



**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN
YAKINLARININ ÖFKE İFADE TARZLARI VE
SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETE
BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**2020
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK BİLİMİ**

Cemalettin YILMAZ

Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN YAKINLARININ
ÖFKE İFADE TARZLARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA
YÖNELİK ŞİDDETE BAKIŞ AÇILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Cemalettin YILMAZ

Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN

T.C.

Karabük Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında

Yüksek Lisans Tezi

Olarak Hazırlanmıştır

KARABÜK

Ocak 2020

Cemalettin YILMAZ tarafından hazırlanan “ACIL SERVİSE BAŞVURAN HASTALARIN YAKINLARININ ÖFKE İFADE TARZLARI VE SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETE BAKIŞ AÇILARININ DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN

Tez Danışmanı, Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı



KABUL

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 17/01/2020

Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Gül ÜNSAL (Marmara Ü)

Üye : Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY (KBÜ)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN (KBÜ)



KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Hasan SOLMAZ

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.



Cemalettin YILMAZ

17/01/2020

TEŞEKKÜR

Tüm Yüksek lisans eğitimin süresince bana rehberlik eden, özverili desteğini her zaman hissettiğim, her zaman yanımda olan tez danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN'a,

Tez çalışmam süresince desteğini esirgemeyen Dr. Öğr. Görevlisi Durdane YILMAZ GÜVEN ve Dr. Öğr. Görevlisi Samet GÜVEN'e,

Hayatımın her alanında desteği, sabrı ve sevgisi ile yanımda olan, çocukları olmaktan mutluluk duyduğum sevgili aileme,

Tez çalışmam süresince desteğini esirgemeyen eşim İlknur YILMAZ'a, biricik kızım Elvin Tuğsem'e,

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden hasta yakınlarına,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI.....	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLOLAR DİZİNİ	vii
EKLER DİZİNİ.....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
ÖZET.....	x
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Öfke Kavramı.....	4
2.1.1. Öfke Türleri.....	5
2.1.2. Öfke Nedenleri ve Belirtileri.....	6
2.1.3. Öfke Yönetimi.....	8
2.2. Sağlık Çalışanlarında Hasta Ve Yakınlarına Karşı Öfke Ve Öfke Yönetimi..	12
2.2.1.Öfke Kontrolü ve Hemşirelik Yaklaşımı.....	14
2.3. Şiddet Kavramı	15
2.4. Şiddetin Nedenleri.....	16
2.4.1. Biyolojik etkenler	17
2.4.2. Psikolojik etkenler.....	17
2.4.3.Sosyolojik etkenler	19
2.5. Sağlık Kurumlarında Şiddet.....	19
2.5.1. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Şiddetin Temel Nedenleri	20
2.5.2. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Yönetimi.....	21
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1.Araştırmanın Tipi	22

Sayfa

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih.....	22
3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme	22
3.3.1. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri.....	23
3.3.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri	23
3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	23
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu	23
3.5.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖTÖ).....	24
3.6. Verilerin Toplanması	24
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	25
3.8. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler	25
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler	25
4. BULGULAR.....	26
4.1. Acil Serviste Hizmet Alan Hastaların Yakınlarının Tanımlayıcı ve Şiddete Bakış Açılarını Yansıtan Özelliklerine Yönelik Bulgular	26
4.2. Hasta Yakınlarının SÖ-ÖTÖ İfade Tarzları ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre SÖ-ÖTÖ İfade Tarzlarının Farklılıklarına Yönelik Bulgular.....	32
4.3. Hasta Yakınlarının Şiddete Bakış Açılarını Yansıtan Özelliklere Göre SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Farklara Yönelik Bulgular.....	37
5. TARTIŞMA	43
5.1. Acil Servise Başvuran Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı ve Şiddete Bakış Açılarını Yansıtan Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması	43
5.2. SÖ-ÖTÖ Ait Bulguların Tartışılması.....	46
5.3. Hasta Yakınlarının Şiddete Bakış Açılarını Yansıtan Özellikler ile SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Farklara Yönelik Bulguların Tartışılması	48
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	49
6.1. Sonuçlar	49
6.2. Öneriler	52
KAYNAKÇA.....	54
EKLER.....	59
ÖZGEÇMİŞ	70

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Kişisel Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 2. Acil Birimine Başvuran Hastalar/Hasta Yakınlarına Ait Özelliklerin Dağılımı	28
Tablo 3. Şiddete Maruz Kalma/Sağlık Çalışanı ile Tartışma/Tartışma Sebebi/Sağlık Kuruluşunda En Fazla Sinirlenilen Nedenlere Ait Dağılım	29
Tablo 4. Hasta Yakınlarının Şiddete Karşı Bakış Açıklarına Yönelik Dağılım.....	30
Tablo 5. Hasta Yakınlarının Şiddet Davranışında Bulunma Durumlarının İncelenmesi	31
Tablo 6. Şiddetin Azalmasına Yönünde Verilen Öneriler ve Şiddeti Engelleyen Faktörlere Ait Dağılım.....	32
Tablo 7. SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Dağılımlar	32
Tablo 8. Sosyodemografik Özelliklere Göre SÖ-ÖTÖ Alt Grup Puan Ortalamaları	33
Tablo 9. Hasta Yakınlık Derecesine Göre SÖ-ÖTÖ Tarzı Puan Ortalamaları.....	35
Tablo 10. Hastanın Hastalığına Göre Hasta Yakınının SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları	36
Tablo 11. Şiddet Davranışına Maruz Kalma/ Şiddet Davranışında Bulunma Durumuna Göre SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları	37
Tablo12. Sağlık Kuruluşunda En Fazla Sinirlenilen Sebep ile SÖ-ÖTÖ Arasında Karşılaştırma.....	38
Tablo 13. Şiddet Teşebbüsüne Katılma Düşüncesine Göre SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları	40
Tablo 14. Mağduriyet Durumunda Hak Arama Yöntemlerine Göre SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları	41
Tablo 15. Cezalar Hakkında Bilgi Sahibi Olup Olmama İle Öfke İfade Tarzı Arasında Karşılaştırma	42

