları hariç diğer duygularını erkeklere göre daha kolay ifade etmektedirler. Erkekler ise kadınların aksine öfke duyguları hariç diğer duygularını ifade etmekte zorlanırlar. Bunun sebebi de

öfke duygusunun gösterilmesinin kadınsı değil, erkeksi bir tutum olduğuna inanılmasıdır (Balkaya, 2001).

Öfke erkeklerde kolayca dışa yansımaya rağmen kadınlarda daha çok organ diliyle kendini belli eder. Erkekler kızgınlıklarını saldırganlık, sigara içmeye yönelme biçiminde gösterirken, kadınların hiddeti depresyon, mide bağırsak hastalıkları gibi belirtiler verir. Bu durum aynı duygunun farklı tezahürleridir (Tarhan, 2012).

Kontrolsüz öfkenin hem birey hem de toplum üzerinde inanılmaz bir etkisi vardır. Öfke, genellikle suça ve şiddete yönelik davranışlarla ilgili olarak eş ve çocuk tacizi örneklerinde, toplu şiddet olgularında kendini göstermektedir.

Bunun yanı sıra öfke, kişilerarası sorunlu ilişkilere, boşanmaya, çalışma yaşamında üretkenliğin ve işlevselliğin bozulmasına, fiziksel ve ruhsal sağlıkta önemli sorunlara neden olabilmektedir. Günlük yaşam içinde sıklıkla yaşanan bu duygu temelde en az iki kişinin mutsuzluğuna neden olmaktadır. Dilimizde, tam bir benzerlik göstermeseler de kızgınlık ve öfke birbirlerinin yerine sıklıkla kullanılmaktadır (Soykan, 2003).

İç odaklı kontrol, öfke içe yöneltme gibi ifadelerle tanımlanan, bastırılmış öfkenin, kan basıncının yükselmesine neden olduğuna dair kanıtlar vardır. Yapılan çalışmalarda, öfkenin yaşanma şeklinin fizyolojik sonuçları tespit edilmiştir. Bu tespitlerden hareketle, istenen psikosomatik sonuçlara ulaşmak için ılımlı bir öfkenin işlevsel olduğu söylenebilir (Balkaya, 2001).

Öfkenin açık bir şekilde ifade edilmesi kişiler arası ilişkilerde çatışmalara sebep olabildiği gibi; kişiyi sözel ve fiziksel saldırılara açık bir hale getirmektedir. Sözü edilen nedenle öfke duygusunun ifade edilmesi pek çok kültürde olumsuz değerlendirilmektedir. Madlow (1972) ve Hankins (1993)'e göre, öfke duygusunun dolaylı olarak ifade edilme biçimleri, başkalarından uzak durma, işbirliğini reddetme, sessizlik, unutkanlık, ağlama, mutsuzluk, güceniklik, bastırma gibi ifade biçimleridir (Akt.: Soykan, 2003).

Köknel (1996)'e göre saldırgan davranışlar ve şiddet eylemleri, öfke, kaygı, korku gibi duygu durumlarının sonucunda ortaya çıkar. Öte yandan saldırgan davranışlar ve şiddet eylemleri kişide öfke, kaygı ve korku gibi duygu durumlarına yol açar. Bu duygular, insanın ruhsal yaşantısında gerileme yapar; çocukluk çağının ya da ilkel insanın düşünce sistemini ve yapısını ortaya çıkarmaktadır. Bu düşünce sisteminin

etkisi altında insanın kendisini iyi, doğru, güzel düşündüğüne, haklı olduğuna; başkalarının da hatalı, olumsuz, çirkin düşündüğüne ve hatalı olduğuna inanır. Kendisi gibi düşünmeyenlere hoşgörü göstermez ve onlarla bir arada olmaya dayanamaz (Akt.: Gök, 2009).

Köknel (1996), uyumu sağlayan saldırganlık ve şiddetin, bireyin ve toplumun yaşamını sürdürmesi, kollaması, koruması amacıyla belirli ölçüler içinde gösterilmesi gereken davranışlar olduğunu ifade eder. Zarar veren saldırganlık ve şiddet doğaya, insanlara bilerek ve isteyerek kötülük yapan, yıkıcı, yok edici saldırgan davranışları ve şiddet eylemlerini kapsar. Genel olarak bu tip saldırgan davranışlar ve şiddet eylemleri insana özgü olup, içgüdüden, dürtüden kaynaklanarak uyum sağlayan, kollayan davranış kalıpları dışında öğrenilerek kazanılır (Akt.: Gök, 2009).

2.1.7. Öfke Yönetimi

Öfkenin insan yaşamında rolü büyüktür. Öfkenin yol açtığı olaylar evde, işyerinde ve okullarda sürekli bir artış göstererek 21. yüzyılın en önemli sorunu haline gelmiş ve son yıllarda şiddet eylemleri artmıştır. Bütün bu nedenlerden dolayı öfke duygusunun, kişiliğinin yeniden organizasyonu olan ergenlik dönemindeki bireylerin gelişimine katkı sağlayacak bir biçimde denetim altına alınması gereken bir duygu olduğu söylenebilir. Birey tüm diğer duyguları gibi öfke duygusunu da tanıyıp kabul ederek sağlıklı bir biçimde ifade edebilme becerisini kazanmalıdır (Öz, 2008).

Soykan (2003), öfke hakkında yanlış bilinen şeyleri ifade ederek, öfkenin ne olmadığını özetlediği çalışmasında, öfkenin bir problem çözme aracı olmadığını, bir ölç alma veya intikam yolu olmadığını, başkalarını suçlama biçimi olmadığını, şiddet göstermeye veya suç işlemek için bir neden olmadığını, başkalarını kontrol etme yolu olmadığını ve de bir haklı olma yolu olmadığını anlatmıştır (Soykan, 2003).

Araştırmacıların vurguladığı gibi, öfkenin ifade edilişi öğrenmeye bağlı olduğundan, kişiden kişiye ve toplumdan topluma değişim göstermektedir. Öfke ile uğraşan uzmanlar birçok konuda fikir uyuşmazlığı içinde olsalar da bazı önemli noktalarda anlaşmışlardır (Balkaya, 2001).

Öfke duygusunun açığa çıkmasına neden olabilecek başlıca kaynaklar; rahatsız edilme ve saldırı, dürtüsellik, engellenme ve düşük kendilik değeridir (Ulu, 2011).

Bazı bireyler öfkelerini o anda, bazıları ise o durum sona erdikten sonra fark edebilir; kimilerinde ise bu duygu öylesine bastırılır ki yaşam boyu kişinin bilincine ulaşmayabilir. Öfke yaşadığımız kişi, yitirmekten korktuğumuz ya da bizi sevmesini istediğimiz biriye öfkenin bastırılma olasılığı daha fazladır. Bazen böylesi durumlarda bastırılan öfke, bileşik kaplar yasası uyarınca, nasıl olsa yitirmeyeceğimizi düşündüğümüz kişilere yöneltilebilir. Öfkesini bastıran insanların dışında; öfkesini dışa vuran, sürekli diğerlerini 'iğneleyerek' boşaltan, saldırgan davranışlarda bulunan insanlarda vardır (Balkaya ve Hisli Şahin, 2003).

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

İnsanın öfkesini kontrol edebilmesinin yolu, öfkeyi eyleme dönüştürmekten geçer. Bunu yenmenin en güzel yöntemi sorunu ertelemektir. 'Şu an da çok kızgınım o yüzden bu konuda karar vermemeliyim' diyebilen ve hiddetlendiği konuyu sakinleşeceğini ve doğru düşünebileceğini öngördüğü saate kadar erteleyebilen, ortamı değiştiren insan duygularını dengelemekte zorluk çekmez. Öfkelendiği konuda sağlıklı karar verebilmek için kişinin sakinleşip kendine zaman tanınması en doğrusudur (Tarhan, 2012). Öfke, kontrol edilmediğinde kişinin kendisi ve çevresi için zararlı olabilir. Öfkenin sağlıklı ve işe yarar olabilmesi için inkar edilmemesi, bastırılmaması ve öncelikle kabul edilmesi, tanınması ve kontrollü bir biçimde ifade edilebilmesi gerekir (Soykan, 2003). Sonuç olarak araştırmalar göstermiştir ki öfkenin bastırılması ya da saldırganca ifade edilmesi hem fiziksel hem psikolojik sağlıkla ilişkili olup iş ve sosyal yaşamda, kişiler arası ilişkilerde birçok probleme neden olmaktadır. Bu nedenle bireyin öfke duygusunu tanıması, öfke duygusunu kontrol edebilmesi, öfkesini uygun zamanda uygun kişiye yöneltebilmesi, olumlu bir yaşam sürdürebilmesi ve çevresi ile sağlıklı ilişkiler kurabilmesi için temel teşkil etmektedir (Koçak, 2008).

Öfkeli kimse kızgınlığı geçtikten sonra kendinden nefret edebilir. Oysa doğru düşünce kişinin kendisinden değil yanlış davranışından nefret etmesidir. Benliğimizden nefret edersek özsaygımızı yitirebiliriz. Çünkü bu dünya kusursuzluklar dünyası değildir. İyi ile kötünün güzel ile çirkinin bir arada bulunduğu bu dünyada ‘ben kusursuz olacağım’ demek en büyük kusurdur. Yanlış davranışını kendi kendine cezalandıran insanın, o davranışı tekrarlamama ihtimali yüksektir (Tarhan, 2012).

2.1.8. İş Yerinde Öfke ve Şiddet

İnsan biyolojik olarak iki nihai amacı vardır. Bunlardan birincisi; hayatta kalabilmektir. Diğeri ise; insanoğlunun türünün devamlılığını sağlamasıdır. İnsanlar bir tehlikeyle karşılaştıkları zaman hayatta kalabilmek amacıyla iki davranıştan birini seçmektedir. Birincisi kaçmak, ikincisi savaşmaktır. Birey savaşmak durumunda kaldığı zaman doğal olarak saldıracaktır. Tehlike anında korkunun yarattığı bir takım fizyolojik ve biyolojik etkilerden şiddet davranışını meydana gelebileceği yapılan araştırmalarda ortaya çıkmıştır (Akyön, 2008).

İş hayatı, insanın çalışırken geçirdiği saatleri fazlasıyla aşan ve hayatın her cephesinde yayılan bir öneme sahiptir. Kişinin sahip olduğu iş, onun toplumsal statüsünü, hayattan aldığı doyumunu, ailesine sağladığı imkanları ve hayattan aldığı zevki belirler (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Yüzyılın başında S.Freud, ‘İnsanın sağlığını koruyan iki faktör vardır: İşini sevmesi ve hayatı sevmesi’ demiştir. Hans Selye ise streslerle başa çıkabilmenin reçetesini şöyle yazmıştır: ‘Stresten kurtulmak için görevinizi en iyi şekilde yapın’. Dünya düşünce tarihini etkileyen bu iki bilim adamının işaret ettiği gibi iş hayatı ve sağladığı doyum, bireyin beden ve akıl sağlığıyla doğrudan ilişkilidir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Şiddet günümüzde her alanda görülmekle birlikte özellikle iş yerlerinde gittikçe artan bir önem kazanmıştır ve bütün meslekleri etkileyen ciddi bir sorun haline gelmiştir. İş yerinde şiddet “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmaktadır (Ayrancı ve ark., 2002).

İş yerinde şiddet bazı kavram ve terimlerle beraber anılmaktadır. Bunlar; zorbalık (bullying), taciz (abuse), kötü muamele (mistreatment), duygusal saldırı (emotional abuse), kurban seçme (victimization), gözdağı verme (intimidation), sözel saldırı (verbal abuse), psikolojik terör (psychologic terror), psikolojik şiddet (psychologic violence, mobbing), fiziksel şiddet (physical violence) gibi kavramlardır (Akyön, 2008).

İş yerinde şiddet; fiziksel ve ruhsal olarak çalışanların saygınlığını etkilemek, fiziksel, psikolojik saldırıda bulunmak ya da çalışanın cinsel açıdan zarar görmesiyle sonuçlanabilecek durumların yaşanması olarak tanımlanabilir. İş yerinde şiddet ile çatışma birbirleriyle yakından ilişkilidir. Çatışma savaş, mücadele, kavga, uyuşmazlık, anlaşmazlık gibi yoğun ve uzun bir mücadele süresini içeren anlamlar taşımaktadır. Çatışma aynı zamanda birlikte çalışma sorunlarından kaynaklanan ve normal faaliyetlerin durmasına neden olan olaylardır. İş yerinde şiddet ise anlaşmazlık, mücadele ve kavgaların bir ürünüdür (Akyön, 2008).

İşyeri koşulları yanında, kişinin genel sağlığını bozabilen kötü çalışma koşulları, yapılan iş, işlem ve tüm uygulamalarda bitkinlik, bezginlik ve yorgunluk gibi zorlamalara neden olan tüm faktörler fiziksel ve psikolojik zedelenmelere neden olabilmektedir (Okutan ve Tengilimoğlu, 2002).

İnsan sağlığının bedensel ve ruhsal açıdan iş hayatından yansıyan çok yönlü streslerin etkisi altında kaldığı açıktır. İş hayatının doğurduğu en önemli stres kaynaklarından birisi insanlar arası ilişkilerdir (Baltaş ve Baltaş, 1993).

Son yıllarda dünyanın her yerinde yaş, cinsiyet, ırk, eğitim düzeyi ayırmaksızın toplumdaki tüm bireyleri etkileyen şiddet, giderek günlük yaşamımızın bir parçası haline gelmekte ve her sektör için önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Al ve ark., 2012). İşyerinde şiddet giderek artan şekilde dikkati çeken büyük bir halk sağlığı sorunudur. Okul ve işyerlerinde son zamanlarda medya tarafından yapılan çekimler, şiddetin yan etkileri açısından sivil bilinç düzeyini yükseltmiştir (Gates ve ark., 2011).

2.1.9. Sağlık Personellerine Yönelik Şiddet

İş yerinde şiddet “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmaktadır (Ayrancı ve Ark., 2002).

Ayrancı ve arkadaşları sağlık kurumlarındaki şiddeti, hasta ve hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak tanımlamışlardır (Ayrancı ve ark., 2002).

Sağlık personeline yerine getirdiği sağlık hizmeti nedeniyle yapmaması gereken bir işi yapması veya yapması gereken bir işi yapmaması için emir veren veya baskı yapan veya nüfuz icra eden veya her ne suretle olursa olsun hukuka aykırı olarak etkilemeye teşebbüs eden kişi şiddet uygulamıştır (Türk Tabipleri Birliği, 2013).

Meslek grupları arasında iş yerinde çalışana yönelik şiddete maruz kalma sıklığı hastanelerde görevli sağlık çalışanlarında artmaktadır. Sağlık kurumlarında çalışmak diğer kurumlara göre şiddete uğrama yönünden daha risklidir. Bu konuda yürütülmüş çalışmaların sonuçları, sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer kurumlara göre oldukça fazla olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır (Annagür, 2010).

Acil servise getirilen hastaların, yaşam kurtarıcı ilk tedavi ve girişimlerden sonra ilgili kliniğe yatırılması ve sonraki tedavilerinin bu klinikte yapılması gerekir. Böylece, acil servis alanları yeni gelecek olan, çeşitli ciddiyet derecelerindeki hastalar için boşaltılmış olur. İşleyişin böyle olması gerekirken; son yıllarda, hastaların acil servislerde uzun süre beklemeleri ve ilgili kliniklere geç yatırılmaları, sadece ülkemizde değil dünyanın birçok yerinde ciddi bir sorun olarak kendini belli etmektedir (Ceyhan, 2007).

Ülkemizdeki çalışmalara göre, sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı % 49 – 91 arasında olup, şiddetten ruhsal olarak etkilenme oranı % 36 - 92 arasındadır. Sağlık ortamında şiddetin giderek artan bir sorun çözme modeli haline gelmesi, tüm sağlık çalışanlarının bu konuda aktif olarak önlem alacak ve gerekli davranışları gösterebilecek bilgi ve beceri kazanmasını gerektirmektedir. Şiddet davranışı, bir hastadan, bir hasta yakınından veya bir başka çalışandan kaynaklanabilir (Türk Tabipleri Birliği, 2013).

Pek çok işyeri ortamında şiddetin değişik türlerine rastlanılır.

- *Sözel şiddet
- *Davranışsal şiddet (aşağılayıcı davranışlar)
- *Fiziksel şiddet
- *Cinsel şiddet
- *Tehdit edici davranışlar
- *Mobbing (psikolojik taciz)

Tehdit Edici Davranışlar;

- *Zarar verme niyetinin gösterilmesi
- *Tehdit edici vücut dili
- *Sözel veya yazılı tehditlerdir.

Yalnızca fiziksel şiddet değil, diğer şiddet türleri de özellikle sözlü kaba ifadeler, psikolojik şiddet de hassasiyetle değerlendirilmeli, önlenmelidir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet davranışının daha sık görülmesinin nedenleri şöyle sıralanabilir:

- Sağlık çalışanının sıkıntılı, ızdıraplı kişilerle doğrudan iletişim kurmasının gerekmesi
- Duygusal dengesizliği olan veya şaşkın kişilere hizmet vermek zorunda kalabilmesi
- Tanı ve tedavi işlemlerini izole ortamlarda sürdürmek zorunda kalabilmesi
- Tanı ve tedavi hizmetlerinin yakın fiziksel temas gerektirmesi
- Acil servislerde gerek hizmet alanlar gerekse hizmet verenler açısından stresin yüksek olması
- Uzun bekleme saatlerinin olabilmesi
- Çalışan personel sayısının özellikli çalışma alanlarında ve bazı saatlerde azalması
- Çalışma ortamının aşırı kalabalık olabilmesi
- Çalışan personelin bazı konularda eğitiminin az olması (Türk Tabipleri Birliği, 2013).

2.1.10. Sağlık Ortamında Şiddete Yol Açan Faktörler ve Sonuçları

- Alkol kullanımı
- Madde kullanımı
- Uzun bekleme süreleri
- Uygun olmayan personel davranışları
- Hasta ve yakınlarında stresin yüksek düzeyde olması
- Enformasyonun/bilgilendirmenin yetersiz olması (örneğin bekleme süreleri veya yapılacak işlemler hakkında)
- Dil, kültür farklılıkları nedeniyle iletişim sorunları
- Fizik çevrenin iyi bir hizmet vermeye uygun olmaması (oturma yerlerinin yetersizliği, bekleme alanlarının darlığı, yetersiz ışıklandırma, vb.)
- Silaha kolay ulaşabilme (Türk Tabipleri Birliği, 2013).

İşyeri ortamında şiddete uğrayan kişide mesleği bırakmaktan post travmatik duygu durum bozukluklarına kadar uzanan bir dizi ruhsal değişiklik ortaya çıkabilmektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sonrası oluşabilecek olası başlıca klinik tanılar; akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, anksiyeteli uyum bozukluğu, depresif uyum bozukluğu ve karışık anksiyeteli ve depresif uyum bozukluğudur. Çoğu olguda bu klinik tanıları tam karşılamayan bulgular olmaktadır. Bunlardan ilki, korku ve tedirginliktir. Korku ve tedirginlik, genellikle, saldırıya tekrar uğrama korkusu, işe dönme korkusu ve eleştirilme (amirler veya meslektaşlar tarafından) korkusunu içermektedir. Olayla ilgili kaçınma davranışları ve olumsuz mesleki etkilenmeler de önemli bir sorundur. Çalışanlarda bazı depresyon ve anksiyete bulguları oluşabilmektedir. Stres düzeylerinde artma, moralin azalması, öfke, sinirlilik, suçluluk, değersizlik hissi, kendi profesyonel yeteneklerine güven azalması-kaybı, kendine güven azalması-kaybı, uyku bozukluğu, karar verme güçlüğü, unutkanlık, dikkat ve konsantrasyon problemleri ve kronik yorgunluk bu tür bulgular arasındadır. Ayrıca şiddete maruz kalan çalışanlarda, impulsif davranışlar görülebilmekte, kişilerarası ilişkileri olumsuz etkilenmekte, motivasyonu azalmakta, işyerine devamsızlık ve kariyer tercihinde değişiklik gibi önemli karar ve davranış değişiklikleri olabilmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2013).

Saldırganlık sözcüğü genelde olumsuz bir davranış olarak algılanmasına rağmen, temel anlamda bir yere veya kimseye yaklaşmak, bir şeye başlamak fakat aynı zamanda saldırmak üzere atılmak anlamlarına gelmektedir. Fakat günümüzde saldırganlık, canlı ya da cansız herhangi bir objeye zarar verici, yaralayıcı, hatta öldürücü, zedeleyici davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Saldırganlık sözlü, fiziksel ya da dolaylı olarak bir başkasına zarar vermeyi amaçlayan herhangi bir harekettir (Kesen ve ark., 2011).

Sağlık çalışanının hastalardan bulaşabilecek bulaşıcı hastalıklardan kendisini koruması gerektiği hem eğitim sürecinde hem de meslek hayatı boyunca önemle vurgulanır. Ancak şiddet oranlarının yüksek olduğu bilindiği halde şiddete maruz kalma riski ve kendisini şiddetten koruması gerektiği hem eğitim sürecinde hem de çalışma hayatında pek de söz edilmez. Şiddetten korunmanın en iyi yolu olay ortaya çıkmadan önlem almak veya yardım aramaktır (Annagür,2010).

Acil servisler, acil müdahale gerektiren vakaların, yaralanmaların, riski yüksek hastaların kısacası hayat ile ölüm arasındaki çizginin yüksek gerilimle yaşandığı yerlerdir. Bu nedenle hem acil çalışanları hem hasta ve hasta sahipleri için stresli mekânlardır. Endişeli hasta ve yakınları tetkik ve konsültasyonlar nedeni ile tedavinin uzamasını geç müdahale olarak algılayabilir. Bu nedenle de sağlık çalışanı sorumlu tutulabilir ve hasta yakını saldırganlaşma eğilimi gösterebilir (Ayrancı ve ark., 2002).

Araştırmacılar, acil servis hemşirelerinin hasta ve hasta yakınları tarafından yüksek sıklıkta fiziksel şiddet gördüğünü bildirmiştir. Ancak, hemşirelere uygulanan şiddetin, hemşirelerin hastalara güvenli, üretken ve şefkatli yaklaşımını ne kadar etkilediğini gösteren yeterli sayıda araştırma yoktur (Gates ve ark., 2011).

İş doyumunu her meslekte önemlidir. Ancak hemşirelik mesleğinde, çalışma koşullarının ağır olması, düzensiz çalışma saatleri, düşük ücretle çalışma, mesleki saygınlığının yetersizliği gibi faktörler, iş doyumunun düşük olmasına neden olabilmektedir. Bu durumda, iş veriminde düşme, erken emeklilik gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır (Durmuş ve Günay, 2007).

Çalışanların duygusal olarak yorgunluk, aşırı emosyonel tepkiler veya tepkisizlikler, hastaya mesafe koyma, mesleği uygularken hastaya veya yakınına güvensizlik- kuşkuculuk, uğraşısının yeterince takdir edilmeyeceği düşüncesi ve

yetersizlik-etkisizlik-beceriksizlik hisleri gibi bulgularla kendini gösteren tükenme belirtileri göstermesi de nadir değildir (Türk Tabipleri Birliği, 2013).