EKLER DİZİNİ

Sayfa

EK-1. Katılımcı Bilgi Formu	59
EK-2. Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği.....	61
EK-3. Etik Kurul Onayı.....	63
EK-4. Kurum İzni	65
EK-5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	68



KISALTMALAR DİZİNİ

ICN : Uluslararası Hemşirelik Konseyi

ILO : Uluslararası Çalışma Örgütü

SÖ-ÖTÖ : Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Öfke İfade Tarzları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Bakış Açılarının Değerlendirilmesi

Bu çalışma, acil serviste hizmet alan hastaların yakınlarının öfke ifade tarzları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddete bakış açılarının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki araştırmanın verileri etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Ocak- Şubat 2018 tarihleri arasında Ordu Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde 1082 hasta yakını ile yapılmıştır. Çalışmanın verileri “Katılımcı Bilgi Formu” ve “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖTÖ)” kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Katılımcıların %54,7'si 18 – 35 arası yaş grubunda, %38,1'i 36 – 53 arası yaş grubunda ve %51,3'ünün kadın olduğu ve %58,2'sinin evli olduğu saptandı. Sağlık kuruluşunda hasta yakınlarını en fazla sinirlendiren nedenler arasında birinci sırada %64,8 oranıyla hasta ile ilgili bilgilendirilmemek, %53,6 muhatap alınmamak, %49,5 tedavilerin uzun sürmesi olduğu belirlendi. Katılımcıların %50,5'inin daha önce sağlık çalışanına yönelik şiddet davranışında bulunduğu; şiddet davranışında bulunanların %17,7'sinin yüksek sesle tartıştığı, %32,1'inin bu davranışı hemşirelere yönelttiği tespit edildi. Katılımcıların sürekli öfke puan ortalaması $28,17 \pm 5,65$, öfke içte puan ortalaması $19,92 \pm 2,61$, öfke dışta puan ortalaması $20,46 \pm 2,51$, öfke kontrol puan ortalaması $20,20 \pm 2,45$ olarak saptandı. Sağlık çalışanlarının şiddete uğrama olasılığı yüksek olan birimlerde güvenlik önlemlerinin artırılması; şiddetin önlenmesine yönelik önlemler ve düzenlemelerin yapılması, hasta yakınlarına yönelik öfke yönetimi ile ilgili eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin sağlanmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Öfke ifade, psikiyatri hemşireliği, sağlık çalışanı, şiddet

Bilim Kodu : 1032.07

ABSTRACT

The Anger Expression Styles of the Relatives of the Patients Admitted to the Emergency Department and Preparation of the Perspectives of Violence Against Health Workers

The aim of this study was to evaluate the anger expression styles of relatives of patients receiving emergency services and their perspectives on violence against healthcare workers. The data of this descriptive and relationship seeker study was conducted with 1082 patients' relatives in Ordu State Hospital Emergency Department between January-February 2018 after obtaining the approval of the ethics committee and institution. The data of the study were collected by using "Participant Information Form" and "Continuous Anger and Anger Expression Style Scale". Kolmogorov-Smirnov, Mann Whitney U, Kruskal-Wallis and Spearman Correlation Analysis were used to evaluate the data. It was found that 54.7% of the participants were in the 18 - 35 age group, 38.1% were in the 36 - 53 age group, 51.3% were women and 58.2% were married. In the health institution, 64.8% of the patients' relatives were not informed about the patient, 53.6% were not contacted, and 49.5% were taking long-lasting treatments. It was found that 50.5% of the participants had previously been violent towards the health workers; 17.7% of those who had violent behavior argued loudly and 32.1% directed this behavior towards nurses. The mean anger score of the participants was 28.17 ± 5.65 , the mean anger score was 19.92 ± 2.61 , the anger score was 20.46 ± 2.51 and the anger control score was 20.20 ± 2.45 . It is thought that it is necessary to increase security measures in units where health workers are likely to be subjected to violence; to take measures and arrangements for the prevention of violence and to provide training and consultancy services related to anger management for patient relatives.

Keywords : anger expression, psychiatric nursing, healthcare professional, violence

Science Code: 1032.07

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İncinme, kırılma, engellenme, gözdağı verilmesi gibi durumlar karşısında verilen ölçüsüz kızgınlığa ve saldırganca duygusal tepki göstermeye öfke denir. Öfke, sıklıkla ikili ilişkileri bozar. Öfkeyi daha çok sevmediğimiz kişilere gösterdiğimizi düşünsek de yakın ilişkide olduğumuz kişilerden başlayarak çevremize yayılmaktadır. Öfke ifadesi kişinin kişilik özelliklerine, bulunduğu ortama, zamana, iş yaşamına, yaşına, cinsiyetine, çalışma arkadaşlarına, iletişim becerilerine göre değişebilir (Koroğlu 2017, Soykan 11, Cartıllı 2016).

Öfkeyi dışa yansıtmak doğru davranış şekillerinden biridir fakat öfke ifadesinin de sınırları olmalıdır. Kişiler öfkesini tanıyıp kendisi için yapıcı bir şekilde kullandığında doğru öfke ifade tarzını kullanmış olur ve karşılıklı olarak zarar görülmez. Öfke şayet doğru şekilde yansıtılmayıp şiddet davranışına, saldırganlığa dönüşüyorsa ağır sonuçları ortaya çıkmaktadır. Bu sonuçlar ilişkilerde bozulma, yaralama, işini yitirme, savcılığa ya da mahkemeye gitme, tutuklanma, para cezası gibi sonuçlar doğurmakta, utanç ve suçluluk duygularını yaşatmaktadır. Şiddetin ortaya çıkmasında birincil etkenlerden biri de öfke duygusudur (Koroğlu 2017, Soykan 11, Cartıllı 2016).