Hemşirelerin %94ü en az bir kere posttravmatik stres bozukluğu ile ilgili semptom göstermiş ve bunlarında %17'si posttravmatik stress bozukluk sendromu tanısı alacak derecede olduğu görülmüştür. Ayrıca stress bulguları ve iş verimliliği arasında indirek bağlantıların olduğu görülmüştür (Gates ve ark., 2011).

ABD'de 1991'e kadar işyerindeki şiddet ciddi bir sağlık problemi olarak görülmemektedir. 2005'te Amerika Birleşik Devletleri'nde cinayet, mesleki ölümlerin dördüncü önemli nedeni oldu ve 1993 ile 1999 arasında yılda 1,7 milyon ölümcül olmayan işyeri şiddeti görüldü. Ancak, işle ilgili şiddet ulusal sınırlar içinde yer almamaktadır (Nachreiner ve ark., 2007).

Chappell and Di Martino aşağıdaki ülkelerde gerçekleşen işyeri şiddetini belgelemiştir: Avustralya, Brezilya, Bulgaristan, Fransa, Almanya, Japonya, Lübnan, Portekiz, Güney Afrika, İspanya, Thailand, Birleşik Krallık ve ABD. Ayrıca yukarıda belirtilen ülkelerin dışında da işyeri şiddeti görülmektedir: Kanada, İsveç, Nijerya, Jamaika, Taiwan, İrlanda ve Türkiye (Nachreiner ve ark., 2007).

Belirli sektörler veya işçi gruplarının daha yüksek şiddet riski altında olduğu görülmektedir. Hastane ve sağlık çalışanları, özellikle de hemşireler, ölümcül olmayan şiddet için yüksek risk altındadır. 1993 ve 1999 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde, hemşireler sağlık çalışanlarının tüm türleri arasında en yüksek oranda (1000'de 22 işçi) işle ilgili şiddet yaşamıştır (Nachreiner ve ark., 2007).

Amerika'da 1993 ile 1999 arasında yılda 900 ölüm ve 1,7 milyon ölümcül olmayan işyeri şiddeti görüldü. Bu rakamlar sadece en ciddi olayları temsil etmektedir; diğer şiddet türlerinin yaygınlığı bilinmemektedir. İşyerinde şiddet acil hemşireleri için ciddi bir endişe kaynağı olmuştur. Psikiyatri birimleri ve bakım evleri ile birlikte, acil departmanı hastalardan ve/veya ziyaretçilerden kaynaklanan şiddetten dolayı hemşireler için en tehlikeli iş alanlarından biridir (Emergency Department Violence Surveillance Study, 2011).

Tahminler, acil hemşirelerinin yaklaşık dörtte birinin son üç yılda sık sık fiziksel şiddet (20'den fazla kez) yaşadığını göstermektedir. Sözlü taciz daha yaygın görülmektedir; acil hemşirelerinin yaklaşık beşte biri son üç yılda 200'den fazla kez işyerinde sözlü taciz kurbanı olduğu bildirdi. Buna ek olarak araştırma, bir veya daha

fazla türde yaşanan şiddetin çoğunluğunun işveren veya kolluk makamları tarafından rapor edilmediğini göstermektedir (Emergency Department Violence Surveillance Study, 2011).

Şiddetin raporlanmamasının altında yatan sebeplerden bazıları şunlardır:

- *Saldırıların işin bir parçası olduğuna dair algı.
- *Çalışanlar arasında raporlamanın fayda getiremeyeceğine dair olan inanç.
- *Saldırıların kötü iş performansının bir kanıtıymış gibi görülmesine dair endişe.
- *Kurumsal politikaların eksikliği (Emergency Department Violence Surveillance Study, 2011).

Eksik raporlamalar nedeniyle, acil hemşiresine yönelik şiddetin önemi iyi ölçüde anlaşılmış değildir. Bu nedenle, acil hemşiresine doğru saldırganlığın ve şiddetin gerçek anlamda incelemek esastır. Buna ek olarak, acil servisteki şiddetin; süregelen hemşirelik sıkıntısı, kalabalıktan doğan sorunlar ve uzun bekleme süreleri ile alakalı olmasından dolayı, sürekli objektif veriler elde edilerek şiddetin sıklığındaki ve şiddete verilen cevaplardaki değişimler takip edilmesi önemlidir (Emergency Department Violence Surveillance Study, November, 2011).

2.1.11. Şiddeti Önleme Yöntemleri ve Şiddet İle Profesyonel Yöntemlerle Başa Çıkma

Şiddeti önleyebilmek için kişisel (saldırgan ve mağdur), kurumsal (işyeri ortamı ve yapısı), bölgesel ve sosyal etkenlerin iyi irdelenmesi gereklidir. Mağdur kendi hataları olup olmadığı konusuna açık yüreklilikle bakabilmelidir. Hizmet alanların duygu ve gereksinimlerini hissedebilmeye çalışmalıdır. Kurumsal önlemler için gerekli başvurular yapabilmeli, kurumun olanaklarını lehine kullanmaya çalışmalı (Türk Tabipleri Birliği, 2013).

İş yerinde şiddet, fiziksel ve ruhsal olarak çalışanların saygınlığını etkilemek, fiziksel, psikolojik saldırıda bulunmak ya da çalışanın cinsel açıdan zarar görmesiyle sonuçlanabilecek durumları yaşanması olarak tanımlanmaktadır. İş yerinde şiddet ile çatışma birbirleriyle yakından ilişkilidir. Çatışma, savaş, mücadele, kavga, uyuşmazlık, anlaşmazlık gibi yoğun ve uzun bir mücadele süresini içeren anlamlar taşımaktadır. Çatışma aynı zamanda birlikte çalışma sorunlarından kaynaklanan ve normal

faaliyetlerin durmasına neden olan olaylardır. İş yerinde şiddet ise anlaşmazlık, mücadele ve kavgaların ürünüdür (Akyön, 2008).

Şiddet olaylarıyla başa çıkmada, beceri kazanmada önemli noktalar şunlardır:

- Saldırganın tıbbi durumunun değerlendirilmesi (Psikiyatrik, tıbbi ve bunlarla ilişkili sosyal faktörlerin değerlendirilmesi).
- Etkili iletişim becerilerinin kullanılması ve sakinleştirme tekniklerinin öğrenilmesi.
- Krize müdahale ve çatışma çözme becerilerinin öğrenilmesi.
- Fiziksel kısıtlama kullanımı.
- Olayın kaydının yapılması (Türk Tabipleri Birliği, 2013).
- Sakin tutum takınılmalı, aynı zamanda da yönlendirici ses tonu kullanılmalı.
- Sınırlar sakın ama belirgin bir şekilde ortaya konmalı.
- Aşağılayıcı davranılmamalı.
- Agresif kişi konuşurken ona bağırılmamalı.
- Emir verilmemeli.
- Tehdit edilmemeli.
- Yeterli fiziksel mesafe oluşturulmalı.
- Uyanık olmalı ve gerektiğinde kaçmak için açık kapı saptanmalı.
- Kişiyi dinlemeye çalışmalı.
- Kişinin vücut diline dikkat edilmeli.
- Saldırgan kişi diğer kişilerden uzaklaştırılmalı (Türk Tabipleri Birliği, 2013).

2.2. İLETİŞİM

2.2.1. İletişim nedir?

İnsan toplumsal bir varlık olarak başka insanlarla sürekli etkileşimde bulunmak, onlarla anlamlı ilişkiler kurmak zorundadır. İnsan bu ilişkiler sayesinde sevgi, saygı, ait olma, duygu ve düşüncelerini anlatma, başkaları tarafından anlaşılma gibi ihtiyaçlarını karşılayabilir. Kendini ve başkalarını daha iyi tanıyabilir (Doğan ve Doğan, 2004).

İçeriği ne olursa olsun, bir sorunu çözmek için insanların düşünce alışverişinde bulunmaları, bir başka deyişle, iletişim kurmaları gerekir. Uygarca konuşma ve tartışma

becerisinin geliştirilmemiş olduğu toplumda, bir sorunu çözmek amacıyla başlatılan etkileşim, kısa sürede sürtüşme ve çatışmaya dönüşür.

Böylece, var olanı çözmek şöyle dursun, soruna yenileri eklenir, dünyanın birçok ülkesinde görülen kanlı çatışmaların kökeninde, bilinçsiz koşullar altında yaratılan sosyal ortamdaki iletişim düzensizliği yatar (Cüceloğlu, 1997).

İletişim insanların, toplu halde yaşamaya başlamalarından itibaren, toplumsal etkileşimlerde rol oynayan, sembolik mesajların karşılıklı ulaştırılmasıyla bazı anlamları aralarında paylaşmaları sürecidir (Telman ve Ünsal, 2005).

İletişim, kişisel bir yetenek değil, öğrenilen bir dizi teknik olduğu için yaşamsal bir öneme sahiptir. İletişim tekniği, kişisel kavram, kişisel güven ve kişilikle yakından ilişkilidir. Kurulan iletişimde söylenen söz kadar nasıl söylenildiği önemli bir yer tutmaktadır (Keçeci ve Taşocak, 2009).

İletişim günlük yaşamın her alanında gerekli ve önemli bir süreçtir. Aile, arkadaş, akraba, tüm insanlarla ilişkilerin sürmesinde iletişim süreçlerinden faydalanılır. Bir insan iletişim aracılığıyla toplumsal rol ve sorumluluklarını yerine getirir (Doğan ve Doğan, 2004).

İyi bir ilişki kurmanın altın anahtarı, karşınızdaki insanı öncelikle yansıttığı kişiliği ile kabul etmektir. Çünkü insanlar ancak kendilerini kabul eden insanların eleştirisi ve tenkitlerini dinlerler, onlara güvenir ve onları dikkate alırlar (Türküsev, 2011).

Canlılar varlıklarını sürdürebilmek için iletişim kurmak zorundadırlar. Bütün canlılar birbirleriyle iletişime girerken çeşitli yöntemler kullanır. Örneğin; kimi sesini, kimi beden dilini, kimi de her ikisini birden kullanır. Karşı taraf bu kullanılan yöntemin temsil ettiği anlamı ayırt edebiliyorsa iletişim kurabiliyor demektir. Bu anlamın ayırt edilmesi sürecinde eğitimin, kültürün, düşüncenin, algının, bedeni kullanmanın, mizacın, içinde bulunulan konumun, kullanılan iletişim aracının ve iletişime girenlerin niyetlerinin çeşitli seviyelerde rolü vardır. İyi bir iletişim kurabilme, kişinin kendini iyi ifade etmesi ve karşısındakinin verdiği mesajı doğru kavrayabilmesi, bir iletişim sürecinde rol oynayan faktörlerin bilinmesiyle mümkündür (Telman ve Ünsal, 2005).

İletişim, insanlığın başlangıcıyla başlayan ve insanlar tarafından geliştirilen dinamik bir süreçtir. Çünkü insan, doğduğu günden itibaren çevresiyle ve diğer insanlarla etkileşim halinde olan, onlara iletiler gönderen veya onlardan iletiler alıp bu

iletleri yorumlama ve anlamlandırma yeteneklerine sahip olan, ayrıcalıklı ve sosyal bir varlıktır. İnsanoğlu, sahip olduğu bu iletişim becerileri doğrultusunda yaşam evrenini ve toplumsal ilişkilerini belirlemekte ve onları canlı tutmaktadır. Bu yönüyle iletişim, insanoğlu için dış dünyayı yorumlayarak bireysel varlıklarının farkına varmalarına, bir biyolojik varlıklar yığını olmaktan kurtulup belli bir kültürün ve toplumun üyesi olmalarına (sosyalleşmelerine) ve içinde yaşamış oldukları toplumdaki ilişkilerini düzenlemelerine yardımcı olan vazgeçilmesi imkânsız bir yaşamsal zorunluluktur (Şengül ve Yalçın, 2007).

Kişilerarası etkileşimin temelini oluşturan iletişimin her insanın yaşamında önemli bir yeri vardır. Çünkü insanlar duygu ve düşüncelerini iletişim yoluyla paylaşarak mutlu olma ve çevrelerindeki bireylerin mutluluklarına katkıda bulunma olanağı elde ederler. İnsan ve insana yardımcı esas alan meslek sahiplerinin başarıları da onların iletişim becerilerine bağlıdır. Hemşirelik ve ebelik meslekleri bireylerle yoğun iletişimde bulunan ve doğrudan insanlara hizmet veren yardım edici mesleklerdir. İnsanlarla sık ilişkide bulunabilecek kişilerin, ya da yoğun insan ilişkilerinin bulunduğu meslek gruplarında çalışan kişilerin iletişim tekniklerini çok iyi bilmesi ve etkili kullanabilmesi gerekmektedir. Bu nedenle iletişim, bir insanın teknik olarak bilmesi ve becerilerini iyi geliştirmesi gereken bir araçtır (Ersanlı ve Balcı, 1998).

İletişimin anlamı, aldığınız tepkidir. İnsanların iletişimden anladığı genellikle birinin diğerine bildiklerini anlatmasıdır. Biri kendinde güzel bir bilgi olduğunu ve bu bilgileri karşısındakine vermek zorunda olduğunu varsayar, karşısındakinin de bunları anlamasını bekler. Genellikle insanlar kendi söylemek istediklerini söylediklerinde iletişime geçtiklerini zannederler veya böyle olduğunu kabul ederler. Gerçek iletişimin anlamını bilenler ise, kendi anlattıkları bittiğinde iletişimin bitmediğini bilirler. İnsanlar bir konuyu istedikleri kadar iyi bilsinler ve anlatsınlar, neticede karşınızdaki insan ne kadarını anlamışsa sonuç odur (Türküsev, 2011).

2.2.2. Bedenle Sözsüz İletişim

İnsan toplumsal bir varlıktır ve sürekli olarak çevresiyle etkileşim ihtiyacı içersindedir. İnsanın biyolojik bir varlıktan toplumsal bir varlığa dönüşmesini sağlayan en önemli unsurun iletişim olduğunu söylemek mümkündür. İnsan için başkalarını

anlamak, kendini dünyaya hazırlayacak bilgileri edinmek, küçük yaşlardan itibaren iletişim kanalıyla gerçekleşmektedir. Çocuk hangi davranışların onun için uygun olduğunu, neyi yapıp, neyi yapmaması gerektiğini ilk yıllarda anne ve çevreyle kurduğu iletişim yoluyla edinmekte ve bazen gerçekleştirilen bir davranışı izleyen bir gülücük ya da bir azarlama, o davranışın ömür boyu yerleşmesine neden olabilmektedir. Bu sayede çocuk, ailesi ya da toplum için hangi davranışların uygun, hangilerinin ise kabul edilemez olduğunu bu ilk yıllardaki iletişim çabalarından yola çıkarak içselleştirmeye başlar. İnsan yüzyıllar boyunca içselleştirdiklerini bir şekilde çevresine ve diğer kuşaklara aktarmaktadır. Bu etkileşim ihtiyacı doğrultusunda diğer insanlardan ve çevresinden sürekli mesajlar alır ve çevresine sürekli mesajlar yollar. Bu durum insanın sürekli olarak kendini yenilemesine ve bir önceki kuşaktan daha fazla donanımla dünyaya bakmasına yol açmıştır. Sürekli yenilenen bilgiye ulaşma çabası ve ihtiyacı insanın diğer insanlarla etkileşim içerisinde olma ihtiyacını da beraberinde getirmiştir.

Çevresiyle etkileşim içerisinde bulunan insan çevresini değiştirmiş, çevre de karşılıklı olarak insanı ve sonraki kuşakları değişime uğratmıştır. Çevreden alınan mesajları belli ölçütlere ve yaşanmışlıklara göre yorumlayabilme, bu mesajlara uygun tepkiler üretebilme, bu tepkileri anlamlı beden hareketleri ile aktarabilmek iletişimin temel öğeleri arasında yer almaktadır (Tarhan, 2012).

İlettiklerimizin % 60'ını bedenimizle iletiriz. Bedenimizle ilgili, sırt çevirmek, surat asmak, göğüs germek; dudak bükmek, omuz silmek, kaş çatmak gibi pek çok deyim günlük yaşamımızda kullanılır. Ayrıca yüz ifadeleri ile ilgili çok sayıda araştırma yapılmıştır. Bir insanın yüz ifadesinden mutluluğunu, kaygısını, kederini, acı çektiğini, öfkesini vb. duygularını fark ederiz. Ellerimizi belimizin iki yanına koyarak, parmağımızı havada sallayarak, kafamızı iki yana sallayarak söylediğimiz şeyler kızgınlığımızı ya da bir durumu onaylamadığımızı ifade eder. Elimizi sırtımızın ortasına dayayarak, kolumuzu ya da sırtımızı dayayarak ayakta durmamız yorulduğumuz mesajını verir. Bu örnekler istenildiği kadar çoğaltılabilir. Yüz ve bedenin ifadesinin yanı sıra görünümümüzün de iletildiği mesajlar vardır. Görüntümüzden bir işi yapmaya hazır olmadığımız, kendimize güvenimiz, beğenilme, üstün olma isteğimiz, çaresizliğimiz fark edilebilir. İnsanların bir toplantıda masa etrafında yerleşim biçimleri bile bize de bazı mesajlar iletir. Örneğin yan yana oturmuş iki kişi işbirliğini, karşılıklı oturmuş iki kişi rekabeti hissettirir (Terakye, 1994).

Sözel iletişimi kuramadığı durumlarda çevresinde gelişen olayları ve sergilenen davranışları olduğundan farklı yorumlamaya bağlı olarak kaygı duyma, hastanede yatan hasta bireyin sıklıkla yaşadığı sorunlar arasındadır. Bu nedenlerle hastalık sırasında doğru bilgi alma gereksinimi daha da artar. Hasta insanın bu gereksiniminin karşılanmasında, onun tedavi ve bakımını üstlenen hekim ve hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hekimler ve hemşireler hastane ortamının doğal parçaları olarak doğrudan sağlık hizmeti vermenin yanı sıra, hastayla ve yakınlarıyla iletişim kurarak onların bilgilenmesini sağlamakta, gereksiz kaygılara düşmesini önlemektedir. Bu durum hekim ve hemşirelerin hasta insanın yaşamındaki önemini bir kez daha artırmaktadır (Uyer, 2000).

2.2.3. İletişim Sürecindeki Unsurlar

İletişim kurulmasında birkaç unsur rol oynar.

Bunlar:

1. Kaynak(Verici)

Kaynak iletişimi başlatandır. Kaynak, mesajı iletilmek üzere veren, iletiler zincirini üreten, bir insan ya da bir makine olabilir. Bir konuşmada konuşmacı, yazılı eserde yazar, kitle iletişim sürecinde ise yayının ve ya mesajın üretiminde katkısı olan kişi kaynak olabilir. Kaynak iletişimde bir mesajı iletme amacını gerçekleştirmeyi hedefler. Amaç yoksa iletişim de olmaz (Telman ve Ünsal, 2005).

2. Kodlama

Kaynak, iletmek istediği bilgileri bir dizi sembole çevirerek, sinyaller halinde kodlar. Kodlama olmadan, bilgilerin bir insandan diğerine nakledilmesi mümkün değildir. Verici iletişimde alıcının kendisi gibi aynı anlamları vereceği semboller ve hareketleri kullanır. İletişimin gerçekleşmemesinin veya ortada yanlış anlamların çıkmasının en yaygın sebebi bu anlam birliğinin yokluğudur. İnsan, vermek istediği mesajı en iyi şekilde vereceğine inanarak, seçtiği sözcüklerin oluşturduğu mesajını yazılı ve ya sözlü olarak verir. Mesajı verirken, sadece sözcükleri değil, beden dilini ya da anlamı olan farklı malzemeleri de seçer. Mesajı veren kaynak olarak insan, aynı mesajı içinde bulunduğu duygusal duruma bağlı olarak, zamandan zamana farklı verebilir (Telman ve Ünsal, 2005).

3. Mesaj

Kodlanan fikrin aldığı fiziki şekle mesaj denir. Kaynak ile alıcı arasında ilişkiyi sağlar. Mesajın bir ilişki, bir de içerik yönü vardır. Her ikisi mesajın anlamını birlikte belirler. Mesajın sunumu için kullanılan başlıca şekiller söz, yazı, mimikler ve jestleri kapsar. Ayrıca elin sallanması, gözlerin kırıştırılması, reklamlar, resimler, çeşitli sesler mesaj içeren fakat sözlü ve yazılı olmayan iletişim biçimlerindedir. Bazen bunlar tek başına, bazen de birden fazlası beraberce kullanılır (Telman ve Ünsal, 2005).

4. Kanal (Araç)

Mesajın kaynaktan çıktıktan sonra, alıcıya varmadan önce, bir ortamdan geçmesi gerekir. Bu ortama kanal veya araç adı verilir. Ortamın özelliği, mesajın verici kaynaktan çıktığı gibi alıcıya ulaşip ulaşmamasında rol oynar. İletişimin etkili ve verimli olması için kullanılan araç mesaja uygun olmalıdır.

a)Gürültü; iletişimi karıştıran, bazen aksatan her şey gürültüdür ve iletişim sürecinin her aşamasında ortaya çıkabilir. Vericinin düşüncelerini sözcüklere dökmekte beceriksiz olması veya çok yavaş sesle konuşması da bir çeşit gürültüdür.

b)Mesafe; gürültü kadar verici ve alıcı arasındaki mesafe de iletişimin iyi kurulabilmesinde önemle üzerinde durulması gereken bir husustur. Yüz yüze konuşmada alıcı ve verici arasındaki mesafenin sesin alıcıya ulaşması için uzaklığın ortamdaki gürültü ve ya sessizlikle orantılı olarak belli bir uzunlukta olması gerekir (Telman ve Ünsal, 2005).

5. Hedef (Alıcı)

Vericinin mesajını algılayan kişi alıcıdır. Alıcının işlevi vericinin karşıtıdır. Yani alıcı, gönderilen mesajı aldığını göstermelidir. Alıcı tek veya çok kişi olabilir. Belirli veya belirsiz de olabilir. Alıcının gelen mesajı alabilmek için, mesajı almaya hazır olması gerekir. Mesajın algılanmasında alıcının içinde bulunduğu psikolojik durumun, vericiye ait ön yargılarının, eşik değerlerinin ve şablonlarının da rolü vardır (Telman ve Ünsal, 2005).

İnsanlar iletişimle ortak değerlerini paylaşma olanağını elde ederler. Verici olarak kaynak tarafından baskın nitelikte verilen mesajlara dayalı süreç tek yönlü iletişimdir. Bu tarz iletişimde verici, alıcıda istediği yönde değişim sağlamak üzere mesajlarını hazırlar. Bu daha çok kitle iletişim araçlarıyla yapılan ve kaynağın belirleyici olduğu bir iletişim türüdür. Eğer insanlar aralarındaki iletişim sürecini

paylaşıyorlarsa, buna çift yönlü iletişim denir. Çift yönlü iletişimde verici, mesajın içeriğini, şeklinin ya da veriliş biçimini alıcıdan aldığı geri bildirimde göre değiştirir. Bu çeşit iletişimde bir etkileşim süreci söz konusudur. Verici olan kaynak da mesajın ulaştığı hedef olan alıcı da birbirlerini etkileme olanaklarına sahiptir. Yaygın olarak, yüz yüze ilişkilerde, telekonferans sistemi gibi bazı iletişim araçlarıyla kurulan ilişkilerde her iki tarafın da hem kaynak ve hem de hedef olarak iletişimde fırsat eşitliğini kullanma imkanı vardır (Telman ve Ünsal, 2005).

2.2.4. İletişimin Boyutları

İletişime ait fikirlerde hemen hemen ortak görülebilecek üç boyut vardır: (Telman ve Ünsal, 2005).

İletişim canlılar arasında gerçekleşir.

İster hayvan olsun ister insan, canlılar çeşitli ihtiyaçlarının karşılanması için iletişim kurarlar. İnsan canlı varlıkların en üstün seviyeye ulaşmış olanıdır. Bu yüzden insanlar arasındaki iletişim karmaşık ve çeşitli biçimlerde gerçekleşir. Canlılar arasında oluşturulan ve yürütülen, onların çeşitli ilişkilerinde rol oynayan iletişimi anlayabilmek, onu doğru ve etkili biçimde kullanabilmek için iletişimi oluşturan öğeleri ve birbirleri ile olan ilişkileri anlamak gerekir (Telman ve Ünsal, 2005).

İletişim anlamların paylaşılmasını içerir.

İletişim olayının gerçekleşebilmesi için kullanılan sembollerin, terimlerin, görünümünün anlamları ve tanımları üzerinde ortak bir anlam birliği bulunmalıdır (Telman ve Ünsal, 2005).

İletişim sembollerle yürütülür.

Canlıların birbirlerine karşı iletişim kurmak üzere kullandıkları dile ait sözcükler, rakamlar ve yaptıkları beden hareketleri, fikirlerin kendileri değil sembolleridir. Medeni dünyada yaşayan insanlar birçok anlamı paylaşır, fakat bunları farklı sembollerle ifade ederler. Bunlar, çeşitli dillere ait yazı, seslendirme ve beden hareketleriyle ilgili sembollerini içerir (Telman ve Ünsal, 2005).

2.2.5. İletişimin Özellikleri

İletişim bir insanla bir başka insan veya grup arasındaki toplumsal bir etkileşim türüdür. İletişim süreci, iletişime giren insanda başkalarıyla bir ortaklık ve paylaşma duygusu yaratır. İletişim sürecinin gerçekleşmesi için öğelerinin olması gerekir. Örneğin; alıcı olmadan bir iletişimden söz edilemez. İletişim yeteneği çeşitli gelişim dönemlerinde öğrenmeyle ortaya çıkan bir süreçtir (Doğan ve Doğan, 2004).

İletişim, insanlığın başlangıcıyla başlayan ve insanlar tarafından geliştirilen dinamik bir süreçtir. Çünkü insan, doğduğu günden itibaren çevresiyle ve diğer insanlarla etkileşim halinde olan, onlara iletiler gönderen veya onlardan iletiler alıp bu iletileri yorumlama ve anlamlandırma yeteneklerine sahip olan, ayrıcalıklı ve sosyal bir varlıktır. İnsanoğlu, sahip olduğu bu iletişim becerileri doğrultusunda yaşam evrenini ve toplumsal ilişkilerini belirlemekte ve onları canlı tutmaktadır. Bu yönüyle iletişim, insanoğlu için dış dünyayı yorumlayarak bireysel varlıklarının farkına varmalarına, bir biyolojik varlıklar yığını olmaktan kurtulup belli bir kültürün ve toplumun üyesi olmalarına (sosyalleşmelerine) ve içinde yaşamış oldukları toplumdaki ilişkilerini düzenlemelerine yardımcı olan vazgeçilmesi imkânsız bir yaşamsal zorunluluktur (Şengül ve Yalçın, 2007).

İletişim sürekli ve dinamik bir süreçtir. Gönderici ve alıcının özgül durumlarıyla değişebilir. İletişim sürecini iletişime katılanların bilgi düzeyleri, değer yargıları, sosyokültürel geçmişleri, algılama düzeyleri, toplum içindeki rol ve sorumlulukları, içinde buldukları ruhsal-toplumsal durumlar etkiler (Doğan ve Doğan, 2004).

2.2.6. İletişimin Gerekliliği

İnsanın içinde bulunduğu koşullara ya da duruma göre önemi daha da artan iletişim, özellikle insanın her acıdan başkalarına bağımlı olduğu hastalık dönemlerinde çok daha önemli boyutlar kazanır. Hasta hastalığı nedeniyle kendini tehdit altında hissedebilir, hastalığı ve geleceği ile ilgili sayısız soruları olabilir; aile içindeki ve toplumdaki konumu ile bağıntılı olarak aile bireylerinin geleceği, işi ve işini kaybetme olasılığı ile ilgili çeşitli endişeler taşıyabilir (Uyer, 2000).

Dil, farklı işaret sistemlerinin oluşturduğu sistemli bir dizge ve insanlar arasında anlaşmayı sağlayan tabii bir vasıttır. Belirli işaret dizgelerini bünyesinde bulunduran dil olmadan iletişim de olmaz. Çünkü dil olmadan ne dış dünya algılanıp kavramlara, simgelere ve sembollere dönüştürülebilir ne de bu kavram, simge ve semboller düşünce kalıbına sokularak başkalarına aktarılabilir. Bu yüzden dış dünyaya ait düşüncelerin dilsel kalıplara dönüştürülmesi gerekmektedir. İnsanoğlu, iletişim süreci içerisinde, bu kalıpları daha çok sembolleştirmeye dayalı olan sözlü dille yapmakta; ancak bunun yanında beden dili vb. gibi işaret sistemlerini de kullanmaktadır (Şengül ve Yalçın, 2007).

İletişim sayesinde bilginin, farklı davranış şekilleri ve sonuçlar yaratmak amacıyla bir noktadan (kaynak), diğer bir yere akması (alıcı) sağlanır. Böylece, iletişim gerçek kimliğini bilgi ile gerçek değerini de bilgi aktarımı ile kazanır (Telman ve Ünsal, 2005). İletişim iki birim arasında birbirleriyle ilişkili mesaj alış verişidir. İletişim sorunlarını çözmeden doyumlu bir yaşam sürdürmek olanaksızdır. Günlük yaşamda yorgunluk, yanlış anlama, dikkati başka bir konuya verme gibi nedenlerden ötürü iletişimde ilişki aksayabilir. Bu tür aksaklıklar süreklilik göstermeye başlarsa kişinin ruhsal dengesinde bir bozukluk olduğundan kuşku duyulur (Cüceloğlu, 1997).

Toplumsal eğilim, insanların zorunlu ilişkileri dışında da birbirleri ile ilişki kurmalarını sağlayan bir güçtür. Toplumsal eğilim ve ilişkiler toplum içindeki kurallara göre şekillenir. Bazı geleneksel toplumlarda ya da küçük topluluklarda günlük eylemler bile belli kurallarla sınırlandırılmıştır. Bu toplumlarda hangi davranışın iyi, hangisinin kötü, hangi davranışın doğru hangisinin yanlış olduğu, kişinin kendini ve dünyasını ne kadar değiştirebileceği oldukça kesin, sınırlarla belirlenmiştir. Böyle bir ortamda bireyler hangi olay karşısında nasıl davranması gerektiğini önceden bilebilir. Günümüzde kuralları giderek belirsizleştiren, sürekli yeniden karar vermeyi gerektiren hızlı toplumsal değişim yaşanmaktadır. Bu durum insanların ilişki ve iletişimlerinde belli kurallarla sınırlanmasını güçleştirmekte, dünyaya daha geniş bakabilmeyi, kişiliğe yeni boyutlar katabilmeyi gerektirmektedir (Terakye, 1994).

İletişim;

- İki ya da daha çok kişi arasındaki fikir alışverişini kapsayan dinamik sosyal süreçtir.
- Duyguları ifade etmede kullanılan davranıştır.
- Aktarılan - alınan ve anlaşılan bilginin kullandığı yöntemdir.

- Diğer insanlarla ilişkileri kolaylaştırmada kullanılan sözsüz aktarım sürecidir.
- Sembol, poster ve lisanı kapsayan işlemler sistemidir.
- Hasta hemşire ilişkisinin oluşturulmasında temel elementtir (Terakye, 1994).

İletişim olabilmesi için sadece mesaj alışverişi, bir başka deyişle, sadece iki yönlülük yeterli olamaz. Alınan ve verilen mesajların birbiriyle ilişkili olması da gerekir (Cüceloğlu, 1997).

İletişimin ilk temel varsayımı, iletişim kurmanın zorunlu oluşundan, daha doğrusu iletişim kuramamanın olanaksızlığından söz eder. İlişkiler, genellikle konuşma konusu yapılmaz, çünkü iletişimde bulunan kişiler çoğu kere kurdukları ilişki türünün bilinçli olarak farkında değildirler ve bir aksaklık çıkmadığı sürece de, bu böyle devam eder gider. Kişilerin ilişki içinde birbirlerini tanımlamaları farklılaştığı zaman, yani ilişkide aksaklık olduğu zaman ilişki konuşma konusu olur. İnsanlar, birbirlerine ilişkilerinden ne kadar az söz etmek ihtiyacını duyarlarsa, ilişkileri o kadar sağlıklı ve doğaldır. İlişkide sorunlar başladığı zaman, ilişkinin türü, konuşma konusu olmaya başlar. İyi bir dinleyici, iletişim kurduğu kişinin yalnız söylediklerini değil, yüzü, eli, kolu ve bedeniyle yaptıklarını da 'duyar'; çünkü yüz ifadeleri, el ve kol hareketleri, beden duruş tarzı, sesin tonu gibi sözsüz mesajlar aynı anda kullanılır. Karşı karşıya gelerek kurulan kişiler arası iletişimlerde, hem sözlü, hem de sözsüz mesajlar aynı anda kullanılır. Bu konuşmalarda, mesaj alışverişinin ancak küçük bir bölümünü sözlü mesajlar oluşturur. Yüz ifadeleri, el kol hareketleri, beden konumları ve sesin yükselip alçalmasıyla gönderilen sözsüz mesajlar, iletişimde kullanılan mesajların daha büyük bir bölümünü kapsar (Cüceloğlu, 1997).

Mesajlar sözlerle iletildiğinden daha fazla davranışlar ve ses tonu ile iletilir. Ses tonu ve davranışlar sözler kadar kolay kontrol edilemez bu nedenle duygu ve düşünceleri gerçeğe daha uygun ortaya koyarlar. Beden - tavır - ses ve sözcüklerin iletişime ne kadar katkıda bulunduğunu belirlemek için 7 yıl süren inceleme çalışmasında; iletişimde mesajların %60'ı bedenle, %30'u ses tonu ile %10'u sözcüklerle iletilmekte olduğu belirlenmiştir (Terakye, 1994).

Olumlu iletişimi sürdürmeyi dileyen nitelikte olsa da, ses tonunuz ve bedeniniz öfkenizi ele veriyorsa mesajınız amacına ulaşmaz. Öfke dolu olduğunuz bir insanla ilişkinizi sürdürmeniz gerekiyorsa ve o insan, sizin iş ilişkisi içinde birlikte olmanız kaçınılmaz olan biri ise, selamlaşmamak ya da ilişkiyi koparmak olası değilse bu ilişkiyi

düzeltilmedikçe kendinizi huzurlu hissedemezsiniz ve kendi huzurunuz ön planda olması, karşınızdakini anlamayı, yaşadığımız sorunu çözümlmeyi ön plana almamış olmamız ve yaşadığımız öfkeyi kontrol edemememiz iletişimin başarısını düşürür. Kızdığımız insanın karşısına geçip, titreyen bir ses tonu ile "Artık bu durumdan çok rahatsız oluyorum ve sizinle konuşmak istiyorum." deyip durumla ilgili "Siz bana dediniz ki, ama ben demiştim ki!" gibi haklılık arayan ifadelerle meydan okuyan bir postur ile iletişime girebilirsiniz (Terakye, 1994).

2.2.7. İletişimin Amaçları

Genelde iletişim ile ilgili araştırmalarda esas amaç, insanların düşünce ve davranışlarının nasıl etkilenebileceğinin bilinmesidir. Bunu takip eden iletişim bilimiyle ilgili araştırmaların ağırlık noktasını 'inandırma ya da ikna etme' üzerine kurulan çalışmalar oluşturmaktadır (Telman ve Ünsal, 2005).

Toplumsal sorunların demokratik çözümü için karşılıklı, iki yönlü iletişim gereklidir. Böyle bir iletişim gerçekleştirilmediği sürece, sorunların çözümüne ulaşılamaz. Gücü o anda elinde bulunduran otorite emir vererek, toplumsal soruna bir çözüm getireceğine inanabilir. Ancak iletişim kurmadan ortaya atılan ve zorla kabul ettirilen bu tür 'çözüm' biçimlerinin ömrü, emri veren iktidarın ömrü kadar olur; iktidar değişince, yeni otorite eski emri ortadan kaldırır ve çoğu kere, öncekine taban tabana zıt, yeni emirler verir. Zamanla sürtüşmeler çoğalır, bu tür keyfi emirler daha derin toplumsal buhranlara yol açar (Cüceloğlu, 1997).

İnsan ilişkileri içinde sürekli yeniden tanımlanan bir varlıktır; diğer insanlarla hiç ilişkisi olmayan bir insan düşünülemez. Başka bir deyişle, demokratik toplum yaratabilmek için, önce bireylerin kendi günlük yaşamlarında, diğer kişilerin görüşlerine saygılı ve hoşgörülü olmayı öğrenmeleri gerekir. Bu amaçla geliştirilmiş yeni iletişim becerileri, hem bireyin, hem de toplumun yaşamına zenginlik ve saygınlık getirir. Bir insan ilişkilerinin niteliği, o insanın yaşamının kalitesini belirler. İlişki sorunları, gerçekte iletişim yani düşünce alışverişi sorunlarıdır ve yaşamın değişik yönlerinde kendini gösterir (Cüceloğlu, 1997).

İletişim sorunlarını çözmeden doyumsuz bir yaşam sürdürmek olanaksızdır. İletişim sorunlarının çözümü, iyi niyete ve bu sorunların altında yatan psikososyal

süreçlerin bilinmesine bağlıdır. İletişim konusunda bilinçlenme, kişiye önemli etkileşim olanakları sağlar. Bu olanaklardan yararlanarak, doyumlu bir yaşamı gerçekleştirmek, kişinin kendini değerli görmesiyle başlar (Cüceloğlu, 1997).

İletişim kurmamızdaki amaç;

*Başkalarına bilgi vererek davranışlarını değiştirmelerini ve çevreye uygun şekilde davranmalarını sağlamak,

*Başkalarından ihtiyacınız olan bilgi ve talimatları almak,

*İnsanların normalde başkalarından saklayacağı bilgileri size söylemeleri için onları ikna etmek,

*İnsanlara bilgi ya da talimat vermek,

*İnsanları eğitmek,

*İnsanları motive etmek, yönlendirmek ve teşvik etmek,

*Çevrenizdekilere karşı ilginizi ya da ilgisizliğini belli etmek,

*Gereken yerde eleştirmek ya da suçlamak,

*Kendinize yönelik eleştiri ya da suçlamaları dinlemek (Telman ve Ünsal, 2005).

2.2.8. İletişim Teknikleri

İletişim sürecinin gerçekleştirilmesinde çok sayıda iletişim tekniği kullanılır. Bu tekniklerin bir bölümü iletişim de etkili, bir bölümü etkili değildir (Doğan ve Doğan, 2004).

1. İçtenlik: İletişim sürecinde kişi gerçek duygu, düşünce ve davranışlarını ortaya koyabilmelidir. Bunun için kişinin kendi duygularını, tutumlarını, değer yargılarını kısaca kendini tanıması gerekir. İçtenliğin yer aldığı bir iletişimde katılanlar iletişimi daha rahat ve güvenli olarak sürdürürler (Doğan ve Doğan, 2004).

Örneğin; sağlık alanında çalışan hemşirelerin hastaya karşı olumsuz duyguları varsa, bunların farkında olmalı ve kabul etmelidir. Bu duygularını hastayı kırmadan, onu suçlamadan yansıtmayı da öğrenmelidir (Doğan ve Doğan, 2004).

2. Kabullenme: Bu kavram bir kişinin önyargısız, var olan özellikleriyle olduğu gibi görünmesini anlatır. Kabullenme bir kişinin iyi-kötü, eksik-fazla tüm yönleriyle bir bütün olarak görülmesidir. Daha çok kişiyi onaylama ve ona hoşgörü gösterme anlamındadır. Ancak hiç kimse önyargısız ve ya tamamen hoşgörülü değildir. Burada

önemli olan şey, önyargıyı en aza indirmek ve iletişim sürecini etkilememesine çalışmaktır. 'Sizi dinliyorum.' 'evet, anlıyorum' ifadeleri kabullenmeyi gösterir (Doğan ve Doğan, 2004).

3. İlgi ve odaklaşma: İlgi ve odaklaşma kişinin bir başka kişiye veya iletişim sürecini dikkatini vermesini, algılayıcı olmasını gösterir. Bunlar olmadan iletişim becerileri geliştirilemez, iletişim süreci sürdürülemez (Doğan ve Doğan, 2004).

4. Güven oluşturma: Kişinin karşısındakinde kendisiyle ilgili belirsizlik veya kuşku yaratmayacak bir izlenim bırakmasıdır. Güven duygusunun olması iletişime katılanların kendilerini açıkça ortaya koymalarını sağlar (Doğan ve Doğan, 2004).

5. Eşduyum (Empati): Kişinin karşısındakinin duygularını, düşüncelerini, içinde bulunduğu durumu anlamak için, bir an kendini onun yerine koyması biçiminde işleyen bir tekniktir. Eşduyum karşımızdaki kişiyi anlamamızı kolaylaştırır, iletişimi geliştirerek sürdürür. Örneğin; hemşire eş duyum yaparak hastanın aşırı ilgi beklentisini anlayabilir, ona öfke duymaz. Böylece iletişim geliştirilip sürdürülebilir (Doğan ve Doğan, 2004).

6. Onay: Kişiyi iletişimi sürdürmesi konusunda dolaylı bir ileti verilmesidir. Bu ileti kişinin iletişime katılan önemli biri olduğunu, kendisine değer verildiğini gösteren bir iletidir (Doğan ve Doğan, 2004).

2.2.9. İletişim Ortamı

İletişimin içinde yer aldığı ortamın psikolojik ve fiziksel özellikleri, gönderilen mesajın yorumlanmasını önemli ölçüde etkiler. İletişim ortamı, şu bölümlere ayrılarak daha ayrıntılı biçimde incelenebilir: (Cüceloğlu, 1997).

İletişimde bulunan kişilere bağlı özellikler;

İletişimde bulunan kişilerin birbirlerine yaş, cinsiyet ve sosyal mevki bakımından ne gibi ilişkiler gösterdiği, onların iletişimlerini önemli derecede etkiler. Her şeyden önce, dilimiz bu değişkinlere duyarlı bir dildir. Bir kişinin yaş, cinsiyet ve sosyal mevki bakımından, bize göre nerede olduğunu bilmeden ona hitap etmek hemen hemen olanaksızdır (Cüceloğlu, 1997).

İletişimin içinde olduğu ortamın sosyal özellikleri;

Her iletişim belirli bir sosyal ortam içinde yer alır ve bu ortamla ilgili birçok sosyal norm, değer ve beklentiler vardır. Bu sosyal normların, değerlerin ve beklentilerin, çoğu kere kişi farkında değildir, ne var ki, gelen mesajlar bu norm ve beklentiler çerçevesi içinde yorumlanır. Bir başka deyişle, bir mesajı yorumlarken mutlaka o mesajın içinde olduğu sosyal ortam hesaba katılır.

İçinde bulunulan sosyal ortamın uyardığı beklentiler, iletişimde bir aksaklığa yol açmazsa, fark edilemez (Cüceloğlu, 1997).

İletişimin içinde olduğu ortamın fiziksel özellikleri;

Oda, salon, büro gibi kelimeler, bir mekanın kullanılma işlevlerini belirtir. Bulunulan yerin fiziksel konumu ve nitelikleri, bir başka deyişle büyüklüğü ve biçimi, ayrıca rengi, aydınlatma derecesi, ısısı, sessiz ya da tenha olması gibi özellikleri, o mekan içinde yer alan iletişimi etkiler. Herkes bu etkiler altında bulunur, ne var ki bazıları bunların bilincindedir bazıları değildir (Cüceloğlu, 1997).

2.2.10. İletişimi Engelleyen Bireysel ve Çevresel Koşullar

İletişimin gerçekleşebilmesi için, iletilenlerin anlaşılması önemlidir. Aktif dinlemeyi ya da etkin iletebilmeyi engelleyen pek çok neden olabilir.

Çevresel engeller;

- *Gürültülü bir ortam
- *Mahremiyeti olmayan bir ortam
- *Ayaküstü - mesafeli vb. rahat olmayan bir ortam
- *Uyaranların fazla olduğu bir ortam (Terakye, 1994).

Bireysel engeller;

- *İletilenlerin her insanın kendi öznel yaşantılarıyla bağlantılı olarak anlamlandırılması
- *Dinleyenin gergin, kaygılı, (ağrı vb.) sıkıntılı olması
- *Kelimelerin anlamlandırılmasındaki farklılıklar
- *Algılama farklılıkları
- *iletişim kurmada isteksizlik
- *İletişim sırasında farklı şeyler düşünüp planlama
- *Duymak istenen şeyleri işitmeye eğilimli olma

- *Anlatılanla sözsüz iletilenlerin tutarsızlığı
- *Bilgimize ters düşen bilginin önemsenmemesi
- *iletilenin ileten kişiye göre (örneğin: dost, düşman oluşuna göre) değerlendirilmesi.
- *Lehçe-vurgulama farklılıkları, tıbbi terminoloji kullanımı
- *Düşünce ve duyguların dolaylı anlatımı
- *Duyguların yoğunluğu ya da duygusal uzaklık
- *Duyu organlarındaki bozukluklar (Terakye, 1994).

İletişimde bireysel ve çevresel engelleri aşabilmek, iletilenlerin anlaşılmasını sağlamak için;

- *Geri bildirim alma veya verme
- *Yüz yüze iletişimi sağlamaya çalışma
- *Sembolik anlamlara duyarlı olma
- *Doğrudan - basit ifadelerle - açık iletişim kurma yarar sağlar (Terakye, 1994).