Günümüzde şiddet özellikle sağlık sektöründe artış gösteren, dünya genelinde bir sorundur. Sağlık çalışanları çalıştığı kurumlarda şiddet mağduru olma riski altındadır. Bu durum, sağlık çalışanı için çok büyük bir zorluk teşkil etmektedir. Şiddet, sağlık hizmeti sunumunu ve hizmet kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir (Sarcan 2013, Alshehri 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından işyeri şiddeti; personelin, kendilerini öncelikli kılan veya refahlarına, sağlıklarına ve güvenliklerine yönelik zorluklara neden olan işle ilgili durumlarda saldırı, tehdit veya istismara maruz kaldığı durumlar olarak tanımlanmaktadır (Pınar ve Pınar 2013). Sağlık kurumunda şiddet; hasta, hasta yakınları ya da başka bireylerden gelen, sağlık çalışanları için risk teşkil eden

fiziksel saldırı, sözel ya da davranışsal tehdit veya cinsel saldırıları kapsamaktadır. Her sağlık çalışanı da potansiyel bir şiddet kurbanı adaydır (Ahmad et all 2015).

Yoğun bir çalışma şekli ve çalışan grubunun oluşturduğu sağlık tesisleri şiddet olayının en fazla yaşandığı iş alanları kapsamında bulunmaktadır (Wells ve Bowers 2014). WHO, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN)'nin 2002 yılı Sağlık Sektöründe İş Yeri Şiddeti başlıklı ortak raporunda tüm sektörlerdeki şiddet olaylarının %25'nin sağlık sektöründe meydana geldiğini, sağlık çalışanlarının %50'sinden fazlasının mesleklerini uyguladıkları herhangi bir zamanda şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir (ILO, WHO, ICN, PSI, 2002, Özcan ve Bilgin, 2011).

Yapılan çalışmalarda, sağlık sektöründe yüksek oranlarda şiddette artış yaşandığı gözlenmektedir. Çin'de hemşirelerin %50'sinin, Avustralya'da %36'sının, İtalya'da %49,9'unun Filistin'de ise %80,4'ünün işyerinde şiddet yaşadığı bildirilmiştir (Farrel et al 2014, Kitaneh and Hamdan 2012, Wu et al 2012, Zampieron et al 2010). Ülkemizde ise bu durum;2013 yılı itibariyle en az bir kez fiziksel, sözel ya da psikolojik şiddete maruz kaldığını belirtenlerin oranı %86,8'dir(Memiş 2013). Ayrancı vd. (2002) yaptığı çalışmada bu oran %50,8 olarak bildirilmiştir.

Klinik olarak incelendiğinde ise sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranının en yüksek olduğu birim %56,3 ile acil servis olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin, diğer birçok sağlık çalışanından daha fazla sağlık hizmeti sunarken, hasta ve hasta yakınları ile karşılaşarak etkileşime girmeleri bu oranları artırmaktadır. (İlhan vd. 2013, Memiş 2013).

Sağlık kurumlarında şiddet davranışının artmasında birçok faktör söz konusu olmaktadır. Kesintisiz 24 saat hizmet veriyor olmak, uzun bekleme süreleri, stresli aile bireylerinin bulunması, çok sayıda muayene yapılması, çalışanların hasta ve hasta yakınlarının kişisel özellikleri bunun yanı sıra personel sayısının yetersizliği, iş yoğunluğunun fazla olması, kalabalık ortamda çalışma, güvenli ortamda çalışmadığı hissi, güvenliğin yetersiz olması gibi durumlar şiddet riskini artırıcı etmenler

arasında yer almaktadır (Annagür 2010, Memiş 2013, Sarcan 2013, Keser ve Bilgin 2011).

Şiddet ilk etkilerinin dışında stresin artmasına, sağlık kuruluşunda huzursuz çalışmaya uzun ve kısa süreli sorunlara yol açabilmektedir (Papa and Venella 2013). Personelin iş doyumunu düşürmekte ve kurumdan ayrılışına sebep olabilmektedir (Bahar vd. 2015). Tüm bu bilgiler doğrultusunda şiddetin her alanda karşılaşılan yaygın bir sorun olduğu; şiddetin en fazla görüldüğü alanların başında sağlık sektörü geldiği görülmektedir. Literatür taramalarında sağlık kurumlarında şiddet kapsamında yapılan çalışmalar genel olarak sağlık personelleri üzerinde yoğunlaşmış olup; hasta yakınlarının bu duruma bakışını değerlendiren ve öfke ifade tarzına yönelik çalışmalar azdır (Sarcan 2013, İlhan vd. 2013).

Bu bilgiler ışığında bu çalışma; acil servise başvuran hastaların yakınlarının öfke ifadesi ile sağlık çalışanlarına yönelik şiddete bakış açısı arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- Acil birimine başvuran hastaların yakınlarının sosyodemografik özellikleri nelerdir?
- Acil birimine başvuran hastaların yakınlarının öfke ifade tarzı nasıldır?
- Acil birimine başvuran hastaların yakınlarının sağlık çalışanına yönelik şiddete bakış açısı nasıldır?
- Acil birimine başvuran hastaların yakınlarının öfke ifade tarzına göre sağlık çalışanına yönelik şiddete bakış açısında bir fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Öfke Kavramı

Türk Dil Kurumu sözlük tanımına göre öfke; engelleme, incinme veya gözdağı karşısında gösterilen saldırganlık tepkisi, kızgınlık, hışım, hiddet, gazap olarak geçmektedir (www.tdk.gov.tr. Erişim tarihi: 16.10.2019).

Sözlük anlamı dışında öfke araştırmacılar tarafından farklı yönleriyle tanımlanmaya çalışılmıştır. Törestad öfkenin plansız olarak ortaya çıktığını, genellikle engellenme, eleştirilme, küçümsenme, haksızlığa uğrama gibi durumlarda oluştuğunu belirtmekte; öfkeyi, sinirlilik ya da kızgınlık boyutundan, hiddet durumuna kadar değişebilen bir duygusal durum olarak tanımlamaktadır (Hoşgör 2013, Partlak Günüşen 2016).