2.2.11. İletişimin Hasta Yönünden Önemi

Hastanın hastalığı ve sorunları iletişimin temel odağı olmalıdır. Ancak hasta bir insandır ve insan yani tanıdığı kişilerle hemen sorunlarını konuşamaz. Bir tanışma ve güvenme süresi gereklidir. Hastanın insanlarla tanışmada zorluğu olabilir ve buna bağlı olarak öfkeli, saldırgan, kaygılı, utangaç, çekingen tepkiler verebilir. Hastalar genellikle tanımadıkları bu çevrede kendilerini güven içinde hissedebilmek için çabalarlar. Çoğu zaman yaşadıkları çevreden sözetme eğilimini tanışma sürecinde gösterirler. Konuşma sorulmamasına rağmen ev hayatı, basit tutkuları, deneyimleri konularıyla başlar. Bunlar mesleki ilişkiden uzaklaşıp sosyal iletişime ahablığa dönüşebilecek niteliktedirler. Hemşire bu konuşmaları hastayı tanıma amacı ile kullandığında mesleki niteliğe dönüşebilir. Örneğin; ilgilendiği bir televizyon programı hastanın ilgileri ve entellektüel düzeyi konusunda bilgi verir. Resim - edebiyat vb. konular onun bu alandaki fikirlerini açıklar, okuduğu gazete ilgilendiği haberler de hastayı tanımada yardımcı olur. Bu nedenle konuşmaların bu konularda başlamasında sakınca yoktur. Böylece genel izlenim edinildikten sonra hastanın hastalığına yönelik düşüncelerini ve bugünkü sorunlarını konuşmayı yönlendirilebilir. Aksi halde hasta güven içinde olmak ve kendine yabancı bu ortama yakınlaşmak için ahablıklar kurmaya çabalar. Bu çabanın

bir yönü kendi sosyal yaşamından sözetmekten bir diğer yönü hemşirenin sosyal yaşamını sorgulamaktır. Ailesi, özel hayatı, ilgileri gibi konularda hastalar hemşireyi sorguya çekebilirler. Hemşireler kendine bakan kişiyi tanımaya hastaların hakkı olduğunu düşünerek bu soruları kolayca cevaplayabilirler oysa hastanın ihtiyacı bir ahbablık kurmak, kendi güvenliğini sağlamaktır (Terakye, 1994).

İnsanın içinde bulunduğu koşullara ya da duruma göre önemi daha da artan iletişim, özellikle insanın her açıdan başkalarına bağımlı olduğu hastalık dönemlerinde çok daha önemli boyutlar kazanır. Hasta hastalığı nedeniyle kendini tehdit altında hissedebilir, hastalığı ve geleceği ile ilgili sayısız soruları olabilir; aile içindeki ve toplumdaki konumu ile bağıntılı olarak aile bireylerinin geleceği, işi ve işini kaybetme olasılığı ile ilgili çeşitli endişeler taşıyabilir (Uyer, 2000).

Sözel iletişimi kuramadığı durumlarda çevresinde gelişen olayları ve sergilenen davranışları olduğundan farklı yorumlamaya bağlı olarak kaygı duyma, hastanede yatan hasta bireyin sıklıkla yaşadığı sorunlar arasındadır. Bu nedenlerle hastalık sırasında doğru bilgi alma gereksinimi daha da artar. Hasta insanın bu gereksiniminin karşılanmasında, onun tedavi ve bakımını üstlenen hekim ve hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hekimler ve hemşireler hastane ortamının doğal parçaları olarak doğrudan sağlık hizmeti vermenin yanı sıra, hastayla ve yakınlarıyla iletişim kurarak onların bilgilendirilmesini sağlamakta, gereksiz kaygılara düşmesini önlemektedir. Bu durum hekim ve hemşirelerin hasta insanın yaşamındaki önemini bir kez daha artırmaktadır (Uyer, 2000).

İletişimin hasta yönünden araştırmalarla kanıtlanmış yararları ve iletişimsizliğin hasta üzerindeki olumsuz etkileri dikkate alınır, hekimlerin ve hemşirelerin iletişim becerilerini geliştirmeleri kaçınılmaz duruma gelmektedir. Çünkü hekim, hastaya doğru tanı koyabilmek için hastadan ya da hasta yakınlarından toplaması gereken verilere iletişim yoluyla ulaşır. Konulan tanının hastaya açıklanması, tedavide hasta işbirliğinin sağlanması, tedavi sonuçlarının izlenmesi, hastanın hastalığı ve bulunduğu çevreden kaynaklanan anksiyetesinin azaltılması yine iyi bir iletişim aracılığı ile olur. Hemşirenin de mesleğini başarılı biçimde icra edebilmesi iletişim alanında geliştirdiği becerileri ile doğru orantılıdır (Uyer, 2000).

Hasta hemşire etkileşimi bakımın en önemli alanıdır ve kullanılan dilin hemşirelerle hastalar arasındaki etkileşimde önemli bir gücü vardır. Ancak, bu

etkileşimi yaratan dilin gücü çoğu zaman göz ardı edilmiştir. Oysa, hemşirelerin kullandıkları uygun dilin gücü hastalar üzerinde yaptığı olumlu etki bilinmektedir. Etkileşimde kullanılan dil, gücü yansıtır. Hemşirelerin de uygun dildeki bu gücü nasıl kullanacaklarının farkına varmaları gerekmektedir. Gücün etkilerinin etkileşimdeki yansımaları, hemşire ve hasta ilişkisine dolayısıyla kuruma da kazanımlar getirmektedir. (Öz, 2004).

Hemşireliğin mesaisi günün 24 saatinde hizmet sunan bir meslek olması ve hemşirenin hastaya diğer sağlık ekibi üyelerinden daha yakın konumda bulunması hemşireye bazı ek sorumluluklar yüklemektedir. Bu sorumluluklarını yerine getirmesi gereken hemşirenin iletişim becerilerini devreye sokması beklenir. Hemşire hastasının bütüncül bir değerlendirmesini yapmak, gereksinimlerini saptamak, hastanın tanısında hekime yardımcı olabilecek bilgileri toplamak, tanı ve tedavide çok gerekli olan hasta işbirliğini sağlamak için öncelikle hastasını iyi anlamak ve kendisini hastasına iyi anlatmak zorundadır. Hemşire etkili iletişim kurabilmek için çeşitli iletişim tekniklerine başvurmalıdır (Uyer, 2000).

2.3. Sağlık Çalışanlarında Öfke-Öfke Kontrolü ve İletişim Becerileri

Sağlık alanında geçmişten günümüze gelen değişim dikkate alındığında iletişimin kaçınılmaz bir şekilde önem kazandığı görülmektedir. Sağlığın öznesi artık hekimler/sağlık çalışanları değil, birey/toplumdur. Sağlığın asıl kaynağı tıp değil insanların davranışlarıdır. Sağlıkla ilgili seçimleri kişiler kendileri yapmaktadır. Bu nedenle artık sağlık çalışanlarının toplumla, topluluklarla ve bireylerle iletişimi her zamankinden farklı olmalıdır.(Erci, 2010).

Günümüzde iş yaşamının hiç olmadığı kadar hızlı, değişken ve güvensiz olması ve rekabet şartlarının getirdiği verimlilik ve karlılık kaygıları, çalışanlar üzerinde önemli baskılar yaratırken; bir yandan da özel yaşamın getirdiği sorumluluklar ile modern hayat koşulları insanları farklı derecelerde etkilemektedir (Herdem, 2009).

Modern toplumun hastalığı olarak ifade edilen stres, aslında günlük yaşamın bir parçasıdır. Günümüzde çoğu insan, farkına varmasa bile yoğun bir stres yüküne sahiptir. İyi ya da kötü ne olursa olsun yaşamımızdaki zihinsel değişiklikler, stresli durumlardır. Günlük rutin yaşamımızda değişikliğe neden herhangi bir şey, stres

vericidir. Vücut sağlığımızda meydana gelecek bir değişiklik de strese yol açar. Zihinsel değişiklikler de gerçek, somut değişiklikler kadar strese yol açarlar. Günlük hayatımızdaki şahit olduğumuz iddialar, yorumlar, anlaşmazlıklar ve çatışmalar da stres yaşamamıza neden olurlar (Güçlü, 2001).

İşyerinde öfkenin ifade ediliş tarzı, kişisel özelliklere olduğu kadar, örgütsel iletişimin yapısına, örgüt kültürüne de bağlıdır. Özel hayatında, kendisini öfkeliendiren kişiye bunu açıkça ifade etmeyi tercih eden bir kişi, iş yaşamında öfkeliendiği zaman öfkesini içine atmayı tercih etmek zorunda kalabilir. Kişinin öfkeliendiği şeyi açıkça ifade etmesi bir örgütte hoş görülme, yadırganan ve hatta örgütsel iletişimin kalitesini düşüren bir davranış olarak görülürken, başka bir örgüt içinde bu tip davranışlar, sorunların ortaya çıkıp büyümeden çözülmesine ve daha doğrudan, açık ilişkilerin kurulmasına yardımcı olduğundan yüceltilebilir. Örgütsel iletişimin yapısı, bize bazen; neye öfkelenip neye öfkelen-meyeceğimizden, kime ne şekilde, nasıl ifade edeceğimize kadar sınırlar koyar ve bu sınırlara kadar serbestlik tanır. Bu alan geniş, bazen de dardır ve bazen kişilere olduğundan geniş veya dar gelebilir (Yılmaz, 2007). Stres olarak bilinen problemleri doğuran iş şartları, çalışanlar üzerinde baskı ve zorlanma yaratır. Bu zorlanmanın uzun sürmesi de sağlıkla ilgili ciddi sonuçların doğmasına sebep olur (Baltaş ve Baltaş, 1993).

İnsanların sürekli olarak birbirine bağırdığı, kapıların çarpıldığı gergin bir ortamda örgütsel iletişim kalitesinin yüksekliğinden bahsetmek zordur. Çalışanlar ise karşı isteklerini düşüren durumları ifade etmekten çekinir hale gelebilirler. Kişiler arasında kırgınlıklar doğup büyüebilir ve bu doğrudan işin verimini düşürebilir (Yılmaz, 2007). Birileri sürekli bağırp çağırmaya devam ederken, başka birileri pozisyonları veya kişilik özellikleri gereği kırgınlıklarını sürekli içlerinde yaşamak zorunda kalabilir. İçinden öfkelenen ve bunu dışarı açıkça vurmeyen çalışanlar da aslında örgütsel iletişimin akısı açısından bir sorun oluşturur. Dışa vurulmayan ve çözüm bulunmayan sorun, sürekli kafa kurcalar. Doğrudan sorunla ilgili konuşarak onu halletmek yerine, kırgınlığını içinde yasayan kişi hem ruhsal hem de fiziksel açıdan kendine zarar verir. Kırgın olduğu için surat asan, kendi kendine karşısındakine küsen, içinde fırtınalar koparıp dışarı vurmeyen kişi, kendi çalışma arzusunu olumsuz etkileyebileceği gibi, hem sorununa bir çözüm bulamaz, hem de bu sorunun derinleşmesine ve büyümesine yol açabilir. Üstelik kişi bu öfkeyi farkında olarak ya da

olmayarak yaptığı işin kalitesine de yansıtabilir (Yılmaz, 2007). Sürtüşmenin çıkmasını önlemek, ancak kızgınlık ve kırgınlık duygularına aldırılmayarak ya da bunları yadsıyarak mümkündür. “Kişiler iyi niyetli olur ve birbirleriyle nasıl konuşacaklarını bilirlerse, aralarında tartışma, çatışma çıkmaz” kanısı yaygındır. Aralarında sürtüşme çıkan kimseler, iyi niyetli olmayan ya da birbirleriyle nasıl konuşacağını bilmeyen kimselerdir’ sonucuyla karşılaşılır. Birlikte iş gören, beraber yaşayan kişilerin arasında çatışma ve sürtüşme çıkması doğaldır. Öte yandan günlük gözlemlerden biliriz ki, tartışmalar sonucu kişiler birbirlerine kırılırlar, hatta ilişkilerini keserler. İnsanların tartışarak birbirlerini kırdıkları, arkadaşlıklarını sona erdirdikleri bilindiği için, kızgınlık duygularını açığa vurmaktan ve bir çatışmaya girmekten kaçınılır; çünkü arkadaş ve yakınlar gücendirilerek kaybedilmek istenmez (Cüceloğlu, 1997).

Hastalık ve hastaneye yatma hasta birey ve yakınları için önemli yaşam deneyimlerindedir. Bu süreçte hastaya etkin bakım verebilmek, yakınlarına gerekli desteği sağlayabilmek etkin iletişim becerisi ile mümkün olacaktır. Bireyler arasında amaç birliği sağladığımız zaman gönderilen mesajlar yerine daha kolay ulaşır. Buradan da anlaşılacağı gibi iletişim kişisel bir beceridir (Kumcağız ve ark., 2010).

Hemşireler ve diğer görevliler hastane ortamında doğrudan ya da dolaylı öfke ortaya koyan hasta davranışlarıyla sık sık karşılaşılır. Ancak çoğu kez bu gereksinimleri karşılamakta yetersiz kaldıkları, hastaları anlamaktan uzak bir tutum sergiledikleri, hastaların bu tür davranışları karşısında savunucu ya da suçlayıcı tepkiler verebildikleri gözlenmektedir; bu nedenle de hastalarla ilişkilerinde ve bakımda çeşitli sorunlar ortaya çıkmaktadır. Oysa hemşireler hastaların öfke ifade eden davranışlarını ve nedenlerini tanımlayabilmeli, öfkenin olumlu yönlerinin farkında olmalı, hastanın öfkesini ifade etmesini önlemek yerine birlikte nedenlerini bulmaya çalışmalı, öfkesini kendisinde suçluluk duygusu yaratabilecek pasif ya da saldırgan yollarla değil, atılgan ve güvenli bir biçimde ortaya koymasını sağlamalıdır (Doğan ve ark., 2001).

Hastalık hali ve hastaneye yatma deneyimlerinde de bireyler öfke duygusu yaşamaktadırlar. Birey hastalığına duyduğu öfke yanında, hastalığından kaynaklanan sonuçlara da öfke duymaktadır. Hasta olma rolü, bakıma gereksinim duyma, ağrı, bedensel değişiklikler, ne yapacağını bilememe, yakınlarından uzak ve yabancı bir ortamda bulunma, günlük yaşamdan kopma, belirtilere yönelik tedavi yapıldığı halde kendisiyle bireysel olarak ilgilenilmemesi sonucunda, birey değersizlik ve yetersizlik

duyguları yaşamaktadır. Hissedilen kontrol kaybının yanı sıra, hastalıktan kaynaklanan değişikliklerle baş edememe sonucunda, hasta bireyler, biyolojik, psikolojik ve sosyal bütünlüklerine yönelik tehdit algılamaktadırlar. Tüm bunlar, bireyin benlik saygısının zedelenmesine, görevlilerin hastanın yaşadığı duyguları anlamaması durumunda iletişim sorunlarının yaşanmasına ve sonuçta hasta bireyin tedaviyi reddetme gibi öfke tepkilerine neden olmaktadır (Doğan ve ark., 2001; Thomas, 2004).

Literatür incelendiğinde, hastaların öfke ve saldırganlık potansiyellerini ve görevlilerin tepkilerini ortaya koyan çalışmaların ağırlıklı olarak psikiyatri, acil servisler gibi öfke ve şiddet potansiyeli yüksek olan birimlerde yapıldığı, özellikle ülkemizde diğer hasta grupları ve görevlilerin yaklaşımlarını inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Oysa tıbbi sorunları olan hastaların tümü çeşitli engellenmelerle karşılaşabilir, kayıp vb. sorunlar yaşayabilirler. Bu hasta grupları ve görevlilerin yaklaşımlarına yönelik çalışmalar, konuya dikkat çekerek öfkenin yıkıcı boyutları ve zararlarının daha iyi anlaşılmasını, böylece görevlilerin daha etkin çalışmalarını sağlayabilir (Doğan ve ark., 2001).

Literatür incelendiğinde, öfke ve saldırganlık kavramlarının genellikle bir arada kullanıldığı görülür. Öfke ve saldırganlık kavramlarının sürekli bir arada kullanılması bu iki kavramın uzun bir süre birbiriyle karıştırılmasına ve eş anlamlı kavramlar gibi algılanmasına neden olmuştur. Fakat psikolojide ve diğer sosyal bilimlerdeki gelişmeler bu iki kavramın artık ayrı ayrı ele alınıp incelenmesini gerekli kılmıştır (Özmen, 2004).

Öfke saldırganlığın iki tür ifade biçimlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel saldırganlık motor davranışlarla ilişkilidir ve amaç karşındaki kişiye veya objeye zarar vermektir. Diğer deyişle hedef yönelimlidir. Ancak her saldırgan davranışın temelinde her zaman öfke olmayabilir. Saldırganlığın ikinci şekli olan, sözel saldırganlık boyutu ise daha çok, dışa vurulmuş öfke olarak tanımlanmaktadır (Balkaya ve Hisli Şahin, 2003). Saldırganlık, başlamış ancak engellenmiş bir davranışı sonlandırmak amacıyla ortaya çıkar. Böylece kişilik için savunma ve uyum düzeni olarak kullanılabilir. Dışarıdan gelen tehdit ve tehlikeye karşı korunmak amacıyla saldırgan davranışlar ortaya çıkabilir. Böylece saldırganlık kişiliğin sınırlarını korumak ve kollamak görevini yerine getiren bir davranış biçimi niteliğini kazanır. Saldırganlığın bu biçimde değerlendirilmesi kişiden kişiye kültürden kültüre değiştiği gibi, zamanın

akışı içinde de değişmeler gösterir. Saldırganlığın kaygı ve korku sonucu ortaya çıktığını ileri süren görüşler de vardır. Bunlara göre, saldırgan davranışların temelinde kaygı yatar. İçinde bulunduğu durumdan korkan, endişelenen, kaygılanan insan önce uyumunu sağlamak, daha sonra kendini savunmak amacıyla saldırgan davranabilir. Gerek fizyolojik, gerekse ruh bilim açısından kaygının oluşumu hatırlanırsa, bu bağlantı daha kolay anlaşılabilir. Bir yere kadar kaygı, öfke ve saldırganlığı ortaya çıkaran aynı fizyolojik ve ruhsal düzenlemelerdir (Köknel, 1983).

Hemşirelerin kendi öfke düzeyleri hastalarına yaklaşımlarını etkilememektedir. Hemşireler, hastaların öfke ifade eden davranışlarının genellikle hastalıkları ile hastaneye yatmalarına bağlı olarak ortaya çıktığının farkında olmakta, yaklaşık dörtte biri görevlilerin tutumunun önemli olduğunu belirtmekte, ancak hastanın öfkesini ele almada yetersiz kalmaktadır (Doğanve ark., 2001).

Olumsuz koşulların hemşirelerin duygusal, sosyal ve fiziksel sağlıklarını olumsuz olarak etkilediği ve öfke yaşamalarına neden olduğu bildirilmektedir (Thomas, 2004). Hemşirelerin öfkesinin, yapıcı hareketlere doğru yönelmediği klinik ortamlarda sık görülmekle birlikte, durmadan yemek yeme gibi içeriye atma ve sürekli yorgunluk hissetme, sorunlar hakkında sürekli söylenmek gibi davranışlar görülebilir. Bu durum fiziksel sağlık sorunları, depresyon ve benliğini kötüye kullanmayla sonuçlanmaktadır (Thomas, 2004). Bu nedenle hemşirelerin çalışma koşullarından kaynaklanan risklerin belirlenerek ortadan kaldırılması ya da en aza indirilmesi için çalışmalar yapılırken, öfke duygularıyla sağlıklı baş edebilmeleri ve öfke duygularının hissettirdiği enerjiyi sağlıklı yönlendirebilme yeteneklerinin geliştirilmesi ve bu enerjiyi bakımın kalitesini artırmada kullanabilmeleri oldukça önemlidir (Yılmaz, 2009). Öfke davranışlarının ortaya çıkışında, kişiler arası ilişkiye ait birçok sorunun ve yetersiz problem çözme becerilerinin etkili olduğu bilinmektedir. Bu durumda öfkeden korunmayı ve azaltmayı hedefleyen bazı yaklaşımlarda etkili iletişim becerileri, atılgan davranışların kazanılması, sosyal beceri eğitimi, sosyal desteklerin kullanımı, problem ve çatışma çözümlenmesi, empatik olma, çatışma çözümleri ve duygusal kontrolün artırılması gibi kişiler arası ilişkilerde etkin olmayı kolaylaştıran beceri eğitimleri önemsenmektedir (Soykan, 2003).

Günümüzde her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de rekabet ortamı hızla gelişmektedir. Sağlık sektörleri de bu gelişmelerin paralelinde hizmet kalitesini

yükseltme yönünde uygulamalar yapmaktadırlar. Bu uygulamalardan birisi de kişiler arası iletişim becerisini geliştirebilmek adına düzenlenen hizmet içi eğitim programlarıdır (Doğanay ve Keskin, 2008). Hemşirelerin hasta ile iletişimlerine ilişkin olarak yapılan araştırmalar, bu alanda kendilerinden özenli davranmaları beklenen hemşirelerin hasta ile iletişimlerinde yetersiz kaldıklarını kanıtlamaktadır. Kendilerinin bu konuda yetersiz kaldıklarını kabul eden hemşireler hastalarıyla iletişim kurmalarının gereğine inandıklarını, ancak çeşitli nedenlerle iletişimin engellendiğini ifade etmişlerdir (Uyer, 2000).

Bireylerin sağlık bakım hizmeti aldıkları tüm ortamlarda en sık karşılaştıkları kişiler olan hemşirelerle iletişimlerinin önemi yadsınamayacak kadar büyüktür. Sağlık personeliyle ve özellikle hemşirelerle etkileşimlerindeki sorunlar, bireyin bütüncül bakım alamamasına neden olabilecektir (Doğan ve ark., 2001).

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

Sağlıklı bir iletişimin olduğu ortamlarda birey, kendi duygularını rahat bir biçimde ifade edebilmek ve çevresi tarafından anlaşılmak ister. Yaşam sürecinde, bireyin duygu ve düşünceleri, dış çevre tarafından kontrol edilmeye çalışılır ve yönlendirilmeye çalışılır. Bu durumda, birey kendisini rahatsız hissedebilir. Yaşamda diğerlerinin duygu, düşünce ve davranışlarını kontrol etmeye çalışan bireyler, insanların psikolojik sağlıkları üzerinde olumsuz etkilere yol açmaktadırlar (Özmen, 2006).

Sağlık bakımı veren kişi olarak hemşirenin sorumluluğu hastanın öfke kontrolünü sağlama konusunda hastaya gerekli bilgi ve eğitimi sağlayarak bu durumlardan kaynaklanan bir olumsuzluk yaşamamasını sağlamaktır. Öfke duygusuyla ilişkili ve kronik bir hastalık olan hipertansiyonda, öfke ve diğer duyguların kontrol durumlarının belirlenmesi konusunda hastaya gerekli eğitimin verilmesi, hastaların öfke durumlarını kontrollü yaşayarak, bilinçlenmesi, hastalığın seyri ve yaşam kalitesini artırması yönünden büyük önem taşımaktadır (Beyazaslan, 2012).

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddete ilişkin yurt dışı ve yurt içinde birçok çalışma yapılmıştır. Türkiye’de bu konuda yapılmış çok merkezli çalışmalar vardır. Bunlardan en kapsamlılarından biri 2002 yılında Eskişehir, Ankara ve

Kütahya’da sağlık kurumlarında yapılan çalışmadır. Çalışmaya hem birinci basamaktan, hem devlet hastanesi hem de üniversite hastanesinde çalışanlar dâhil edilmiş. Son bir yıl içinde sözel, fiziksel veya cinsel saldırıya uğrayıp uğramadıkları sorulmuş. Çalışanların yaklaşık yarısı (erkeklerde %48 ve kadınlarda %52,5) şiddete uğradığını ifade etmiştir. şiddete uğrama sıklığı illere göre farklılık göstermiştir. şiddete en sık pratisyen hekimler ve hemşirelerin uğradığı, en az öğretim görevlilerinin uğradığı gösterilmiştir. Çalışma birimi açısından en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kalmakta olduğu gösterilmiştir (Annagür, 2010).

Ülkemizde şiddet ile ilgili çalışmaları incelediğimizde, sağlık elemanları ile ilgili çalışmaların genellikle sadece tek bir sağlık profesyoneline özellikle sadece doktor veya hemşirelere yönelik olduğu görülmüştür (amcı ve Kutlu, 2011).

Yapılan alışmalar sağlık alanında şiddetin çok sık olduğu ancak az bildirildiğidir. Bunun birçok nedeni olmakla birlikte genel ortak kanı özellikle ülkemizde çalışanların haklarını savunacak yasal düzenlemelerin olmamasıdır. Türkiye’de sağlık personelinin mağdur olduğu eylemlere ilişkin yasal düzenlemeler bulunmamaktadır. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler maalesef genel hükümlere tabi tutulmaktadır. Bu konuda tabip odalarına önemli görevler düşmektedir. Türk Tabipler Birliğı Ceza Kanunu’nda eksik olan yerlere madde ekleme konusunda kararlı olmalıdır. Tabipler birliğı, amacı belirli, konusundaki eksiklikleri tespit eden, halkı eğiten aynı zamanda hekimlik mesleğini koruyan yönelimlerde ve uygulamalarda bulunmalıdır. Gerek sağlık hizmetindeki hızlı değışimler gerek yasal uygulamalardaki eksiklikler şiddetin önlenmesinde ve çalışan güvenliğı sağlama konusunda boşluklar bırakmaktadır (Annagür, 2010).

Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sanıldığından daha yüksek oranlardadır; ancak bildirimini çok azdır. Bunun en önemli nedeni çalışanların haklarını savunacak yeterli ve etkin yasal düzenlemelerin şimdiye kadar yapılmamış olmasıdır. Sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümler genel hükümlere tabi tutulmaktadır (görev başında yapıldığı için cezanın yarısı kadar daha arttırma yargı kararına bağlıdır). Sağlık alışanlarının güvenli koşullarda çalışması ve olabilecek şiddet riskinin azaltılması için güvenli ortamın

sağlanması, çalışanların eğitilmesi, mevzuatların düzenlenmesi tüm sağlık çalışanı yöneticilerinden beklenen en önemli görevlerdir (Al ve ark., 2012).

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma kesitsel araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 11.04.2013 - 15.10.2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma kesitsel araştırma olup, İstanbul Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi çocuk acil ve yetişkin acil kliniklerinde yürütülmüştür.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acil ve yetişkin acil kliniklerinde çalışan 283 sağlık personelinin oluşturmuş olup, araştırmada bu personelin tamamının alınması hedeflenmiş ve örnekleme gidilmemiştir. Araştırmanın yapılacağı kliniklerde 107 hemşire, 113 doktor ve 63 diğer sağlık personeli (laboratuar teknisyeni, radyoloji teknisyeni, acil tıp teknisyeni) bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde acil servislerde çalışan, yıllık izinde olmayan, anket çalışmasına gönüllü katılmak isteyen 283 sağlık personelleri araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırmaya Katılma Kriterleri

- *Sağlık personeli olma
- *Acil serviste çalışıyor olma
- *Çalışmaya katılmaya istekli olma

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında tanımlayıcı özellikler soru formu, sürekli öfke ve öfke kontrol ölçeği ve iletişim becerileri envanteri kullanılmıştır.

3.5.1. Tanıcı Özellikler Soru Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanan soru formunda 19 soru yer almaktadır (Ek-1).

Bu formda sağlık personellerinin bireysel ve mesleki tanıtıcı özellikleri, acil serviste şiddete maruz kalma durumları, öfke, iletişim ve davranış biçimleri ile ilgili sorular bulunmaktadır. Bu sorular yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir miktarı, çocuk olma durumu ve sayısı, meslekte çalışma yılı, acil serviste isteyerek çalışıp çalışmadığı, acil serviste çalışma yılı, acil serviste şiddete maruz kalıp kalmadığı, şiddete maruz kaldıysa ne tür şiddet ve kim tarafından uygulandığı ile ilgilidir. Ayrıca öfkelenme durumu ve sıklığı, öfke ve iletişim ile ilgili eğitim alıp almadığı ve iletişim yeteneğini nasıl bulduğu ile ilgili sorular sorulmaktadır.

3.5.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Öfke duygusu ve ifadesini ölçen, bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Spielberger tarafından 1983 yılında geliştirilmiş, ölkemiz için geçerlilik ve güvenilirliği Özer tarafından 1994 yılında yapılmıştır. Araştırmada kullanılan sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği; SI-Öfke ve Öfke-Tarz olmak üzere iki ana ölçekten oluşmaktadır.

(SI-Öfke = Sürekli Öfke).

SI-Öfke alt ölçeğinin yönergesinde kişinin kendisini genelde nasıl hissettiğini;

Öfke-Tarz alt ölçeğinde ise; ölçekte ifade edilen davranışı genelde ne sıklıkta gösterdiğini belirtmesi istenmektedir.

Öfke-Tarz alt ölçeği aynı zamanda üç alt ölçeğe ayrılmaktadır. Bunlardan;

1; Öfkeyi dışa vurma alt ölçeği; kişinin öfkesini genelde dışa vurduğunu,

2; Öfkeyi içte tutma alt ölçeği; kişinin öfkesini bastırarak içte tuttuğunu ve

3; Öfkeyi kontrol etme alt ölçeği; bireyin ilişkilerinde genelde ne ölçüde öfkesini kontrol edebildiğini, ne ölçüde sabırlı, hoşgörölü ve anlayışlı davrandığını ölçmektedir.

Ölçek toplam 34 maddeden oluşmaktadır. SI-Öfke ve Öfke-Tarz ölçeklerindeki her madde düzdür. Maddeler öfkenin yokluğundan değil, varlığından hareketle ölçüm yaparlar. Tepkilerin verilmesinde kullanılan ölçek aralıklarında puanlama şekli: “Hemen hiçbir zaman” (1); “Bazen” (2); “Çoğu zaman”(3) ve “Hemen her zaman”(4) şeklindedir. İçe yönelik öfke, dışa yönelik öfke ve öfke kontrol alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32; sürekli öfke alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40’tır. Ölçeğin genel toplam puanı olmayıp, dört alt ölçeğin maddeleri o alt ölçeğin toplam puanını oluşturmaktadır. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfke düzeyinin yüksek olduğunu, öfke kontrol alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini, dışa yönelik öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar öfkenin kolayca ifade edildiğini, içe yönelik öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu gösterir. Ölçeğin ilk 10 sorusu sürekli öfke düzeyini ölçen maddeleri içermektedir. Geriye kalan 24 madde öfke ifade tarzı ile ilgilidir. Bu maddelerden 8 tanesi öfkeyi dışa vurma, 8 tanesi öfkeyi içe tutma ve 8 tanesi de öfke kontrol ile ilgilidir.

Öfkeyi içe tutma, ölçeğinin 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 numaralı maddeler tarafından,

Öfkeyi dışa vurma ölçeğinin 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 numaralı maddeler tarafından,

Öfkeyi kontrol etme ise ölçeğinin 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 numaralı maddeleri tarafından ölçülmektedir (Ek-2).

Ölçeğin bu araştırmadaki alfa güvenilirlik katsayısı 0,77’ dir.

3.5.3. İletişim Becerileri Envanteri

Bireylerin iletişim becerileri düzeylerini değerlendirmek amacıyla Ersanlı ve Balcı (1998) tarafından geliştirilmiş 5’li likert tipi bir envanterdir. Balcı ve Ersanlı tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında envanterin güvenilirliğini ölçmek için yapılan test yarılama analizinde $r = .64$ ve test tekrar test sonucunda ise $r = .68$ bulunmuştur. Envanterin iç tutarlılığını belirlemek amacıyla hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı 72’ dir. Ölçek toplam 45 anlatımdan oluşmakta olup elde edilebilecek en yüksek puan 225, en düşük puan ise 45’dir. Ölçek bilişsel, duyuşsal ve davranışsal

olmak üzere üç alt boyuttan oluşur. Her bir boyutu ölçen 15 madde vardır. Her boyuta giren maddeler aşağıda görülmektedir:

Zihinsel İletişim Becerileri: 1,3,6,12,15,17,18,20,24,28,30,33,37,43,45

Duygusal İletişim Becerileri: 5,9,11,26,27,29,31,34,35,36,38,39,40,42,44

Davranışsal İletişim Becerileri: 2,4,7,8,10,13,14,16,19,21,22,23,25,32,41

Zihinsel iletişim, kişi, durum, olay veya nesneye ilişkin olarak sahip olunan her tür bilgi, deneyim, inanç ve düşünceyi içeren zihinsel ya da bilişsel öge, bireyin genellikle çevresindeki uyarıcılara ilişkin olarak yaşadığı deneyimlerden kaynağını alan bilgi birikimine dayanır.

Duygusal iletişim, çevre ile ilgili bilgi, duyum ve deneyimlerin sınıflandırılmasının yanısıra, bu sınıflandırmaların olumlu, olumsuz olaylarla, arzulanan ya da arzulananmayan amaçlarla ilişkilendirilmesi söz konusudur. Böyle bir ilişkinin varlığı tutumun duygusal ögesini temsil eder. Bireyin değerler sistemi ile de yakından ilişkilidir. Birey, bir nesne, durum ya da kişi ile ilişkiye geçerken sahip olduğu ya da içinde yer aldığı değer sistemi onun ilişki biçiminin oluşmasına önemli ölçüde etki eder. Davranışsal iletişim, bireyin belli bir uyarıcı grubundaki tutum konusuna karşı davranış eğilimini yansıtır. Bu davranış eğilimleri sözler ya da diğer hareketlerden gözlemlenebilir. Bunlar bireyin alışkanlıkları, normları ve söz konusu tutum nesnesi ile doğrudan ilişkili olmayan tutumlarının da etkisi altındadır. Duygusal davranış, tutum konusunun hoşça giden ya da gitmeyen bir durumla ilişkilendirilmesi sonucu ortaya çıkar.

Her alt ölçek ayrı ayrı değerlendirileceği gibi ölçeğin toplamına bakarak bireyin genel iletişim beceri düzeyi belirlenebilir. Her bir alt ölçekten alınabilecek en yüksek puan 75 en düşük puan ise 15'dir. Hangi alt ölçekteki puanı yüksek ise iletişim becerisi açısından o alt boyutta daha iyi olduğu söylenebilir. Ölçeğin tamamı için ise, puanların yüksekliği o bireyin iletişim beceri düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek 5'li likert tipi bir ölçektir. Her zaman 5, hiçbir zaman 1 şeklinde puanlanacaktır. Maddelerin sonundaki harfler o maddenin hangi alt boyutuna ait olduğunu göstermekte olup (Z-zihinsel) parantez içinde verilen (-) işaret ise ifadenin tersten puanlanacağını göstermektedir. Her alt ölçek ayrı ayrı değerlendirileceği gibi ölçeğin toplamına bakarak bireyin genel iletişim beceri düzeyine de bakılabilir (Ek-3).

Ölçeğin bu araştırmadaki alfa güvenilirlik katsayısı 0,82' dir.

3.6. Verilerin Toplanması

Sağlık personellerine soru formu, öfke kontrol ölçeği ve iletişim becerileri ölçeği formları verilmiş ve bireylerin kendileri tarafından formlar doldurulmuştur. Formların doldurulma süresi yaklaşık olarak 20-30 dakika sürmüştür. Formlar önce 10 kişilik bir gruba uygulanmış, soruların içerik ve anlam yönünden denetimi yapıldıktan sonra son hali verilerek uygulamaya başlamıştır. Verileri toplama süresince sağlık personellerine ek bir açıklama yapmaya gerek duyulmamıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda 16.00 SPSS paket programında değerlendirilmiştir.

Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin karşılaştırmalarında da Student t Test, Independent t Test, gruplar arası karşılaştırmalarında Oneway Anova test ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Tukey HSD test kullanıldı. Parametreler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ ve $p<0,01$ düzeylerinde değerlendirildi.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma uygulanmadan önce, araştırmanın amaç ve kapsamını içeren bilgi formu Ondokuz Mayıs Üniversitesi Etik Kuruluna sunularak etik kurul onayı alınmış (B.30.2.ODM..O.20.08/214), ayrıca İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü' den ve Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden izin alınmıştır. Araştırmada gönüllülük ilkesi esas alınmış, gönüllü olarak katılmayı kabul eden sağlık personelleri araştırma kapsamına alınmıştır (Ek-4).

4. BULGULAR

Çalışma 11 Nisan-15 Ekim 2013 tarihleri arasında 283 sağlık çalışanı üzerinde yapılmıştır. Çalışmaya katılanların yaşları 19 ile 50 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $29,23 \pm 5,94$ yıldır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %44,5'i erkek, %55,5'i kadındır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %16,3'ünün eğitim durumu lise, %19,8'ini ön lisans, %45,2'sinin lisans ve %18,7'sinin lisansüstüdür. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %56,2'si bekar, %43,8'i evlidir. Sağlık çalışanlarının %25,1'i çocuk sahibi iken, %74,9'u çocuk sahibi değildir. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %23,3'ünün geliri giderinden azken, %60,4'ünün geliri giderine eşit ve %16,3'ünün geliri giderinden fazladır. Sağlık çalışanlarının %37,8'inin pozisyonu hemşire, %39,9'unun doktor, %9,9'unun acil tıp teknisyeni, %12,3'ü teknisyenidir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Sağlık Çalışanlarının Demografik Özelliklerin Dağılımı

		Min-Max	Ort±SD
Yaş (yıl)		19-50	29,23±5,94
		N	%
Cinsiyet	Erkek	126	44,5
	Kadın	157	55,5
Eğitim	Lise	46	16,3
	Ön Lisans	56	19,8
	Lisans	128	45,2
	Lisansüstü	53	18,7
Medeni Durum	Bekar	159	56,2
	Evli	124	43,8
Çocuğunuz Var mı?	Evet	71	25,1
	Hayır	212	74,9
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	66	23,3
	Gelir Gidere Eşit	171	60,4
	Gelir Giderden Fazla	46	16,3
Pozisyon	Hemşire	107	37,8
	Doktor	113	39,9
	Acil Tıp Teknisyeni	28	9,9
	Teknisyen	35	12,3

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma süresi 0,10 ile 26 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $6,26 \pm 5,21$ yıldır. Sağlık çalışanlarının acilde çalışma süresi 0,10 ile 26 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $4,43 \pm 3,99$ yıldır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %38,9'u acil serviste isteyerek çalışmakta iken, % 61,1'i acil serviste istemeyerek çalışmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma Kapsamına Alınan Sağlık Çalışanlarının Çalışma Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

	Min-Max	Ort±SD
Çalışma Yılı	0,10-26,00	6,26±5,21
Acil Serviste Çalışma Yılı	0,10-26,00	4,43±3,99
Acil Serviste İsteyerek Çalışma Durumu	N	%
İsteyerek çalışan	110	38,9
İstemeyerek çalışan	173	61,1

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %78,4'ü acil serviste çalışılan sürede şiddete maruz kalmıştır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %64,9'u sözel şiddete maruz kalırken, %9,5'i fiziksel şiddete, %22,5'i sözel ve fiziksel şiddete, %3,2'si sözel, fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalmıştır. Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %9'u hastalar tarafından şiddete maruz kalırken, %48,2'si hasta yakınları tarafından, %34,2'si hastalar ve hasta yakınları tarafından, %8,3'ü hastane yönetimi tarafından şiddete maruz kalmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Sağlık Çalışanlarının Çalışma Ortamında Şiddete Maruz Kalma, Şiddetin Türü ve Şiddeti Uygulayan Kişi Özelliklerine Göre Özelliklerinin İncelenmesi

		N	%
Acil Serviste Çalışılan Sürede Şiddete Maruz Kalma Durumu			
Maruz kalan		222	78,4
Maruz kalmayan		61	21,6
Şiddetin Türü	Sözel	144	64,9
	Fiziksel	21	9,5
	Sözel ve fiziksel	50	22,5
	Sözel, fiziksel ve cinsel	7	3,2
Şiddet Uygulayan Kişi	Hastalar	20	9,0
	Hasta yakınları	107	48,2
	Hasta ve hasta yakınları	76	34,2
	Hastane yönetimi	19	8,3

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının maruz kaldığı şiddetin nedenlerine ilişkin dağılım Tablo 4'te görülmektedir. Sağlık çalışanlarının %41,4'ü yoğunluk nedeniyle hastaya geç müdahale etmeleri, %22,1'i hastanın acil durumu olmadığı halde doktorla görüşmek istemesi, %19,8'i müdahale odasına yakınlarının alınmaması, %11,3'ü hastanın başka bir hastaneye sevk edilmesi, %5,4'ü hasta yakınlarının hastaya yapılan müdahaleye tepki vermesi nedenleriyle şiddete maruz kalmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcılara Uygulanan Şiddetin Nedenine İlişkin Dağılım (n=222)

	N	%
Yoğunluk nedeniyle hastaya geç müdahale	92	41,4
Hastanın acil durumu olmadığı halde doktorla görüşmek için personeli zorlaması	49	22
Müdahale odasına yakınlarının alınmaması	44	19,8
Hastanın başka bir hastaneye sevk edilmesi	25	11,3
Hasta yakınlarının hastaya yapılan müdahaleye tepki vermesi	12	5,4

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddete verdikleri tepkiye dair dağılımlar Tablo 5'te görülmektedir. Sağlık çalışanlarının %37'si güvenliğe haber verme, %21,6'sı aynı şekilde karşılık verme, %12,6'sı hiçbir şey yapmama, %12,6'sı anlamaya çalışma, %10,8'i öfkelenme, %2,3'ü tutanak tutma, %1,8'i utanma, sıkılma, susma, %1,4'ü (n=3) durumu açıklamaya çalışma şeklinde cevap vermiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların Şiddete Maruz Kalındığında Verilen Tepkiye İlişkin Dağılım (n=222)

n=222	N	%
Güvenliğe haber verme	82	37
Aynı şekilde karşılık verme	48	21,6
Hiçbirşey yapmama	28	12,6
Anlamaya çalışma	28	12,6
Öfkelenme	24	10,8
Tutanak tutma	5	2,3
Utanma, sıkılma, susma	4	1,8
Durumu açıklamaya çalışma	3	1,4

Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %11'i sık sık öfkelenediklerini belirtirken, %42,4'ü öfke ve öfke kontrolü eğitimi aldığını, %57,6'sı öfke ve öfke kontrolü ile ilgili eğitim almadığını belirtmektedir.

Sağlık çalışanlarının %31,1'inin iletişim yeteneği iyi düzeyde, %31,4'ünün orta düzeyde, %36'sının yüksek düzeyde iken, %1,4'ünün iletişim yeteneği hakkında fikri bulunmamaktadır. Sağlık çalışanlarının %57,6'sı iletişim ile ilgili herhangi bir eğitim almıştır, %42,4 'ü iletişim ile ilgili herhangi bir eğitim almamıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Araştırma Grubuna Alınan Sağlık Personelinin Öfke ve İletişime İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

	N	%
Sık Sık Öfkelenme		
Evet	31	11
Hayır	252	89
Öfke ve Öfke Kontrolü Eğitimi		
Almış	120	42,4
Almamış	163	57,6
İletişim Yeteneği		
İyi düzeyde	88	31,1
Orta düzeyde	89	31,4
Yüksek düzeyde	102	36,0
Bilmiyorum	4	1,4
İletişim ile İlgili Herhangi Bir Eğitim Alma		
Almış	163	57,6
Almamış	120	42,4

Öfke ve öfke tarzı ölçeğine ilişkin puanların dağılımı Tablo 7'de görülmektedir. Sağlık çalışanlarının öfke ve öfke tarz ölçeğinde aldıkları puanlar incelendiğinde en yüksek puan ortalaması öfkeyi kontrol etme alt boyutunda, en düşük ortalama öfke dışa vurma alt boyutundan aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınan Sağlık Personelinin Öfke ve Öfke Tarz Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

	Minimum	Maximum	Ortalama	SD
Sürekli Öfke Düzeyi	10	31	17,98	4,12
Öfkeyi İçte Tutma	8	27	15,45	3,30
Öfkeyi Dışa Vurma	8	25	14,37	3,22
Öfkeyi Kontrol Etme	11	52	21,29	4,81

Sağlık çalışanlarının yaşları ile öfkeyi kontrol etme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte öfkeyi kontrol etme düzeyinin arttığı saptanmıştır ($r=0,180$; $p<0,01$). Sağlık çalışanlarının yaşları ile öfke düzeyleri, öfkeyi içte tutma ve öfkeyi dışa vurma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Sağlık Çalışanlarının Yaş ile Öfke ve Öfke Tarz Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Dağılımı

	Yaş	
	R	P
Sürekli Öfke Düzeyi	-0,082	0,171
Öfkeyi İçte Tutma	0,066	0,270
Öfkeyi Dışa Vurma	0,056	0,347
Öfkeyi Kontrol Etme	0,180	0,002**

$r = \text{Pearson Korelasyon Katsayısı}$

**** $p<0,01$**

Cinsiyete göre sağlık çalışanlarının öfke düzeyleri, öfkeyi içte tutma, öfkeyi dışa vurma ve öfkeyi kontrol etme puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeğinin Değerlendirilmesi

	Cinsiyet		^a p
	Erkek (n=126)	Kadın (n=157)	
	Ort±SD	Ort±SD	
Sürekli Öfke Düzeyi	17,85±3,98	18,08±4,24	0,646
Öfkeyi İçte Tutma	15,72±3,28	15,22±3,31	0,206
Öfkeyi Dışa Vurma	14,39±3,12	14,36±3,32	0,947
Öfkeyi Kontrol Etme	21,29±4,73	21,29±4,88	0,999

^aStudent-t Test

Eğitim durumuna göre sağlık çalışanlarının öfkeyi içte tutma düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Öfkeyi içte tutma düzeyinin lisansüstü eğitime sahip olanlarda yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim durumuna göre sağlık çalışanlarının öfkeyi dışa vurma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Öfkeyi dışa vurma düzeyinin lisans eğitimine sahip olanlarda yüksek olduğu bulunmuştur.