Öfke, kişinin kendisine dışarıdan gelen ve tehdit olarak algıladığı unsurlara karşı uyarıcı, yeni beceriler ve adaptasyon sağlamaya yönelik motivasyon nedeni, hayatının devamlılığını sağlayan normal duygusal bir tepkidir. Öfke, kişinin gelişimsel ve ruhsal yapısına göre tepki verebileceği bir tepki olduğu için, kişi kendisinin haksızlığa uğradığını ya da bir tehditle karşılaştığını düşündüğünde uygun bir şekilde ifade edemediğinde kişinin yaşamında sorunlar ortaya çıkarabilen bir duygu biçimidir (Duran vd. 2016, Cartıllı 2016). Öfke başkalarını kontrol etme yolu, bir problem çözme aracı, bir intikam yolu veya öç alma, şiddet göstermeye veya suç işlemeye bir neden, başkalarını suçlama biçimi, bir haklı olma yolu değildir (Soykan 11).

Öfke öç alma yolu olarak ya da problem çözümü olarak görülmemelidir. Suç olan bir unsur, şiddet uygulamayı sebep gösterecek bir duygu ya da bahane değildir. Öfke kontrol edilemediğinde saldırgan davranışlar, şiddet uygulama gibi tahrip edici sonuçlara neden olabilmektedir (Aksu 2015). Öfke kontrol edilemeyip saldırganlığa

dönüştüğünde sözel ya da fiziksel saldırıya, tarafların ağır sonuçlarla karşılaşabileceği, kişinin hayatının yitiminde sebep olabileceği olaylara neden olabilmektedir (Köroğlu 2017).

2.1.1. Öfke Türleri

Öfkeyi Spielberger hafif huzursuzluktan başlayıp şiddete kadar değişen duygusal durum olarak ifade etmektedir. Öfke duygusunu “durumsallık” ve “süreklilik” olarak ayırmıştır (Partlak Günüşen 2016).

Durumsal Öfke

Ani gelişen durumlarda ortaya çıkan, yapıcı öfke olarak da tanımlanan durumsal öfke, aniden ortaya çıkan öfke türüdür. Durumsal öfke araştırıldığında altında haklı bir gerekçenin yattığı, nedensizce oluşmayan öfke türüdür. Kişinin otonomik sistemi sakinleşme sinyalleri gönderir ve kişi sakinleşmeye çalışır. Durumsal öfkede kişi öfkesini kabullenirse öfkesini kontrol altına alabilir. Fakat öfkesini kontrol edemeyip fevri davranışlar sergilediğinde, öfkesini bastırdıktan sonra utanma hissi oluşmaktadır. Ani gelişen bu tip öfkede haklı olma düşüncesi yer almaktadır. Sinir sistemi daha etkin çalışıp öfke duygusunu kontrol altına aldığı anda kişi daha yapıcı ilişkiler kurar, bedenlen ve zihin olarak daha güçlü hisseder (Aksu2015, Beyazaslan 2012).

Sürekli Öfke

Sürekli öfke kişinin öfkeyi ne derecede ve hangi sıklıkla yaşadığı ile ilişkilidir. Temelinde korku olduğu savunulmaktadır (Karaca ve Tatlılıoğlu 2013). Sürekli öfkede kişi öfkeli olduğunu kabul etmez, öfkeli olduğunu ifade etmek de mümkün olmaz. Kişi öfkesini kabul etmediği gibi öfkesi giderek artmakta, öfke kontrol mekanizması yeterli olmadığı için karşısındaki kişi ya da kişileri kırmaya eğilimlidir.

Kişisel özellikler öfkeye verilen tepkide belirleyicilik taşımaktadır. Spielberger ve ark. Sürekli Öfke Ölçeği çalışması yaparken sürekli öfkesi yüksek olan insanların duygusal etkilenmeye hazır, hayatı ve olayları rahatsızlık verici, sıkıcı ve hayal kırıklığına neden olacak şekilde algılamaya eğilimli ve daha fazla öfke tepkisi vermeye yatkın olduklarını bildirmişlerdir. Kişilerin bu özelliklerinden dolayı

öfkelerini sağlıklı olarak ifade etmek yerine öfkenin bastırılmasına ya da saldırgan davranışlarla dışa vurulmasına neden olmaktadır (Duran vd. 2016).

Sürekli öfke düzeyi yüksek olan kişilerde öfke kontrolünün zor olduğu ve öfkelenmeye hazır oldukları bildirilmiştir. Öfke yıkıcı biçimde ifade edildiğinde kin, nefret, düşmanlık, saldırganlık, pişmanlık, korku ve üzüntü gibi duygular daha yoğun yaşanmaktadır (Yaşar 2019).

Sürekli öfkenin hastalıklara yatkınlığı artırdığı kronikleşmesine sebep olabileceği, kişinin ruh ve beden sağlığını olumsuz yönde etkileyeceği belirtilmiştir. Sık ya da sürekli yaşanan öfke durumu kişide baş ağrıları, sindirim bozuklukları, ülser, migren, gastrit, ishal, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon gibi pek çok hastalığa neden olduğu bilinmektedir (Partlak Günüşen 2016, Nehir ve Çam 2010).

2.1.2. Öfke Nedenleri ve Belirtileri

Öfke nedenlerini açıklayan birçok yaklaşım bulunmaktadır. Kişinin psikolojik durumu, mizacı ve hormonal etkenler, öfke ifadesini etkileyen nedenlerdir. Kişinin yaşadığı öfkenin çeşitli sözel, davranışsal, fizyolojik ortaya çıkış şekilleri bulunmaktadır. Öfkeyi oluşturan nedenler araştırıldığında birden fazla neden karşımıza çıkmaktadır.

Literatürde genel olarak, engellenme, sosyal stres, tehdit edilme, hakaret, korku, biriyle çatışma/uyuşmazlığa düşme, kışkırtma, haksızlığa uğrama gibi durumlar öfkelenme nedenleri arasında gösterilmektedir (Duran vd. 2016, Elkin ve Karadağlı 2015).

Öfke durumuna en çok sebep olan etken ise engellenme hissidir. Engellenme hissi kişisel özelliklere göre değişmekte olup yaş ile de ilintilidir. Örneğin oyun çağındaki bir çocuğun oynarken oyuncasının alınması öfke nedeni olurken; okul dönemi ve yetişkinlik döneminde sorumluluklar, iş yaşamı, sosyal yaşantıdaki engellemeler öfke nedeni olabilmektedir (Öztürk 2012).