Eğitim durumuna göre sağlık çalışanlarının öfkeyi kontrol etme düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). fkeyi kontrol etme düzeyinin lisansüstü eğtime sahip olanlarda yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim durumuna göre sağlık çalışanlarının sürekli öfke düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Sağlık alışanlarının Eğitim Durumuna Göre Sürekli fke ve fke Tarz leğinden Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi

	Eğitim Durumu				P
	Lise (n=107)	n Lisans (n=113)	Lisans (n=28)	Lisans st (n=35)	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Sürekli fke Düzeyi	17,67±3,93	18,28±4,67	18,09±3,79	17,64±4,49	0,802
fkeyi İçte Tutma	14,63±2,88	14,52±3,27	15,70±3,04	16,51±3,89	0,003**
fkeyi Dışa Vurma	13,56±2,67	14,45±3,49	14,88±3,30	13,77±3,03	0,046*
fkeyi Kontrol Etme	19,48±4,42	21,28±4,51	21,06±4,13	23,39±6,13	0,001*

^aOneway Anova Test ** $p<0,01$ * $p<0,05$

Medeni duruma göre sağlık çalışanlarının öfkeyi içte tutma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Evli sağlık çalışanların öfkeyi içte tutma düzeyi, bekar sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Medeni duruma göre sağlık çalışanlarının öfkeyi kontrol etme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Evli sağlık çalışanlarının öfkeyi kontrol etme düzeyi, bekar sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Medeni duruma göre sağlık çalışanlarının öfkeyi dışa vurma ve öfke düzeyleri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 11).

Tablo 11. Sağlık alışanlarının Medeni Duruma Göre Sağlık alışanlarının Sürekli fke ve fke Tarz leğinden Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi

	Medeni Durum		P
	Bekar (n=159)	Evli (n=124)	
	Ort±SD	Ort±SD	
Sürekli fke Düzeyi	17,87±4,10	18,11±4,16	0,621
fkeyi İçte Tutma	15,09±3,36	15,89±3,18	0,043*
fkeyi Dışa Vurma	14,25±3,19	14,53±3,27	0,468
fkeyi Kontrol Etme	20,79±4,49	21,93±5,14	0,047*

^aStudent-t Test * $p<0,05$

Çalışılan pozisyona göre sağlık çalışanlarının öfkeyi içte tutma düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu ve öfkeyi içte tutma düzeyinin en yüksek doktor grubunda olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Çalışılan pozisyona göre sağlık çalışanlarının öfke düzeyi, öfkeyi dışa vurma ve öfkeyi kontrol etme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Çalışılan Pozisyona Göre Sürekli Öfke ve Öfke Tarz Ölçeğinden Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi

	Pozisyon				P
	Hemşire (n=107)	Doktor (n=113)	ATT (n=28)	Teknisyen (n=35)	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Sürekli Öfke Düzeyi	17,82±3,89	17,72±4,06	20,00±4,35	17,66±4,55	0,055
Öfkeyi İçte Tutma	14,97±2,72	16,19±3,49	16,03±3,09	14,00±3,80	0,001***
Öfkeyi Dışa Vurma	14,12±3,06	14,50±3,41	15,21±3,39	14,06±2,93	0,381
Öfkeyi Kontrol Etme	21,25±4,44	21,84±5,20	19,46±3,75	21,06±5,13	0,132

^aOneway Anova Test *** $p < 0,0001$

Sağlık çalışanlarının acil serviste çalışma yılları ile sürekli öfke ve öfke tarz ölçeği puanları arasında ve iletişim becerileri ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Sağlık Çalışanlarının Acil Serviste Çalışma Yılına Göre Sürekli Öfke Ve Öfke Tarz ile İletişim Becerileri Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Acil Serviste Çalışma Yılı	
	R	P
Sürekli Öfke Düzeyi	0,023	0,702
Öfkeyi İçte Tutma	0,057	0,336
Öfkeyi Dışa Vurma	0,083	0,163
Öfkeyi Kontrol Etme	0,043	0,476
İletişim Becerileri Ölçeği Toplam Puanı	0,048	0,419

Pearson korelasyonu

Tablo 14’te görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarına göre iletişim becerileri ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($t=-,084$; $p>0,05$).

Tablo 14. Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre İletişim Becerileri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi

	Gruplar	N	\bar{x}	ss	t Testi		
					t	Sd	P
İletişim Becerileri Ölçeği Toplam Puanı	Şiddete Maruz	222	154,4	13,86	-0,084	281	0,933
	Kalan						
	Şiddete Maruz	61	154,6	14,09			
	Kalmayan						
Independet t-testi							

Tablo 15’te görüldüğü gibi sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarına göre sürekli öfke ve öfkeyi dışa vurma, öfkeyi kontrol etme alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarına göre öfkeyi içte tutma alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t: 2,75$; $p<0,05$).

Tablo 15. Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre Sürekli Öfke ve Öfke Taz Ölçeğinden Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi

		Şiddete Maruz Kalma				
		N	\bar{x}	ss	t	P
Sürekli Öfke Düzeyi	evet	222	18,12	4,12	1,14	,255
	hayır	61	17,44	4,08		
Öfkeyi İçte Tutma	evet	222	15,72	3,19	2,75	,006**
	hayır	61	14,42	3,49		
Öfkeyi Dışa Vurma	evet	222	14,47	3,26	1,02	,307
	hayır	61	14,00	3,07		
Öfkeyi Kontrol Etme	evet	222	21,03	4,88	-1,67	,095
	hayır	61	22,19	4,41		
Independet t-testi		** $p<0,05$				

İletişim Becerileri puanlarının dağılımı Tablo 16’da görülmektedir. Araştırma grubuna katılan sağlık çalışanlarının genel iletişim puanının $161,48 \pm 14,09$ olduğu bulunmuştur (Tablo 16).

Tablo 16. Araştırma Kapsamına Alınan Sağlık Personelinin İletişim Becerileri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

	Minimum	Maximum	Ortalama	SD
Zihinsel İletişim	36	71	54,07	5,17
Davranışsal İletişim	37	72	56,43	5,70
Duygusal İletişim	34	66	50,89	5,50
Genel İletişim	107	198	161,48	14,09

Sağlık çalışanlarının yaşları ile zihinsel iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte zihinsel iletişim düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p < 0,01$). Sağlık çalışanlarının yaşları ile davranışsal iletişim beceri düzeyleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte davranışsal iletişim düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Sağlık çalışanlarının yaşları ile duygusal iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının yaşları ile genel iletişim beceri düzeyleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte genel iletişim becerisi düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p < 0,05$). Sağlık çalışanlarının yaşları ile zihinsel iletişim, davranışsal iletişim ve genel iletişim puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte zihinsel, davranışsal ve genel iletişim becerilerinin arttığı sonucu bulunmuştur (Tablo 17).

Tablo 17. Sağlık Çalışanlarının Yaş ile İletişim Becerisi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkinin Dağılımı

	Yaş	
	R	P
Zihinsel İletişim	0,155	0,009**
Davranışsal İletişim	0,119	0,045*
Duygusal İletişim	0,104	0,081
Genel İletişim	0,138	0,020*

r = Pearson Korelasyon Katsayısı

** $p < 0,05$*

*** $p < 0,01$*

Cinsiyete göre sağlık çalışanlarının zihinsel, davranışsal, duygusal ve genel iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Sağlık Çalışanlarının Cinsiyete Göre İletişim Becerileri Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

	Cinsiyet		^a p
	Erkek (n=126)	Kadın (n=157)	
	Ort±SD	Ort±SD	
Zihinsel İletişim	53,85±5,12	54,31±5,19	0,461
Davranışsal İletişim	55,74±5,16	57,05±6,03	0,054
Duygusal İletişim	50,93±5,13	50,89±5,80	0,945
Genel İletişim	160,53±12,78	162,39±14,98	0,270

^aStudent-t Test

Eğitim duruma göre sağlık çalışanlarının zihinsel, davranışsal, duygusal ve genel iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. Sağlık Çalışanlarının Eğitim Durumuna Göre İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi

	Eğitim Durumu				P
	Lise (n=107)	Ön Lisans (n=113)	Lisans (n=28)	Lisans Üstü (n=35)	
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
Zihinsel İletişim	53,52±4,65	53,32±5,33	54,08±5,12	55,33±5,45	0,132
Davranışsal İletişim	56,50±5,00	56,39±5,72	56,42±6,03	56,45±5,60	1,000
Duygusal İletişim	50,78±6,16	50,75±5,53	51,38±5,10	49,98±5,79	0,472
Genel İletişim	161,2±13,5	160,4±14,0	161,8±14,4	161,7±14,02	0,933

^aOneway Anova Test

Medeni duruma göre sağlık çalışanlarının zihinsel, davranışsal, duygusal ve genel iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Sağlık Çalışanlarının Medeni Duruma Göre İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi

	Medeni Durum		P
	Bekar (n=159)	Evli (n=124)	
	Ort±SD	Ort±SD	
Zihinsel İletişim	53,74±5,50	54,55±4,73	0,165
Davranışsal İletişim	56,21±5,85	56,83±5,47	0,455
Duygusal İletişim	50,62±5,29	51,31±5,75	0,353
Genel İletişim	160,71±14,44	162,71±13,7	0,239

^aStudent-t Test

Çalışılan pozisyona göre sağlık çalışanlarının zihinsel iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; hemşire grubunun zihinsel iletişim becerisinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Çalışılan pozisyona göre sağlık çalışanlarının davranışsal iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu; hemşire grubunun davranışsal iletişim becerisinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışılan pozisyona göre sağlık çalışanlarının duygusal iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; teknisyen grubunun duygusal iletişim becerisinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışılan pozisyona göre sağlık çalışanlarının genel iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; hemşire grubunun genel iletişim becerisinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 21).

Tablo 21. Sağlık Çalışanlarının Çalışılan Pozisyona Göre İletişim Becerilerinin Değerlendirilmesi

	Pozisyon				F	P
	Hemşire (n=107)	Doktor (n=113)	ATT (n=28)	Teknisyen (n=35)		
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD		
Zihinsel İletişim	54,84±5,11	54,24±5,08	51,53±4,55	53,10±5,80	2,620	0,035*
Davranışsal İletişim	57,68±5,95	55,74±5,49	53,96±4,07	56,30±6,10	3,818	0,005**
Duygusal İletişim	51,87±5,90	50,49±4,87	47,67±5,23	51,90±5,35	3,849	0,005**
Genel İletişim	164,59±14,78	160,4±13,1	153,17±10,2	161±15,06	4,135	0,003**

^aOneway Anova Test* $p<0,05$ ** $p<0,01$

Sağlık çalışanlarının genel iletişim puanı ile sürekli öfke düzeyi, öfkeyi içte tutma ve öfkeyi dışa vurma puanları arasında negatif yönde, öfkeyi kontrol etme puanları arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının genel iletişim becerileri arttıkça sürekli öfke düzeyi, öfkeyi içte tutma ve öfkeyi dışa vurma düzeylerinin azaldığı; öfkeyi kontrol etme düzeylerinin ise arttığı bulunmuştur (Tablo 22).

Tablo 22. Sağlık Çalışanlarının Öfke Kontrol Ölçeğinden Aldıkları Puanları İle Genel İletişim Becerileri Ölçeğinden Aldıkları Puanları Arasındaki İlişkinin Dağılımı

		Genel İletişim
Sürekli Öfke Düzeyi	R	-0,324
	P	0,000
Öfkeyi İçte Tutma	R	-0,301
	P	0,000
Öfkeyi Dışa Vurma	R	-0,036
	P	0,558
Öfkeyi Kontrol Etme	R	0,466
	P	0,000
Pearson korelasyon analizi	**p<0,01	

5. TARTIŞMA

Acil servis personeli öfke kontrol düzeyleri ve iletişim becerilerinin şiddete maruz kalma durumlarına etkisinin araştırılmasını amaçlayan bu çalışmadan elde edilen veriler literatür ışığında tartışılmıştır.

Bu araştırmada katılımcıların %64,9'u sözel, %9,5'i fiziksel, %22,5'u sözel ve fiziksel ve diğerlerinin hem sözel hem fiziksel hem de cinsel şiddete uğradıkları saptanmıştır. Behnam ve ark. (2009)'un acil servislerde şiddeti araştırdığı 263 kişiyi kapsayan çalışmasında, katılımcıların %75'i sözel, %21'i fiziksel şiddete uğramıştır (Tablo 3). Kowalenco ve ark. (2005)'un 177 kişi ile yaptığı acil servislerde işyerinde şiddeti araştırdığı çalışmasında, kadınların %48,1'i, erkeklerin %51,9'u fiziksel şiddete uğradığını, işyerinde şiddetin en yaygın %74,9 ile sözel şiddet olduğunu saptamıştır. Wu ve ark. (2012) 464 kişi ile yaptığı işyerinde şiddeti araştırdığı çalışmalarında, araştırmaya katılanların %50'sinin şiddete uğradığı, 150 kişinin acil servislerde şiddete uğradığı ve bunlardan %11'nin fiziksel, %26'sının sözel ve %1'inin cinsel şiddete uğradığını belirtilmiştir. Alameddine ve ark. (2011) çalışmasında çalışmaya katılanların %80'i sözel şiddete, %25'i fiziksel şiddete uğradığını saptamıştır (Tablo 3). Altıntaş (2006) çalışmasında saldırıların %60,4'ü sözel şiddet şeklinde gerçekleşirken, %25,9'u oranında fiziksel şiddet şeklinde belirtilmiştir. Çamcı ve Kutlu'nun (2011) çalışmasında sağlık çalışanlarının %15,8'inin fiziksel şiddete, %98,5'inin sözel şiddete, %24'ünün zorbalığa (bullying)/psikolojik tacize (mobbing) ve %6,1'inin cinsel tacize uğradığı bulunmuştur. Canbaz ve ark. (2008) çalışmasında katılımcıların %59,6'sı sözel şiddete, %19,6'sı fiziksel şiddete uğradığı, hastane acil servislerinin ve 112 acillerinde şiddetin yaygın olduğu sonucunu belirtmişlerdir. Gökçe ve Dündar (2008) tarafından Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmış bir çalışmada çalışanların son bir yıl içerisinde sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı %85,9 olarak saptanmıştır; şiddete uğrayanların %59'nun sözel şiddete uğradığı, %26,5'nin fiziksel şiddete uğradığı belirtilmiştir. Gülalp ve ark. (2009) çalışmasında acil personeline yönelik şiddetin sık olduğu belirtilmiştir. Çalışma bulguları bu araştırmada elde edilen bulgularla benzerdir. Acil servis stresin ve iş yoğunluğunun yüksek olduğu bir ortamdır. Aynı zamanda hasta ve yakınları için endişe ve stresin yoğun olduğu bir kliniklidir. Dolayısıyla öfke kontrolünün düşük olduğu, iletişimle ilgili problemi olan bireylerin

şiddet uygulama eğilimlerinin bu atmosferde yüksek olabileceği düşünülebilir. Sözel şiddetin diğer şiddet türlerine göre daha fazla görülme nedeninin, sağlık çalışanları tarafından hasta ile ilgili bildirimlerin az olmasından ve yasal olarak kanıtlanabilirliğinin zor olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu araştırmada katılımcıların %9'u hastalar tarafından şiddete maruz kalırken, %48,2'si hasta yakınları tarafından, %34,2'si hastalar ve hasta yakınları tarafından, %8,3'ü hastane yönetimi tarafından şiddete maruz kalmıştır (Tablo 3). Lin ve Lui (2004) çalışmasında katılımcıların %38,3'ü hastalar, %29,6'sı hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalmış, yaşamı tehdit eden fiziksel şiddet vakalarının çoğunun hasta ya da hasta yakınlarından kaynaklandığı belirtilmiştir. Kowalenco ve ark. (2005)'un çalışmasında katılımcıların %89,1'i hastalar tarafından, %9,3'ü hasta yakınları tarafından şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir. Rahmani (2012) çalışmasında katılımcıların %30'u hastalar tarafından fiziksel şiddete, %34'ü sözel şiddete uğramış, katılımcıların %82'si hasta yakınları tarafından sözel şiddete, %59'u fiziksel şiddete uğradığı bulunmuştur. Altıntaş (2006) çalışmasında saldırıların %60,4'ü sözel şiddet şeklinde gerçekleşirken, %25,9'u oranında fiziksel şiddet şeklinde gerçekleşmiştir. Akyön (2008) çalışmasında sağlık çalışanlarının %16,1'i hasta ve hasta yakını kaynaklı fiziksel ve sözel şiddete uğramıştır. Çalışma bulguları bu araştırmada elde edilen bulgularla benzerdir. Elde edilen bu veriler sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin türü ve şekli değişse de, her koşulda hasta ya da hasta yakınından kaynaklanabilen şiddetin sağlık alanında adeta iş yaşamının bir parçası haline geldiğini düşündürebilir.

Bu araştırmada katılımcıların %41,44'ü yoğunluk nedeniyle hastaya geç müdahale etmeleri, %22,07'si hastanın acil durumu olmadığı halde doktorla görüşmek istemesi, %19,81'i müdahale odasına yakınlarının alınmaması, % 11,26'sı hastanın başka bir hastaneye sevk edilmesi, %5,4'ü hasta yakınlarının hastaya yapılan müdahaleye tepki vermesi nedenleriyle şiddete maruz kalmıştır (Tablo 4). Lin ve Lui (2004)'nin çalışmasında katılımcıların %17,5'i hasta ve hasta yakınlarının endişeleri nedeniyle, %11,2'si tıbbi nedenlerle, %27,2'si yanlış anlaşılma gibi nedenlerden dolayı şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir. Behnam ve ark. (2009)'un çalışmasında katılımcıların %98'i müşahade odasına hasta yakınlarının alınmaması nedeniyle şiddete uğradığı belirtilmiştir. Wu ve ark. (2012) çalışmasında katılımcıların %34,2'si fiziksel şiddete, %16,1'i sözel şiddete hasta ve hasta yakınlarının tedaviyi beğenmemesi nedeni

ile %26,4'ü fiziksel şiddete, %21,9'u sözel şiddete hasta ve hasta yakınlarının uzun süre bekleme nedeniyle, %52,6'sı fiziksel şiddete, %33,5'i sözel şiddete yanlış anlaşılma nedeniyle şiddete maruz kaldığını saptamıştır. Alameddine ve ark. (2011) çalışmasında katılımcıların %77,8'i acil serviste uzun süre bekleme nedeni ile, %50,4'ü hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinden kaynaklı nedenlerden dolayı şiddete maruz kalmıştır. Rahmani (2012) çalışmasında katılımcıların %40'ı hasta ölümleri, %36'sı personelin az olması, %72'si insanların yapılanlara müdahale etmesi, %42'si hastaya geç müdahale edilmesi nedenleri ile şiddete maruz kalmıştır. Çalışma bulguları bu araştırmada elde edilen bulgularla benzerdir.

Bu araştırmada katılımcıların %37'si güvenliğe haber verme, %21,6'sı aynı şekilde karşılık verme, %12,6'sı hiçbir şey yapmama, %12,6'sı anlamaya çalışma, %10,8'i öfkelenme, %2,3'ü tutanak tutma, %1,8'i utanma, sıkılma, susma, %1,4'ü durumu açıklamaya çalışma şeklinde cevap vermiştir (Tablo 5). Rahmani (2012) çalışmasında katılımcıların %25'i hiçbir şey yapmadım, %16'si yönetime ilettim şeklinde cevap vermiştir. Ahmed (2012) çalışmasında katılımcıların %90'ı hiçbir şey yapmadım, %67,2'si aynı şekilde karşılık verdim, %74,6'sı yönetime ilettim şeklinde cevap vermiştir. Çalışma bulguları bu araştırmada elde edilen bulgularla benzerdir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının şiddete maruz kaldıklarında, bireysel baş etme yöntemlerini ve öfke kontrol mekanizmalarını iyi bilmesi ve uygulaması ile etkili bir iletişim yöntemini kullandıklarını düşündürebilir.

Bu araştırmada katılımcıların %11'i sık sık öfkelenediklerini belirtirken, %42,4'ü öfke ve öfke kontrolü eğitimi aldığını belirtmektedir (Tablo 6). Çalışanların yaklaşık olarak yarısının öfke ve öfke kontrolü eğitimi almış olmalarının yaşayabilecekleri şiddetle baş etmelerinde daha profesyonel yaklaşımda bulunabileceklerini düşündürebilir. Rosenstein ve O'Daniel'in 1500 hemşireyle yaptıkları bir çalışmada, öfke düzeyi arttıkça hemşirelerin zorlandıklarını, hemşirelerin konsantrasyon ve iletişim güçlükleriyle birlikte ekip içi işbirliği sorunları yaşadıklarını, hasta hakkında bilgi alışverişiyle ilgili aksaklıklar olduğunu, bir diğer deyişle işyerlerindeki ilişkilerin olumsuz etkilendiğinin saptandığını belirtmiştir.

Bu araştırmada katılımcıların %31,1'inin iletişim yeteneği iyi düzeyde, %31,4'ünün orta düzeyde, %36'sının yüksek düzeyde iken, %1,4'ünün iletişim yeteneği hakkında fikri bulunmadığını belirtmişlerdir (Tablo 6). Yılmaz (2009) çalışmasında

hemşirelerin hastalar ile iletişimde güçlük çekme durumuna bakıldığında; çalışmaya katılan hemşirelerin büyük bir kısmı (%77,4) hastalarla iletişimde güçlük çekmediklerini, %22,6'sı bazen hastalarla iletişimde güçlük çektiklerini belirtmiştir. Babadağlı ve ark. (2006) çalışmasında hastalarla iletişim sorunu yaşayan hemşire oranı %73,3, iletişimde sorun yaşamayan hemşire oranı %26,7 olarak bulunmuştur. Çalışma bulguları bu araştırmada elde edilen bulgularla benzerdir.

Bu araştırmada katılımcıların sürekli öfke ve öfke tarz ölçeğine ilişkin puanların dağılımlarına bakıldığında sürekli öfke puanı 17,9'dur (Tablo 7). Doğan ve ark. (2001) çalışmasında hemşirelerin sürekli öfke ortalama puanı 17,4'tür. Özer'in (1994) çalışmasında yöneticiler sürekli öfke ortalama puanı 19,1 ve hemşirelik öğrencilerinin sürekli öfke ortalama puanı 20,9'dur. Bu çalışmanın verileri Özer'in (1994) çalışmasında elde ettiği ortalamalardan daha düşüktür. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının öfke kontrol puan ortalaması 21,3'dür. Doğan ve ark. (2001) çalışmasında hemşirelerin öfke kontrolü ortalama puanı 23,3'dür. Özer (1994) bu ortalama puanı yöneticilerde 23,4, hemşirelik öğrencilerinde 20,7 olarak bulmuştur. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının öfkeyi içe atma ortalama puanı 15,4 bulunmuştur. Doğan ve ark. (2001) çalışmasında hemşirelerin öfkeyi içe atma ortalama puanı 15,5 iken, yöneticilerde 15,5, hemşirelik öğrencilerinde 15,9 olarak bulunmuştur. Öfkeyi dışa vurma ortalama puanı hemşirelerde 13,8 iken, yöneticilerde 16,5, hemşirelik öğrencilerinde 16,2 olarak bulunmuştur (Özer, 1994). Bu çalışmanın verileri Doğan ve ark. (2001) çalışmasıyla ve Özer'in (1994) çalışmasıyla benzerdir. Buna göre, sağlık çalışanlarının sürekli öfke düzeylerinin genelde düşük olduğu, öfkelerini kontrol edebildikleri ve doğrudan dışa vurmadıkları söylenebilir. Sağlık çalışanlarının öfkelerini kontrol etmelerinin yüksek olmasının olumlu bir özellik olduğu düşünülebilir. Ancak hastaların yada hasta yakınlarının öfke ya da şiddet içeren davranışları karşısında, sağlık çalışanlarının çoğu gerçekte hastaları sorumlu tuttıkları ve hastalara öfkelenedikleri, ancak öfkelerini genelde açıktan dışa vurmadıkları ve kontrol etmeye çalıştıklarını düşünülebilir. Çeşitli araştırmalarda hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalamasını; Engin (2004) sürekli öfke 18,01±3,45, öfke-içte 14,62±2,88, öfke-dışa 14,32±2,77 ve öfke kontrol 23,36±3,96; Bayrı (2007) sürekli öfke 17,17±3,05, öfke-içte 12,65±5,52, öfke-dışa 15,62±3,58 ve öfke kontrol 30,46±2,54; Durmuş ve ark. (2000) sürekli öfke 20,86, öfke-içte 16,01, öfke-dışa 15,79 ve öfke kontrol 21,02; Doğan ve

ark. (1999) sürekli öfke 17,38, öfke- içte 15,50, öfke-dışa 13,77 ve öfke kontrol 23,18 olarak bulmuşlardır. Bu çalışmada elde edilen verilerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzı puan ortalaması literatürlerle benzerlik göstermektedir. Sağlık çalışanlarının öfke kontrol etme puan ortalamalarının yüksek olmasının olumlu bir özellik olduğu söylenebilir. Bireyin yaşadığı öfke duygusunun sıklığı, şiddeti, süresi, bireyin kendisi kadar çevresindeki bireyler için de oldukça önemli olduğundan, sağlık çalışanlarının davranışlarında, öncelikle kendilerini değerlendirmeleri ve öfke duygusunun farkında olmaları oldukça önemlidir (Terakye 1998, Thomas 2004).

Bu araştırmada katılımcıların yaşları ile öfkeyi kontrol etme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte öfkeyi kontrol etme düzeyinin arttığı saptanmıştır ($r=0,180$; $p<0,01$) (Tablo 8). Balkaya (2001) yaş ilerledikçe içe dönük tepkilerde artma olduğunu belirlemiştir. Sala'nın (1997) çalışmasında, 21 yaş üzerindeki öğrencilerde öfke kontrolünün 17 yaş grubuna göre yüksek çıkması ile uyumludur. Yıldırım (2005) hemşireler ile yaptığı çalışmada 34 yaş ve üzerindeki grupta öfke kontrol puanının ve 20-26 yaş grubunda ise sürekli öfke puanının yüksek olduğunu bulmuştur. Araştırmanın bulguları bu çalışmayla benzerlik göstermektedir. Bu sonuç ileri yaşlarda öfkeye yol açan durumların ve tepkilerin azalması ve yaş ilerledikçe öfke kontrolünün de kazanılarak daha etkili kullanılması ile açıklanabilir.

Bu araştırmada katılımcıların eğitim düzeyi, arttıkça sağlık personellerinde öfkeyi kontrol etme ortalaması ve öfkeyi içte tutma ortalaması da artmaktadır (Tablo 10). Ulutürk (2006) çalışmasında eğitim durumuna göre öfke ve öfke ifadesi değerlendirildiğinde her iki grupta da öfke iç puan ortalaması eğitimin artması ile birlikte düştüğünü, öfke dış puan ortalamasının en yüksek olduğu grup lise ve üzeri eğitim alanlar olduğunu bulmuştur. Bunun yanında öfke kontrol puan ortalaması eğitim düzeyi daha düşük olanlarda daha yüksek bulunmuştur. Yıldırım (2005) psikiyatri servisinde çalışan yüksekokul mezunu hemşirelerin öfke kontrol puanını, lise mezunu hemşirelerin ise sürekli öfke puanını yüksek bulunmuştur. Balkaya'nın (2003) 756 kişi üzerinde çok boyutlu öfke envanterinin geliştirilmesi ile ilgili yaptığı çalışmasında lise mezunlarının, temel eğitim veya üniversite mezunlarına göre kişilerarası ilişkilerde daha fazla öfke sorunu yaşama eğiliminde olduklarını saptamıştır. Literatürde ve çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça öfke kontrolünün arttığı belirtilmektedir. Çalışma bulguları bu araştırmada elde edilen bulgularla benzerdir.

Bu araştırmada katılımcıların medeni duruma göre sağlık çalışanlarının öfkeyi içte tutma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Evli sağlık çalışanların öfkeyi içte tutma, düzeyi bekar sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir. Medeni duruma göre sağlık çalışanlarının öfkeyi kontrol etme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Evli sağlık çalışanlarının öfkeyi kontrol etme düzeyi, bekar sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir (Tablo 11). Yılmaz (2009), Bayrı (2007), am ve Baysal (1998), Engin (2004) alışmalarında medeni duruma göre sürekli öfke, öfke içte, öfke dışa ve öfke kontrol puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptamamışlardır. Bu çalışmanın verileri bu bulgularla benzerlik göstermemektedir. Bu çalışmanın sonucunun diğer çalışmalardan farklı çıkması, evli sağlık çalışanlarının öfke ile bireysel baş etme mekanizmalarını daha iyi bilmeleri ve uygulamaları ile açıklanabilir. Ayrıca evlilik kurumu bir paylaşım ve duygu kontrolü gerektirir. Dolayısıyla fke kontrolüne katkı sağladığı düşünülebilir.

Bu araştırmada sağlık çalışanlarının çalışılan pozisyona göre öfkeyi içte tutma düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu ve öfkeyi içte tutma düzeyinin en yüksek doktor grubunda olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (Tablo 12). Sağlık alışanlarının arasında doktor grubunun öfkeyi içte atma düzeyinin diğer sağlık çalışanlarına göre yüksek olmasının olumlu bir özellik olduğu düşünülebilir. Doktor grubunun öfkelendiğinde öfkesini kabul ederek kontrol ettiğini ve öfkesini bastırarak içine attığı söylenir. Bu durumun doktor grubunun eğitim seviyesinin yüksek düzeyde olması, iyi düzeyde bilgi birikiminin olması, iş tecrübesi ve mesleki deneyimlerinin iyi olması, öfke ve öfke kontrol ile ilgili eğitim almaları, aldıkları eğitimi yeterli düzeyde uygulamaya koyabildikleri ve bireysel baş etme mekanizmalarını etkili kullanmaları ile ilişkilendirilebilir.

Araştırma kapsamına alınan sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarına göre öfkeyi içte tutma alt leğinden aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 15). Sağlık alışanlarının büyük çoğunluğunun şiddete maruz kalmasına rağmen, öfkelerini içte atarak bastırmalarının olumlu bir özellik olduğu düşünülmektedir. Sağlık alışanlarının şiddet gösteren hasta ve hasta yakınlarına karşı fkelenseler dahi, hizmet kalitesi ve hasta

memnuniyetini arttırmak ve bakım sorumluluğunu yerine getirebilmek için, sabırlı, anlayışlı davrandıkları düşünülebilir.

Bu araştırmada katılımcıların zihinsel iletişim beceri puanı ortalaması 54, davranışsal iletişim puanı ortalaması 56,4, duygusal iletişim beceri puanı ortalaması 50,9'dur, genel iletişim becerileri puan ortalaması 161 bulunmuştur (Tablo 16). Şen ve ark. (2009) zihinsel iletişim beceri puan ortalamasını 62,9, duygusal iletişim beceri puan ortalamasını 62,4 ve davranışsal iletişim becerileri puan ortalamasını 64,1 olarak saptanmıştır. Akyurt (2009) çalışmasında zihinsel iletişim beceri puanı ortalamasını 42,1 davranışsal iletişim puanı ortalamasını 36,6, duygusal iletişim beceri puanı ortalamasını 32,8 genel iletişim becerileri puan ortalamasını 111 olarak bulmuştur. Bu çalışmanın verileri bu bulgularla benzerlik göstermemektedir. Dökmen (1988) çalışmasında empati kavramını, bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenlerin, empatik becerinin zihinsel, duygusal ve davranışsal iletişim becerilerinin tümüyle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. İlişkiler arasındaki farklar çok küçük olmasına rağmen bu değerlere bakıldığında en düşük ilişkinin duygusal iletişim becerileri ile olduğu görülmektedir. Bu durum sağlık personellerinin acil serviste istemeyerek çalışma, çalışma koşullarının ağır olması, hasta yakınlarının ajite ve saldırgan davranışlarının, sağlık personellerinde olumsuz etki yaratarak davranışsal, zihinsel ve duygusal iletişimi etkilediğini düşündürmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların yaşları ile zihinsel iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte zihinsel iletişim düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p<0,01$). Sağlık çalışanlarının yaşları ile davranışsal iletişim beceri düzeyleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte davranışsal iletişim düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 17). Yaşla birlikte davranışsal kontrol artmaktadır. Dolayısıyla bireylerin yaşantı ürünü tepkileri yaşla birlikte daha da gelişmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların yaşları ile genel iletişim beceri düzeyleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte genel iletişim becerisi düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 17). Bu durum sağlık çalışanlarının yaş arttıkça, iş yaşamında tecrübe, deneyim, bilgi ve birikim gibi faktörlerini daha iyi öğrenilerek, kişilerin teorik uygulamaya daha kolay

dönüştürebildiği ile açıklanabilir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarında yaşın artması ile birlikte zihinsel iletişim becerisi, davranış iletişim becerisi de artmakta, duygusal iletişim becerileri ise azalmaktadır. Bu durum sağlık çalışanlarında yaş ortalamasının yüksek olması, sağlık çalışanlarının çoğunun erkek olması, acil servisin yoğun ve hasta sayısının fazla olması ya da sağlık çalışanlarının bireysel empati kurma yöntemlerini bilmemeleri ya da etkili kullanmamaları nedeni ile duygusal iletişimin çok fazla yer verilmediği düşünülmektedir. İletişim becerilerinin yetişkinlerde yaş ilerledikçe değişip değişmediğini araştıran çalışmalar da bulunmaktadır. Başar'ın (2011) çalışmasında hemşirelerin yaşı ile iletişim becerileri arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde çok zayıf ilişki belirlenmiştir. Kaya ve ark.(2013) çalışmasında, iletişim becerisi puan ortalaması 41-45 yaş arasındaki hemşirelerde en yüksek görünmesine karşın yaş ile iletişim beceri puanı arasında ilişki bulunamamıştır.

Sağlık çalışanlarının çalışılan pozisyona göre zihinsel iletişim ve genel iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; hemşire grubunun zihinsel iletişim ve genel iletişim beceri düzeyinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışılan pozisyona göre sağlık çalışanlarının davranışsal iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu; hemşire grubunun davranışsal iletişim becerisinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Çalışılan pozisyona göre sağlık çalışanlarının duygusal iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu; teknisyen grubunun davranışsal iletişim becerisinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$) (Tablo 21). Hemşire grubunun davranışsal iletişim, zihinsel iletişim, genel iletişim beceri düzeylerinin diğer gruplara göre yüksek olmasının nedeni; hemşirelerin hastalara bakım verici rolünü yerine getirirken, hastalara tedavi edici rolünü yerine getirirken, hastalara eğitim verici rolünü yerine getirirken sürekli hasta ve hasta yakınları ile iletişim halinde olmasından ve bu sayede etkili iletişim tekniklerini biliyor ve uyguluyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının genel iletişim puanı ile sürekli öfke düzeyi, öfkeyi içte tutma ve öfkeyi dışavurma puanları arasında negatif yönde, öfkeyi kontrol etme puanları arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının genel iletişim becerileri arttıkça sürekli öfke düzeyi, öfkeyi içte tutma ve öfkeyi dışa vurma düzeylerinin azaldığı; öfkeyi kontrol etme düzeylerinin ise arttığı

bulunmuştur (Tablo 22). İletişim öfke kontrolünde oldukça önemli bir unsurdur. Bu araştırmada iletişimi iyi düzeyde olan sağlık çalışanlarının öfkelerini daha yüksek oranda kontrol ettiklerinin ve daha yüksek oranda kabul edebildiklerinin, iletişimi zayıf olanların ise öfke düzeyinin daha yüksek olduğu öfkeyi içe atmayarak öfkelerini bastırmadıklarını hatta kabul etmedikleri bilinen kuramlarla uyumlu bir sonuçtur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

11 Nisan-15 Ekim 2013 tarihleri arasında İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde acil serviste çalışan 283 sağlık personeli ile gerçekleştirilen bu çalışmada acil servis personeli öfke kontrol düzeyleri ve iletişim becerilerinin şiddete maruz kalma durumlarına etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmada sonuç olarak;

*Sağlık çalışanlarının yaşları 19 ile 50 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $29,23 \pm 5,94$ yıldır.

*Sağlık çalışanlarının %55,5' i kadın, %45,2'si lisans mezunu, %56,2'si bekâr, %74,9'u çocuğu yok, %60,4'ünün gelir durumu gider durumuna eşit ve %39,9'unun pozisyonu doktordur.

*Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının meslekteki çalışma süresi 0,10 ile 26 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $6,26 \pm 5,21$ yıldır.

*Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının acilde çalışma süresi 0,10 ile 26 yıl arasında değişmekte olup, ortalama $4,43 \pm 3,99$ yıldır.

*Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %38,9'u (n=110) acil serviste isteyerek çalışmaktadır.

*Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %78,4'ü (n=222) acil serviste çalışılan sürede şiddete maruz kalmıştır.

*Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %64,9'u (n=144) sözel şiddete maruz kalmıştır.

*Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %48,2'si (n=107) hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalmıştır.

*Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının % 41,44'ü (n=92) yoğunluk nedeniyle hastaya geç müdahale etmeleri nedeniyle şiddete maruz kalmıştır.

*Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu maruz kaldıkları şiddete verdikleri tepki %37'si (n=82) güvenliğe haber verdim şeklindedir.

*Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %89' u sık öfkelenmediklerini ifade etmiştir.

*Çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının %36'sı iletişim yeteneğini yüksek düzeyde olduğunu ve %57,6'sı iletişimle ilgili eğitim aldığını ifade etmiştir.

*Sürekli öfke ve öfke tarzı ölçeğine ilişkin puanların dağılımında en yüksek puan ortalaması öfkeyi kontrol etmede, en düşük ortalama ise öfke dışı vurma olarak saptanmıştır.

*Sağlık çalışanlarının yaşları ile öfkeyi kontrol etme arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte öfkeyi kontrol etme düzeyinin arttığı saptanmıştır ($r=0,180$; $p<0,01$).

*Eğitim durumuna göre sağlık çalışanlarının öfkeyi içte tutma düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,01$). Öfkeyi içte tutma düzeyinin lisansüstü eğitime sahip olanlarda yüksek olduğu bulunmuştur.

*Medeni duruma göre sağlık çalışanlarının öfkeyi içte tutma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Evli sağlık çalışanların öfkeyi içte tutma düzeyi, bekar sağlık çalışanlarına göre daha yüksek bulunmuştur. Medeni duruma göre sağlık çalışanlarının öfkeyi kontrol etme düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Evli sağlık çalışanlarının öfkeyi kontrol etme düzeyi, bekar sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

*Çalışılan pozisyona göre sağlık çalışanlarının öfkeyi içte tutma düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı farklılık olduğu ve öfkeyi içte tutma düzeyinin en yüksek doktor grubunda olduğu saptanmıştır ($p<0,001$).

*Sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma durumlarına göre öfkeyi içte tutma alt ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve şiddete maruz kalanların öfkeyi daha fazla içte tuttuğu saptanmıştır.

*Sağlık çalışanlarının yaşları ile zihinsel iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte zihinsel iletişim düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p<0,01$).

*Sağlık çalışanlarının yaşları ile davranışsal iletişim beceri düzeyleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu, yaşla birlikte davranışsal iletişim düzeyinin arttığı saptanmıştır ($p<0,05$).

*Çalışılan pozisyona göre sağlık çalışanlarının zihinsel, davranışsal ve duygusal iletişim beceri düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu; hemşire grubunun zihinsel, davranışsal ve duygusal iletişim becerisinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

*Sağlık alışanlarının genel iletişim puanı ile sürekli öfke düzeyi, öfkeyi içte tutma ve öfkeyi dışa vurma puanları arasında negatif yönde, öfkeyi kontrol etme puanları arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

*Sağlık alışanlarının genel iletişim becerileri arttıa sürekli öfke düzeyi, öfkeyi içte tutma ve öfkeyi dışa vurma düzeylerinin azaldığı; sağlık çalışanlarının genel iletişim becerileri arttıa, öfkeyi kontrol etme düzeylerinin arttığı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler verilebilir;

*Sağlık personellerinin kendi duygularını tanımaları ve öfke gibi zor ifade edilen bir duyguyu uygun anlatım yolu bularak ifade edebilmeleri için çalıştıkları kurumun hizmet içi eğitim programlarında, öfke yönetimine ve etkili iletişim kurma tekniklerine yer verilmesi,

*Sağlık personellerinin iletişimlerini geliştirmeye yönelik iş ortamında sosyal düzenlemelerin yapılması,

*Sağlık personellerine yönelik şiddet ve saldırganlığın nedenine yönelik araştırmalar ve çözüm yolları geliştirilmeli,

*Sağlık personellerinin iş yerinde karşılaştıkları sorunları çözebilmeleri içintoplantılar düzenlenerek görüşlerini bildirmelerine fırsat verilmesi,

*Tek bir hastanede yapılan bu çalışmanın benzerlerinin ülke genelinde daha kapsamlı olarak yapılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Ahmed AS. Verbal and physical abuse against jordanian nurses in the work environment. 2012; 18(4): 318-324.
- Akdeniz M. Öfke kontrolü eğitiminin lise öğrencilerinin öfke kontrol becerilerine etkisi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 1-5.
- Akkoç MŞ. Acil servis sağlık çalışanlarının tolerans düzeyleri ile öfke kontrolleri arasındaki ilişki. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 4-10.
- Akyön F. İşyerinde şiddete karşı çalışanların bireysel çatışma yöntemi yaklaşımları, Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Doktora Tezi, 2008; 1-16.
- Alameddine M, Kazzi A, El-Jardali F, Dimassi H, Louf S. Occupational violence atlebanese emergency departments: Prevalence, characteristics and associated Factors. Journal of Occupational Health. 2011; 53: 455-464.
- Al B, Zengin S, Deryal Y, Gökçen C, Arı DY, Yıldırım C. Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet. The Journal of Academic Emergency Medicine. 2012; 11: 115-124.
- Altıntaş N. Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere yönelik şiddetin belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi 2006; 40-56.
- Annagür B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri değerlendirilmesi ve önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2010; 2(2): 161-173.
- Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Anadolu Psikiyatri Dergisi. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3: 147-154.
- Babadağlı B, Ekiz Erim S, Erdoğan S. Hekim ve hemşirelerin hastayla iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2006;1: 52-69.
- Balkaya F. Öfke: Temel boyutları, nedenleri ve sonuçları. Türk Psikolojisi Yazıları. 2001;4(7): 21-45.
- Balkaya F, Hisli Şahin N. Çok boyutlu öfke ölçeği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2003; 214: 192-202.
- Baltaş B, Baltas Z. Stres ve Başa Çıkma Yolları. 13. Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi. 1993; 73-75, 275-283.

- Başar G. Hemşirelerde ve hemşirelik öğrencilerinde problem çözme ve iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2011.
- Batıgün AD. İntihar ile ilişkili bazı değişkenler: Öfke/saldırganlık, dürtüsel davranışlar, problem çözme becerileri, yaşamı sürdürme nedenleri. *Kriz Dergisi*. 2004; 12 (2): 49-61.
- Bayrı F. Hemşirelerin öfke ifade biçimleri ve genel sağlık durumları ile ilişkisinin incelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 8-30.
- Behnam M, Tillotson R, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the emergency department: Anational survey of emergency medicine residents and attending physicians. *The Journal of Emergency Medicine*. 2009; 40(5): 565–579.
- Beyazaslan T. Öfke kontrol eğitiminin hipertansiyon tanısı alan hastaların öfke ve duygu kontrol durumlarına etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep, Yüksek Lisans Tezi, 2012; 6-8.
- Canbaz S, DüNDAR C, Dabak Ş, Sünter A, Pekşen Y, Çetinoğlu E. Samsun’da hastane acil servislere ve 112 acil çalışanlarına karşı şiddet: Epidemiyolojik bir çalışma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi*. 2008;14(3):239-244.
- Canbuldu S. Çok boyutlu okul öfke envanterinin uyarlama çalışması. Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 1-25.
- Ceyhan M. Acil serviste hastaların bekleme sürelerine etki eden faktörler. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Kayseri, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2007; 1-3.
- Cüceloğlu D. Yeniden İnsan İnsana. 14.Basım, İstanbul, Remzi Kitabevi. 1997; 33,50-67, 195-200.
- Çam O, Baysal A. Ruh Sağlığı alanında çalışan kişilerin öfke ifadeleri. IX. Ulusal psikoloji kongresi bilimsel çalışmaları kitabı, Ankara Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1998; 463-481.
- Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2011; 2(1): 9-16.
- Danışık ND. Ergenlerin sürekli öfke-öfke ifade tarzları ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi, 2005; 2-5.
- Doğan S, Doğan O. Toplum Tanıma ve İletişim Ders Kitabı. 1. Baskı, Ankara, Somgür Yayıncılık. 2004; 52-66.

- Doğan S, Güler H, Koçak E. Hemşirelerin hastaların öfke davranışlarına tepkileri ve kendi öfke düzeylerinin belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 1999; 3 (1): 20-26.
- Doğan S, Güler H, Kelleci. Hastaların öfkeli davranışları karşısında hemşirelerin yaklaşımları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2001; 5(1): 26-32.
- Doğanay Ü, Keskin F. İletişim çalışmalarında kişilerarası iletişimin yeri: Türkiye'deki kişilerarası iletişim eğitimi üzerine bir değerlendirme. Kültür ve İletişim. 2008; 11(1): 9-32.
- Dökmen Ü. Empatinin yeni bir modele dayanılarak ölçülmesi ve psikodrama ile geliştirilmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 1988; 21(1): 155-190.
- Durmuş A, Öztürk H., Kurşun M. Hemşirelerin öfke düzeyleri ve öfke ifade tarzlarının belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2000; 16(2-3): 21-28.
- Durmuş S, Günay O. Hemşirelerde iş doyumunu ve anksiyete düzeyini etkileyen faktörler, Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal). 2007; 29(2): 139-146.
- Emergency Nurses Association. Institute for emergency nursing research emergency department violence surveillance study november, 2011; 3-9.
- Engin E. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin öfke düzeyleri ile motivasyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2004.
- Erci B. Halk Sağlığı Hemşireliği Ders Kitabı. 1. Baskı, Ankara, Göktuğ Basın Yayın Dağıtım ve Pazarlama. 2010; 31-183.
- Erdem M, Çelik C, Yetkin S, Özgen F. Yaygın anksiyete bozukluğunda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2008; 9: 203-207
- Erkek N, Özgür G, B Gümüş A. Hipertansiyon tanısı alan hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 10(2): 9-18.
- Ersanlı K, Balcı S. İletişim becerileri envanterinin geliştirilmesi: Geçerlik güvenilirlik çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi. 1996;2(10): 9-12.
- Eslaman J, Fard SH, Tavakol K, Yazdani M. The effect of anger management by nursing staff on violence rate against them in the emergency unit. Original Article. 2009; 15: 337-342.