Kişiler genellikle karşısındaki bireyin kendisine öfke duymasını istemezler. Kişi kendisini öfke davranışı ile karşılaştığını hissettiğinde engellenmişlik duygusu ve baskı hissi ön plana çıkmakta, öfke duygusunu açığa vurmaktadır. Kişi öfke hissini

bastırmaya çalışır ancak ilerleyen süreçte bastırılan bu duygu daha kötü sonuçlarla ortaya çıkabilir. Öfke duygusu geçici bir süre de olsa şiddet davranışına dönüşmeden ifade edilmelidir (Öztürk 2012).

Hastalıklar, hastanede tedavi için yatma durumu, tedavi sürecinin uzaması gibi durumlar da kişinin öfke duygusunun artmasına sebep olmaktadır. Kişi hastalığa olduğu kadar hastalığın sonuçlarına da öfke duymaktadır. Hastalık sonucunda oluşan değişim ve sosyal bütünlükte değişim algısı da öfke duygusu oluşturmaktadır.

Çeşitli fizyolojik ve biyolojik değişimler öfke duygusunun oluşumunda etkilidir. Birey bu değişimlerin farkına vararak öfkeli olup olmadığını anlayabilir. Öncelikle uyaran öfke duygusunun oluşumunu etkiler ve bireyde stres ve gerginlik başlar (Pınar ve Pınar 2013).

Öfke duygusunun oluşumunda gerçekleşen fizyolojik süreç şu şekildedir;

- Terlemede artış ve titreme
- Kalp atışında yükselme
- Kan basıncında artış
- Nefes alıp vermede hızlanma
- Ağızda kuruma hissi
- Sindirimde yavaşlama
- Gözlerde ve yüzde kızarma
- Ses seviyesinde artış
- Vücudun kendisini savaş veya kaç tepkisine hazırlaması (Pınar ve Pınar 2013, Türker 2010).

Bu süreçten sonra ise kas gerginliğinde artış, baş ağrısı, el ve ayaklarda titreme, elleri yumruk yaparak sıkma, vücutta seğirmeler, nefes alıp vermede değişim görülmektedir.

Öfkenin fizyolojik yansımalarının yanı sıra psikolojik yansımaları da olmaktadır. Kişide olumsuz benlik kavramına, kişilerarası ve aile içi iletişim çatışmalarına, düşük

benlik saygısına ve suçluluk duygusuna neden olmaktadır (Pınar ve Pınar 2013, Nehir ve Çam 2010, Duran vd. 2016).

Bu durumlar göz önüne alındığında öfke bastırılmaması ve ifade edilmesi gereken bir duygu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunu da öfke kontrolünü sağlayarak yansıtmamız gerekmektedir. Öfke kontrolü sağlanmadığında kişiler arası ilişkilerde bozulmalar, toplumsal alanda çatışmalar, şiddet doğurabilmektedir. Bunun önüne geçmek için ise öfke yönetimi becerilerini kullanmak gerekmektedir.

2.1.3. Öfke Yönetimi

Öfke herkesin yaşadığı, kişiden kişiye değişik düzeyde tepki verdiği ve ifade ettiği bir duygudur. Etkili bir şekilde yönetildiğinde sağlıklı ve doğal bir insani duygudur. Ancak kontrolden çıktığında yıkıcı etkileri olan sosyal yaşantıda ve iş hayatında sorunlara yol açar. Kızgınlığa öfke duygusuna neden olan kişileri, olayları ve durumları yok edemez, kaçınamaz, yok edemezsiniz. Bu durumda yapabilecek şey içsel ve dışsal tepkileri kontrol etmek ve onları yapıcı bir şekilde yönetimini sağlayabilmektir (Öztürk 2012).

Türk Psikoloji Bülteni (1999)'nde ise öfke yönetimi tekniklerinin amacı; "saldırganlıktan uzak, şiddet içermeyen, bireyin kendisine ve çevresindekilere zarar vermeyecek şekilde hislerini ifade etme becerisini kazanmasıdır" şeklinde tanımlanmıştır.

Kısacası öfke yönetimi, davranışsal, fiziksel ve sözel açıdan kontrolsüz ve yanlış ifadelerinden kaynaklanan sonuçlardan kurtulmak için öfke oluşmadan önce engellenmesi, oluşan öfkenin ise kontrollü ve sağlıklı bir şekilde ifade edilmesini öğreten bir kavramdır. Öfke yönetimi geri dönüşsüz ceza gerektiren bir davranışa dönüşmeden kontrol edilmesi gereklidir. Öfke yönetimi sağlayamayan kişilerde stres, gerginlik ve kronik problemler ortaya çıkmaktadır. (Pınar ve Pınar 2013, Köroğlu 2017)

Öfke kontrolünde çeşitli yöntemler kullanılabilir. Bu yöntem kişinin ihtiyaçlarına yönelik kullanılacak uygun yöntemlerin saptanmasıyla belirlenir.

Doğru metodu belirlerken; bireyin yaşam tarzına, kendi kişiliğine uygun olanı seçmeli ve seçtiği yöntemi uygularken gündelik yaşamında fazladan stres, gerginlik hissetmemesi göz önüne alınması gereken önemli faktörlerdir (Duran vd. 2016).

Soykan (2003)'a göre öfke denetimine yönelik öneriler:

- Öfkeyi tetikleyen durumların ve öfke biçiminin tanımlanması,
- Rahatlamaya yönelik egzersizlerin düzenli şekilde yapılması,
- Derin nefes alınması, nabzın ve nefesin kontrol altına alınması,
- Sakinleştirecek telkinlerde bulunulması,
- Kendinizi ve hareketlerinizi kontrol etme konusunda kararlı olunması,
- Şiddete yönelik görüş ve eylemleri asla kabul edilebilir çözümler olarak görmeyin.
- Öfke duygusu olabilir fakat bu hissiyatla davranılmaması, bağırılmaması, vurmama,
- Öfkelendiğinizde çevrenizdekilerin bilgilendirilmesi,
- Kendinize zaman verin,
- Eğer yapabiliyorsanız öfkeli olduğunuz ortamdan hemen uzaklaşın ve sorunla ancak kontrolünüzü tekrardan sağladığınızda uğraşın,
- Sorunu açıklığa kavuşturmaya çalışın ve çözüm bulmaya yoğunlaşın,
- Gülümseyin ve espri yapın olaya yeni bir bakış açıları ve yeni anlamlar kazandırın,
- Kişisel saldırıları yanıtlanmaması durumu bireyselleştirmekten kaçınılması,

Bu önerilerden yola çıkarak öncelikli olarak kişinin öfkesinin farkında olması, bunu yönetmede kararlı ve istekli olması, sakinleştirici telkinlerde bulunması gerekmektedir. Kişi sakinleşmeden sağlıklı düşünemez ve öfkesini doğru şekilde kullanıp ifade edemez. Kişinin öfkesini tanıması ve öfkelenmesinin altında yatan sebepleri fark etmesi de öfke kontrolünde önemli rol oynamaktadır.

Baltaş ve Baltaş'a göre (2005) ise, öfke yönetimini makul bir seviyede tutmak için dört basamaklı bir yaklaşım izlenebilir:

- a) Öfkeyi kabul etmek: Kişi öncelikli olarak öfkesini kabul etmelidir. Kişi öfkeli olduğunu kendisine itiraf etmezse öfkenin asıl sebebini bulması mümkün olmayacaktır.
- b) Öfkenin kaynağını bulmak: İkinci olarak öfkenin kaynağı bulunmalıdır. Öfkenin kaynağı bazen çok açık bir şekilde bulunabilirken bazen karmaşık ve çok belirsizdir. Bazen de öfkenin kaynağı kişiye zarar verebilecek çok güçlü gördüğü kişi ya da kişiler olabilir bu durumda kişi öfkesini direkt olarak yöneltmez, öfkesini yöneltecek başka bir kaynak arar. Bu duruma psikolojide 'yer değiştirme' denilmektedir.
- c) Neden öfkeli olduğunu anlamak: Öfke buzdağı gibidir. Öfke dışta görünen kısım, asıl nedeni anlamak için derinlere inmek gerekebilir. Asıl nedeni bulup anlamak ve buna yönelik çözümler bulunmalıdır.
- d) Öfkeyle gerçekçi biçimde mücadele etmek: Öfkenin kontrolsüz ve yanlış şekilde ifade edilmesi problemin çözümünü güçleştirir. Öfkenin saklanması ya da yansıtılmaması da kışkırtıcı olabilir. Karşıdaki kişi ne kadar kışkırtıcı olursa olsun sükûneti korumalı, eğer bir saldırı ya da silahlı bir saldırı durumu söz konusu ise istenen verilip kişiyi öfkelendirmekten kaçınmak gerekebilir. Tehditkâr davranış sergileyen kişi heyecanla ve düşmanca duygularla saldırganlığını fazlasıyla artırabilir.

Genel olarak iş yaşamında, okul hayatında, sosyal yaşamda karşılaşılan öfke kontrolü için önerilen stratejiler aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- 1) Gevşeme: Derin derin nefes alma, sakinleştirici durum ve manzaraları hayal ederek canlandırma sakinleşmede ve öfkeyi dindirmede yardımcı olurlar. Diyaframdan nefes almak gerekir, sadece göğsün üst kısmıyla nefes almak bireyi rahatlatmaz. Nefes alıp verirken sadece göğüs değil karnın da şişirilmesi gerekmektedir. Derin nefes alırken, birey kendi kendisine "Gevşe! Sakinleş" diyerek telkinde bulunabilir (Öztürk 2012, İlhan 2014).

- 2) Bilişsel yeniden yapılandırma: Bu yaklaşım en basit anlamıyla düşünce tutumunu değiştirmek demektir. Bireyler öfkeli olduklarında çoğunlukla görüşleri gerçeği yansıtmaktan çok, olayların çarpıtılmış ve abartılmış bir şekilde algılandığını yansıtır. Kişi öfke sınırını aşmış mantıklı düşünemez, bu durumda kişiye öfkelenmiş olmanın ve içinde bulunduğu durumun olmamış gibi görülemeyeceği ve bu durumla yüzleşilmesi gerektiği hatırlatılabilir (Öztürk 2012, İlhan 2014).
- 3) Problemi çözme: Bazı durumlarda öfke yaşamadaki kaçınılmaz sorunlardan kaynaklanıyor olabilir. Böyle durumlarda sorunun değişip değiştirilemeyeceği araştırılmalıdır. Değiştirilebilecek bir durumsa çözüm yolları aranabilir. Değiştirilemeyecek bir durumsa en iyi çözüm sorunla yüzleşmektir. Soruna iyi niyetle yaklaşılır, yüzleşilir çabalanıp elden gelen yapılırsa çözüme ulaşılabilir. Eğer çözülemiyorsa ya hep ya hiç tarzı düşünülebilir (Öztürk 2012, İlhan 2014).
- 4) Daha iyi iletişim: Öfkeli kişiler düşünmeden yargılama eğiliminde ve bu yargılara yönelik hareket etme yatkınlığındadırlar. Eğer gergin bir tartışma içine girilmiş ise yapılacak ilk şey tartışılan kişinin tepkileri gözlemlenmelidir. Akla gelen şeyleri söylemekten kaçınılmalı asıl söylemek istenen duruma odaklanmalıdır (Öztürk 2012, İlhan 2014).
- 5) Mizah kullanılması: Mizah kullanılması öfke yoğunluğunun azaltılmasında yardımcı olabilir. Mizah kullanmanın meseleleri gülererek geçiştirmek değil onlarla yapıcı bir şekilde yüzleşmek için kullanılması gerektiği bilinmelidir. Mizah kullanırken aşağılayıcı ve alaycı mizaha başvurmaktan kaçınılmalıdır. Bu durum kişinin öfkesini artırabilir (Öztürk 2012, İlhan 2014).
- 6) Çevreyi değiştirmek: Bazen öfkeye neden olan nedenler kişinin kendi çevresinden kaynaklı olabilir. Kişi öfkeleneyeceği, stresli olacağı saatleri bilincinde ise kendisi için kullanacağı zaman dilimi belirleyebilir. Çalışma ortamında ise bulunduğu ortamı değiştirebilir ve stresini azaltmaya yönelik telkinlerde bulunabilir (Öztürk 2012, Karaca ve Tatlılıoğlu 2013).