- Gates D, Gordon L, Gillespie, Succop P. Violence against nurses and its impact on stress and productivity. CNE Objectives and Evaluation Form appear. 2011; 29: (2): 67.
- Gök M. Aile içi şiddet ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 2-5.
- Gökçe T, Dünder C. Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesinde çalışan hekim ve hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığı ve kaygı düzeylerine etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 15: 25-28.
- Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2001; 21,(1): 91-100.
- Gülağ B, Karcıoğlu Ö, Köseoğlu Z, Sarı A. Tehlikelerle karşılaşan sağlık personeli: Türkiyenin güney kent merkezlerinden deneyimler. Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi. 2009; 15(3): 239-242.
- Harmon-Jones, E. A. ve Harmon-Jones, C. Anger: Causes and components. In T. A. Cavell ve K. T. Malcolm (Eds.), Anger, Aggression, and Interventions for Interpersonal Violence, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 2007; 99-118.
- Herdem ET. Mağaza çalışanları için hazırlanan öfke kontrolü programının etkililiği. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Kaya F, Özcan A, Yılmaz M. Comparing communication and empathic ability levels of nurses with patients' perception of nursing care. Peak Journal of Public Health and Management. 2013; 1(1): 1-8.
- Keçeci A, Taşocak G. Öğretim elemanlarının iletişim becerileri: Bir sağlık yüksekokulu örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2009; 2: 131-136.
- Kesen M. Ergenlerde saldırganlık ve öfke düzeyleri arasındaki ilişki: Yetiştirme yurtları üzerinde bir araştırma. 2011; 17: 354-364.
- Koçak E. Ergenlerde yalnızlığın yordanmasında benlik saygısı, sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 1-6.
- Kowalenko T, Walters B, Khare R, Compton S. Workplace Violence: A survey emergency physicians in the state of Michigan. Original Research. 2005; (46): 142-146.
- Kökdemir H. Öfke ve öfke kontrolü, Pivolko. 2004; 3(12): 7-10.

- Köknel Ö. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik Kitabı. 1. Baskı, İstanbul, Altın Kitaplar Yayınevi, 1983; 186-210.
- Kumcağız H, Yılmaz M, Balcı SÇ, Avcı İA. Hemşirelerin iletişim becerileri. Samsun İli Örneği. Dicle Tıp Dergisi. 2011; 38 (1): 49-56.
- Lin Y, Liu H. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. International Journal of Nursing Studies. 2005; 42: 773-778.
- Miçooğulları BO. Özel yetenek ve öss sınavı ile öğrenci alan öğretmenlik bölümlerinde öğrenim gören öğretmen adaylarının sürekli öfke-öfke tarz özelliklerinin karşılaştırılması. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 7-10.
- Nachreiner N, Gerberich S, Ryan A, McGovern P. Minnesota nurses' study: perceptions of violence and the work environment. Industrial Health Original Article. 2007; 45: 672-678.
- Okutan M, Tengilimoğlu D. İş ortamında stres ve stresle başa çıkma yöntemleri; Bir alan uygulaması. 2002; 1-17.
- Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. 1. Baskı, , Ankara, İmaj İç ve Dış Ticaret AŞ. 2004; 1, 51-52.
- Öz S. Öfke yönetimi eğitimini ergenlerde öfke ile başa çıkma ve iletişim becerilerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2008; 1-5.
- Özbyay Ö. Öfke kontrolü eğitim programının etkililiğinin tutuklu bir grup ergen örneğinde incelenmesi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi, 2008; 1-5.
- Özen Ş, Bez Y, Arı M, Özkan M. Öfke kontrolünde zorluk yaşayan bir grup üniversite öğrencisinde öfke tepkileri ve psikiyatrik tanılarının cinsiyet açısından incelenmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2010; 21 (4): 319-320.
- Özer AK, Sürekli öfke (SL-Öfke) ve öfke ifadesi tarzı (Öfke-Tarz) ölçekleri ön çalışması. Türk Psikoloji Dergisi. 1994; 9(31): 26-35.
- Özmen A. Öfkeyle başa çıkma eğitiminin ve etkileşim grubu uygulamasının içe yönelik öfke üzerindeki etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2006; 30(2): 175- 178.
- Özmen K. Aile İçinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Dergisi. 2004; 37(2): 27-39.

- Rahmani A, Hassankhani H, Mills J, Dadashzadeh A. Exposure of Iranian emergency medical technicians to workplace violence: A cross-sectional analysis emergency medicine Australasia. 2012; 24: 105-110.
- Rosenstein AH, O'Daniel M. Disruptive behavior and clinical outcome perceptions of nurses and physicians. American Journal of Nursing. 2005; 105(1): 54-63.
- Sala G. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi öğrencilerinin öfke ifade biçimlerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Bilim Uzmanlığı Tezi, 1997.
- Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi. Kriz Dergisi. 2003; 11(2): 19-27.
- Şen HT, Taşkın Yılmaz F, Pekşen Ö. Hizmet içi eğitim hemşirelerinin iletişim beceri düzeyleri. Orginal Makale. 2013; 4(1): 13-20.
- Şengül M, Yalçın S. Dilin iletişim sürecindeki rolü ve işlevleri. Türkoloji Araştırmaları. 2007; 2(2): 750-767.
- Tambağ H, Öz F. Aileleri ile birlikte ve yetiştirme yurtlarında yaşayan ergenlerin öfke ifade etme biçimleri. Kriz Dergisi. 2005; 13 (1): 11-21.
- Tarhan N. Duyguların Psikolojisi Kitabı. 11. Baskı, İstanbul, Timaş Yayınları, 2012; 186-192.
- Thomas SP. Transforming transforming nurses' stress and anger: Steps towards healing New York. Springer Publishing Company. 2004; 40: 135-148.
- Telman N, Ünsal P. İnsan İlişkilerinde İletişim. 1. Baskı, İstanbul, Epsilon Yayıncılık, 2005; 1, 19-34, 50-58.
- Terakye G. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Hemşirelikte İletişim ve Hasta Hemşire İlişkileri Kitabı. 2. Baskı, Ankara, Aydoğdu Ofset, 1994; 60-64.
- Togan SS. Ergenlerde öfke değerlendirme ölçeği'nin Türkçe versiyonu. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2005; 1-3.
- Türk Tabipler Birliği, Şiddetle Başa Çıkmak. 2.Baskı, Hermes Tanıtım Ofset. 2013; 2-18.
- Türküsev S. Duygu Kontrolü ile Kişisel Başarı Kitabı. 1. Baskı, İstanbul, Akis Kitap Yayıncılık, 2011; 160-166.
- Ulu S. Ergenlerde algılanan duygusal istismar ile sürekli öfke düzeyi ve öfke ifade biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2011; 32.

- Ulutürk E. Antihipertansif kullanan bireylerin öfke ve öfke duygusunu ifade düzeylerinin belirlenmesi. Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2006; 8-30.
- Uyer G. Hemşire-hasta iletişimi ve iletişimin hasta yönünden önemi. Tıp Etiği. 2000; 8: 90-94.
- Wu S, Zhu W, Li H, Lin S, Chai W, Wang X. Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. American Journal of Industrial Medicine. 2012; 55: 1000-1008.
- Vecchio, T. ve O'lear, D. K. Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. Clinical Psychology Review. 2004; 24 (1): 15-34.
- Yazgan S. Öfke kontrolü ile tolerans düzeyi arasındaki ilişki. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 1-18.
- Yeğin İH. Öfke duygusu ve dini açıdan başatma yolları. Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi. 2010; 10(2): 235-258.
- Yıldırım S. Psikiyatri servisinde çalışan hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade düzeylerinin belirlenmesi. Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, 2005.
- Yılmaz A. Kurumlarda öfke ifade biçiminin örgütsel iletişim kalitesine etkisinin değerlendirilmesi ve Eskişehir Çevik Kuvvet Şube Müdürlüğü'nde bir uygulama Örneği. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, Yüksek Lisans Tezi, 2007; 4-8.
- Yılmaz S. Hemşirelerin öfke ifade etme ve iletişim biçimleri. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi, 2009; 7-30.

EKLER

Tanıttıcı Özellikler Soru Formu

Sayın Katılımcı; acil servislerde çalışan personelin şiddete uğrama durumu, bu duruma sağlık personelinin öfke düzeyi ve iletişim becerilerinin etkisi incelenecektir. Bu form; Aşağıda bulunan sorulara vereceğiniz cevaplarla bilimsel çalışmalara ışık tutacak veriler elde edilecektir. Bu araştırma isimler alınmayacağından cevaplarınız tamamen gizli tutulacaktır. Bilime sağladığınız bu katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Bu araştırma acil servislerde çalışan doktor, hemşire ve diğer sağlık personellerinin şiddete maruz kalma durumlarına öfke kontrol düzeyleri ve iletişim becerilerinin etkisini incelemek amacıyla hazırlanmıştır.

1.Yaşınız:

2.Cinsiyet: 1.erkek 2.kadın

3.Pozisyonunuz: 1.Hemşire 2. Doktor 3.Att 4.Röntgen teknisyeni
5.Laboratuar Teknisyeni

4.Medeni Durumunuz: 1.bekar 2.evli

5.Eğitim Durumunuz: 1.lise 2.ön lisans 3.lisans 4.lisansüstü

6.Çocuğunuz var mı: 1.evet (.....çocuk) 2.hayır

7.Aylık gelir durumunuz:

1.gelirimiz giderimizden az 2.gelirimiz giderimize eşit 3.gelirimiz giderimizde fazla

8.Mesleğinizde kaç yıldır çalışmaktasınız?.....

9.Acil serviste isteyerek mi çalışıyorsunuz? 1.evet 2.hayır

10.Acil serviste çalışma yılınız?.....

11.Acil serviste çalıştığınız sürede hiç şiddete maruz kaldınız mı?

1.evet 2.hayır

12. Cevabınız evetse ne tür şiddete maruz kaldınız?

1. Sözel 2. Fiziksel 3.cinsel 4.....

13. Cevabınız evetse kim tarafından şiddete maruz kaldınız?

- 1.hastalar 2. Hasta yakınları 3. Sağlık personelleri
4.hastane yöneticileri 5.....

14.Şiddete maruz kaldığınızda ne tepki verdiniz?

1. öfkelen dim 2. Anlamaya çalıştım
3. Bende aynı şekilde karşılık verdim 4.güvenliğe haber verdim
5. Hiçbir şey yapmadım 6.....

15.Sık sık öfkelenir misiniz? 1. evet 2.hayır

16.Öfke ve öfke kontrolü ile ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı?

1. evet 2.hayır

17.Genel olarak İletişim yeteneğinizi nasıl buluyorsunuz?

1. İyi düzeyde 2.orta düzeyde 3.yüksek düzeyde 4.bilmiyorum

18.İletişimle ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? 1. evet 2.hayır

19.İletişimle ilgili herhangi bir eğitim aldınız mı? 1. evet 2.hayır

Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği

1. Bölüm: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun.Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin, genel olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

1. Hiç

2. Biraz

3. Oldukça

4. Tümüyle

SİZİ NE KADAR TANIMLIYOR?

1	Çabuk parlamım.				
2	Kızgım mizaçlıyımdır.				
3	Öfkesi burnunda bir insanım.				
4	Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.				
5	Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.				
6	Öfkelenince kontrolümü kaybederim				
7	Öfkelendiğimde ağzıma geleni söylerim				
8	Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.				
9	Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.				
10	Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.				

II. Bölüm:

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

1. Hiç

2. Biraz

3. Oldukça

4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

SİZİ NE KADAR TANIMLIYOR?

11	Öfkemi kontrol ederim.				
12	Kızgınlığımı gösteririm.				
13	Öfkemi içime atarım.				
14	Başkalarına karşı sabırlıyım.				
15	Somurtur ya da surat asarım.				
16	İnsanlardan uzak dururum.				
17	Başkalarına iğneli sözler söylerim.				
18	Soğukkanlılığımı korurum.				
19	Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım				
20	İçin için köpürürüm ama göstermem.				

21	Davranışlarımı kontrol ederim.				
22	Başkalarıyla tartışırım.				
23	İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.				
24	Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.				
25	Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.				
26	Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.				
27	Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.				
28	Çoğu kimseye kıyasla dahaçabuk sakinleşirim.				
29	Kötü şeyler söylerim.				
30	Hoşörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.				
31	İçiden insanların fark ettiğinden daha fazla siirlenirim.				
32	Sinirlerime hakim olamam.				
33	Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim.				
34	Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.				

İletişim Becerileri Envanteri

Aşağıda insan ilişkileri ile ilgili tutum ve davranış ifadeleri bulunmaktadır. **Genel olarak insanlarla iletişim kurarken nasıl davrandığınızı, neler düşündüğünüzü ve neler hissettiğinizi anlatan aşağıdaki ifadelerin size uygunluk derecesini belirtmeniz istenmektedir.** Doğru ya da yanlış cevap yoktur. İfadeler, "**Her zaman, Genellikle, Bazen, Nadiren, Hiçbir zaman**" karşılığındadır. Her ifadeye ilişkin beş seçenekten yalnız birini işaretlemeniz ve cevapsız bırakmamanız gerekmektedir. Lütfen her ifadeyi cevaplayınız.

		Her zaman	Genellikle	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
1	İnsanları anlamaya çalışırım.					
2	İletişimde bulunduğum insanlardan gelen öğüt ve önerileri içtenlikle dinlerim.					
3	Düşüncelerimi başkalarına tam olarak iletmede zorluk çekerim.					
4	Konuşurken etkili bir göz iletişimi kurabilirim.					
5	Genellikle eleştirilmekten hoşlanmam.					
6	Dikkatimi karşımdakinin ilgi alanı üzerinde toplayabilirim.					
7	Kişilerin anlatmak istediklerini dinlemek için yeterince zaman ayırırım.					
8	Karşımdaki kişiye genellikle söz hakkı veririm.					
9	Karşımdaki kişiyi dinlerken hayal kurarım					
10	Başkaları konuşurken sabırsızlanırım, onların sözünü keserim.					
11	İnsanları dinlerken sıkıldığımı hissederim.					

12	Eleştirilerimi karşımdaki kişiyi incitmeden iletirim.					
13	Konuşurken ilk adımı atmaktan çekinmem.					
14	Konuşurken açık, sade ve düzün cümleler kurarım.					
15	Karşımdaki kişiyle aynı görüşü paylaşsam bile fikirlerine saygı duyarım.					
16	İletişimde bulunduğum kişinin yüzüne baktığım halde sözlerini dinlemediğim olur.					
17	Karşımdaki kişinin konuşmaya ve dinlemeye istekli olup olmadığını anlamaya çalışırım.					
18	Yanlış tutum ve davranışlarımı kolaylıkla kabul ederim.					
19	Dinlediğim kişiyi daha iyi anlamak için sorular yöneltirim.					
20	Dinleyenim anlamaz görüldüğünde, iletmek istediklerimi tekrarlar, yeni kelimelerle ifade eder,özetlerim.					
21	İnsanlarla görüşürken, bilerek onları rahatlatacak şeyler yaparım.					
22	Dinlerken karşımdaki kişinin sözünü kesmemeye özen gösteririm.					
23	Küs olduğum birisiyle barışmak istediğimde ilk adımı atmaktan çekinirim.					
24	Karşımdaki kişinin bana ters düşen duygu ve düşüncelerini yargılarım.					
25	Ses tonumu konunun özelliğine göre ayarlayabilirim.					
26	Genellikle insanlara güvenirim.					

27	Karşı cinsten biriyle iletişim kurduğumda rahatsızlık duyarım.					
28	Başkalarını dinlemek mecburiyetinde olmadığımı düşünürüm.					
29	Özür dilemek bana zor gelir.					
30	Tartışma sonunda savunduğum düşüncelerin yanlış olduğunu kabul ederim.					
31	Konuşurken sözümün kesilmesinden rahatsız olurum.					
32	İnsanları kontrol etmeye ve istediğim kalıba sokmaya çalışırım.					
33	İletişim kurduğum kişinin tutumundan daha çok sorununu anlamaya çalışırım.					
34	Çevremdeki insanlara karşı ilgisiz kaldığım kanısındayım.					
35	Çoğunlukla duygularımdan emin olamıyorum					
36	İletişim kurduğum kimse tarafından anlaşılmaktan mutluluk duyarım.					
37	Başkaları ile ilişkilerimi bozacak çıkışlar yapabilirim.					
38	Karşımdaki kişiye güvenmek beni mutlu eder.					
39	Her insanı olumlu beklentilerle karşılarım.					
40	İletişim kurduğum kişilerden bir şeyler alır ve onlara da bir şeyler verdiğimi hissedirim.					
41	İnsanlara cevaplama zorlanacakları ani sorular yöneltirim.					
42	Beni rahatsız eden duygularımı iletmede sıkıntı çekerim.					

43	Öneride bulunduğum kişinin öneriye açık olup olmadığına dikkat ederim.					
44	İletişim kurduğum insanlar tarafından anlaşıldığımı hissederim.					
45	Kendimi karşımdaki kişinin yerine koyarak, duygu ve düşüncelerini anlamaya çalışırım.					

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU


Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/ 214

29.11.2012

Sayın: Doç.Dr. İlknur AYDIN AVCI

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz **Acil servis personeli öfke kontrol düzeyleri ve iletişim becerilerinin şiddete maruz kalma durumlarına etkisi** başlıklı OMÜ-KAEK 2012/80 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz: Amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre 28.09.2012 tarihli Etik Kurulumuzda incelenmiş etik açıdan uygun bulunmuştur. Ancak araştırma bütçesinin maddi desteği henüz sağlanamadığından projeye bütçe desteği sağlanıp, tarafımıza bildirilmesinden sonra *başlanmasına* oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Abdulkemir BEDİR
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
Başkanı

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı* öğrencisi *Gözde Yıldız DAŞ* arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çalışmanın adı: " Acil Servislerde Çalışan Sağlık Personellerinin Şiddete Maruz Kalma Durumlarına Göre Öfke Kontrol Düzeyleri ve İletişim Becerilerinin Etkisi "

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Gözde Yıldız DAŞ

Konusu: Madde 2- a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında ayrıntılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç...07.08.2012../Bitiş...07.11.2012.....

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü: Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

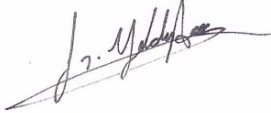
h)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

07.08/2012

Adı-Soyadı
Gözde Yıldız DAŞ



07.08/2012

Uz. Dr. Fetin Rüştü YILDIZ
Sağlık Müdür Yardımcısı



OLUR
07.08/2012

Vali a.
Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU
Sağlık Müdürü



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ

Taraflar:

Madde – 1

Bu protokol Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği ile *Gözde Yıldız DAŞ* arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın Gerçekleştirileceği Sağlık Tesisleri: *Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Çocuk ve Yetişkin Acil Servisi)*

Çalışmanın Adı: *Acil servislerde çalışan sağlık personelinin şiddete maruz kalma durumlarında öfke kontrol düzeyleri ve iletişim becerilerinin etkisi.*

Çalışmayı Yürütecek Kişi / Kişiler: *Gözde Yıldız DAŞ*

Konusu:

Madde – 2

- (a) Bu protokol İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı sağlık tesislerinde verilen hizmetler, yapılan koruyucu önleyici çalışmalar ya da istatistiki verileri içeren ve kurum personeli ve/ veya kuruma başvuran hastalara yapılacak anket/ ölçek/ soru kâğıdı çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
- (b) Yapılacak bilimsel çalışma; araştırma önerisi/ proje aşamasındayken İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İdari İşler Daire Başkanlığı tarafından değerlendirilecektir.
- (c) Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri, bilgi toplanmayacaktır.
- (d) Veri toplama esnasında; sağlık personelinin veri alınacaksa/ yararlanılacaksa ayrıca onay için İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden onay alınacaktır.

Sözleşme Şartlarında Aykırılık:

Protokol dâhilinde yapılacak çalışmalar sırasında; çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Çalışmaya; protokol harici kişilerin katılması durumunda İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden onay alınacaktır aksi takdirde protokol iptal edilecektir.

Protokol Süresi:

- (a) Araştırmacı sağlık tesislerimizde **3 (Üç)** (ay) süre ile çalışmasını yürütecektir.
- (b) Başlangıç*11.05.2013*..... / Bitiş.....*11.05.2013*.....
- (c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- (d) Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği protokolü sonlandırabilir.

İhtilafları Çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
İdari Hizmetler Başkanlığı

Yürürlük:

- (a) Çalışma yayın, tez haline getirilmeden önce ilgili sağlık tesisinin etik kurulu tarafından değerlendirilerek İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İdari Hizmetler Daire Başkanlığı'na gönderilecektir. Toplum sağlığı ve kamuoyu bilinci için sakıncalı olma riski bulunan verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- (b) Çalışma sağlık tesisi, Genel Sekreterlik ve ilgili eğitim kurumu tarafından kabul edildikten sonra basılı birer nüshası ve CD halinde; ilgili sağlık tesisi ve İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği İdari Hizmetler Daire Başkanlığı'na sunulacaktır.
- (c) Yürürlük (a) ve (b) maddeleri yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın / proje / tez vb. bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- (d) Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler ayrıca sağlık tesislerinde görevlendirilecekse Valilik Olur'u alınacaktır.
- (e) Her çalışmanın biri İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Tesisleri personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.
- (f) Yapılacak çalışmalarda protokole ek olarak Valilik Olur'u alınacaktır.
- (g) Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim, müdahale için hastanın kendisi, gerekiyorsa yasal vasisi, hekimi, sağlık tesisinin etik kurulu ve İstanbul Anadolu Kuzey Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı onay alınacaktır.
- (h) Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili sağlık tesislerinin ismi zikredilmeyecek, çalışmaya eklenmeyecektir. Aksi takdirde adli koruma ve inceleme makamlarına dosya aktarılacak, cezai müeyyide uygulanması hususunda işlem başlatılacaktır.

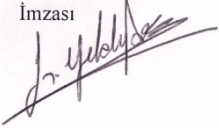
Ek Bilgi:

Taraflar:

15.12.2013

Gözde Yıldız DAŞ

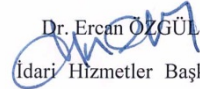
İmzası



11.1.2013

Dr. Ercan ÖZGÜL

İdari Hizmetler Başkanı



OLUR

11.12.2013

Dr. Şuayip BİRİNCİ

Genel Sekreter

BİLİMSEL ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Gözde Yıldız DAŞ

Doğum Yeri: Edirne

Doğum Tarihi: 08.04.1984

Medeni Hali: Bekar

Bildiği Yabancı Diller: İngilizce

Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl): Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık
Yüksekokulu, 2008.

Çalıştığı Kurum/Kurumlar ve Yıl: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Tıp Fakültesi
Acil Servis, 2008-2009.

İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Acil Servis, 2009-2014.

Amasya Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Araştırma
Görevlisi, 2014-

E-posta: hemyildiz@hotmail.com