Yukarıda yer alan çeşitli yöntem ve stratejilerde ortak olan noktalar kişinin öfkesinin farkında olması, tanınması ve problemi çözümü aşamasında istekli olmasıdır. Bu yöntemlerden sonra ise duruma ve kişiye göre değişecek uygun stratejiler kullanıp öfke yönetilmelidir. Unutulmamalıdır ki, öfke yönetiminde öfkeyi bastırarak içte tutmak gibi bir strateji yer almamaktadır. Öfke yönetiminin yöntemi, öfke oluşmadan yok etmeye ya da öfkeyi yapıcı bir şekilde ifade etmeye yarayan stratejilerin istekli ve etkili bir şekilde kullanılmasıdır (Karaca ve Tatlıoğlu 2013, İlhan 2014).

2.2. Sağlık Çalışanlarında Hasta Ve Yakınlarına Karşı Öfke Ve Öfke Yönetimi

İş yaşamında çalışanlar ile çalışma ortamları arasında sürekli bir etkileşim hali vardır. Bu süreçte çalışanın iş durumunda değişim ve farklılaşma söz konusudur. Farklılaşma ve değişime uyum sürecinde çalışanlar baskı altında kalma ve yoğun stres yaşamaktadır. Hemşirelere yönelik yapılmış olan bir çalışmada servis içindeki görev, çalışma şekli, işin kendisi, yöneticilerle ilişkiler, iş arkadaşlarıyla olan ilişkiler, yönetim şekli, çalışma ortamı şartları, yükselme imkanları, gelişme olanağı ve ücretin iş doyumunu hemşirelerin çalışma istekliliğini etkilediği belirtilmiştir (İlhan 2014, Pınar ve Pınar 2013).

Yapılan literatür taramalarında, çalışma ortamında sağlık çalışanları öfkeli olduklarında konsantrasyon ve iletişim güçlükleriyle birlikte iş yerindeki ilişkilerin olumsuz etkilendiğini, ekip içi iş birliği sorunları yaşadıklarını, hasta konusunda bilgi alışverişiyle ilgili eksiklikler olduğunu saptamışlardır. Çalışmada, bu sonuçlarla birlikte kaliteli ve güvenli bakımın olumsuz yönde etkilendiği, tıbbi hataların arttığı, hasta memnuniyetinin azaldığı ve hasta ölümlerinin arttığı belirlenmiştir (Partlak Günüşen 2016, İlhan 2014, Pınar ve Pınar 2013). Sağlık çalışanlarının büyük bir bölümü hastane ortamında dolaylı ya da doğrudan öfke duygusuyla karşılaşmaktadır.

Çalışanların birbirleri arasında sağlıklı olmayan öfke ifadeleri, literatürde “yatay düşmanlık” olarak tanımlanmaktadır. Yatay düşmanlık, çoğunlukla baskılanan gruplarda, üstlerine doğru belirgin olan öfkenin ifade edilememesi sonucu, bunu

meslektaşlarına yansımaları şeklindedir. Sağlık çalışanları öfkelerini çoğunlukla çalışma arkadaşlarına yansıtmaktadır. Öfkelerini, açıkça sözel tahrip, küçük düşürücü iğneleyici sözel ifadeler şeklinde göstermektedirler. Edilgen saldırgan davranışlarda ağırlıklı olarak görülebilmektedir. Soğuk sessizliğin, edilgen-saldırgan davranışların ve nefretin, profesyonel gruplardan, kadınlarda daha yaygın olduğunu görülmüştür (Bayrı 2007, İlhan 2014).

İş çevresinde öfkeli insanlarla karşılaşıldığında, kadın ve erkek hemşirelerin her ikisinin de kendilerini çoğu zaman çevresel etkenlerden dolayı sürekli savunmaya geçtikleri, güçsüz hissettikleri belirtilmektedir. Erkek hemşirelerin kadın hemşirelere oranla öfke kontrolünü daha zor sağladıkları tespit edilmiştir. Bazı erkek hemşireler de kadın meslektaşları kadar olmasa da öfkelerini kontrol edebildiğini ifade etmiştir (Bayrı 2007, İlhan 2014).

Sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri bireylere yönelik olarak, kendilerinden pek çok olumlu özellik beklentisiyle birlikte, öfkeleri ile de uygun bir şekilde ifade etmeleri ve baş etmeleri gerekmektedir (Bayrı 2007, İlhan 2014). Hemşireler kendilerinin ve hastaların öfke nedenlerini tanımlayabilmeli, öfkenin olumlu yönlerinin farkında olmalı, alışlageldiği gibi öfke ifadesini önlemek yerine, nedenlerini bulmaya çalışmalı, güvenli ve atılğan bir biçimde ortaya konulmasını sağlamalıdır (İlhan 2014, Partlak Günüşen 2016).

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

Literatür taramalarında hemşirelerin sürekli öfke puan ortalamalarının orta düzeyi yansıttığı, hemşirelerin öfkelerini kontrol edebildikleri ve içe atmadan daha çok dışa yansıttıkları ancak bu durumda orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Pınar ve Pınar 2013, İlhan 2014). Öfkesini kontrol eden hemşirelerin genel sağlık durumlarının daha iyi olduğu, dışa yansıtan veya öfkesini içe atan hemşirelerin genel

sağlık durumlarının bozulduğu belirlenmiştir. Kore’de yapılan, çoğunluğu kadın hemşire olan bir çalışmada öfke ifadesinin çok düşük olduğu ve bunun da kültürel etkilerden kaynaklandığı bildirilmiştir. Çalışmada ayrıca hemşirelerde öfke ifade tarzları arasında yüksek bir öfke prevalansı olduğunu gösteren sonuçlar ortaya çıkmış olup hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sağlığının risk altında olabileceğini ve bu durumun gelişimine dikkat edilmesi gerektiğini göstermiştir. Hemşireleri öfkelerini etkili bir şekilde ifade etmeleri için teşvik eden müdahale planı geliştirilmeli, eğitim programları planlanmalıdır (Pınar ve Pınar 2013, Han et al 2015, Alshehri 2016).

2.2.1.Öfke Kontrolü ve Hemşirelik Yaklaşımı

Öfke kontrolü sağlanması ve öğretilmesi bir toplum ruh sağlığı hizmeti kapsamındadır. Hemşireler insanlara doğrudan, sürekli ve kesintisiz hizmet veren sağlık ekibi üyesidir. Bu durumlarını avantaj olarak kullanarak bireylere öfke ve öfke kontrolü ile ilgili eğitim verebilirler (Pınar ve Pınar 2013, İlhan 2014).

Bu bağlamda yayımlanan hemşirelik girişimleri sınıflandırması (Nursing Interventions 195 Classification: NİC) kitabında öfke kontrolü için önerilen hemşirelik girişimleri aşağıda belirtilmiştir (McClosky, Bulechek 2000). Bunlar;

- Kişinin öfkelenmesine sebep olan durumları anlatmasına yardım edilmesi,
- Uygun olan öfke ifade biçimi belirlenene kadar bireyin kontrolsüz olan eylemlerinin sınırlandırılmasına,
- Kontrolün kaybedilmesinden önce kişinin eylemlerine yönelik uygun hemşirelik girişimlerinin yapılacağı hususunda hastaya teminat verilmesi,
- Öfke oluşumundaki etmenlerin tanımlanması hususunda kişiye yardım edilmesi,
- Uygun olmayan öfke tarzının sonuçlarının tanımlanması,
- Stresinin arttığı durumlarda, hemşire ya da diğer ekip üyelerinden yardım isteme konusunda bireyin cesaretlendirilmesi,
- Öfke kendine ya da diğer bireylere fiziksel zarar verme şeklinde baş gösterdiğinde gerekli önlemlerin alınması (Tehlikeli araçların ortamdaki uzaklaştırılması),
- Gerginlik ya da öfkenin görüldüğü durumlarda cazip olan fiziksel davranışların uygulanmasının sağlanması (gazete okuma, boş çuvalı tekmeleme, tenis oynama),

- Sakinleştirme yöntemlerinin kullanılması (zaman kullanımı, nefes alma egzersizleri),
- Gerektiğinde bireyi fiziksel ortamdan uzaklaştırma,
- Şiddet içermeden uygun olan öfke şeklinin gösterilmesinin faydalarının birey ile birlikte tanımlanması,
- Kişinin kontrol edilebilecek eylemlerinin oluşturulması,
- Uygun öfke ifadelerinin düzenlenmesi,
- Uygun öfke ifade şeklinin pekiştirilmesinin sağlanmasıdır.

2.3. Şiddet Kavramı

İnsanlığın varoluşu ile ortaya çıkan ve gün geçtikçe daha sık karşılaşılan, günümüzün en ciddi ve önemli sorunlarından oluşan şiddet, sosyolojik, felsefi, psikolojik, psikiyatrik, politik, yönleri olan oldukça kapsamlı bir kavramdır. Bu kavram ne olursa olsun, topluma ve zamana göre değişiklik arz etmektedir (Sarcan 2013).

Şiddet kavramı huzur karşıtı bir durumu ifade etmek amacıyla kullanılır. Başka bir deyişle kuralları çiğneyen, ölçüleri aşan kaba güç kullanımı olarak tanımlanmaktadır. Yasal kapsamda şiddet; gücün, kuvvetin hukuk dışı kullanılması eylemi olarak anlaşılmaktadır. Şiddet yoluyla başkasını malul bırakma ya da yaralama yoluyla zarar verildiği, öldürmeye yönelik kasıt içerdiği için şiddet genel anlamda gücü aşmaktadır (Boz Eravcı 2014, Aydemir 2005).

Şiddet, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, “kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidin amaçlı, bilinçli olarak uygulanması” olarak tanımlanmıştır (WHO 2002).

6284 Sayılı “Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanuna” göre şiddet: Kişinin, fiziksel, cinsel, psikolojik veya ekonomik açıdan zarar görmesiyle veya acı çekmesiyle sonuçlanan veya sonuçlanması muhtemel hareketleri, buna yönelik tehdit ve baskıyı ya da özgürlüğün keyfi engellenmesini de içeren, toplumsal, kamusal veya özel alanda meydana gelen fiziksel, cinsel,

psikolojik, sözlü veya ekonomik her türlü tutum ve davranışı olarak ifade edilmektedir (6284 Sayılı Kanun 2013).

Şiddet, ana hatları ile fiziksel, sözel/psikolojik ve cinsel şiddet olmak üzere üç başlık altında toplanmakta olup, fiziksel ve ruhsal etkileriyle ortaya çıkmaktadır.

Fiziksel Şiddet: Fiziksel şiddet, karşısındaki kişinin yaralanmasına, canının yanmasına ya da ölümüne sebep olan, bilinçli olarak yapılan davranışlardır (Memiş 2013). İtme, tekmeleme, vurma, yakma, silahla vurma gibi eylemler fiziksel şiddet kapsamındadır (Sarcan 2013). Fiziksel şiddet her zaman sözel şiddetle başlar ve gözle görülebilen tek şiddet türüdür.

Sözel/Psikolojik Şiddet: Karşısındaki kişiye sistemli bir şekilde yapılan, psikolojik ve sosyal gelişimini, kişinin benliğini, ruhsal bütünlüğünü etkileyen olumsuz yargılar, atıflar ya da sözel davranışlardır. En önemli özelliği, tekrarlaması ve sürekliliğinin olmasıdır (Memiş 2013).

Şiddete maruz kalan çalışan için değil, bu duruma göz yuman ya da bu durumun başlamasına neden olan işletme sahibi için de birçok soruna neden olmaktadır. Psikolojik şiddetin yaşandığı ortamda kişisel ilişkilerde bozulma, çalışma ortamında huzursuzluk, verim düşmesi ve aynı şiddetin sürekli yaşanabileceği düşüncesi ile güvensiz çalışılan bir çalışma ortamı oluşmaktadır (Ünsal Atan ve Dönmez 2011).

Cinsel Şiddet: Kişiyeye yönelik işlenen en ağır suçlardan biri cinsel şiddettir. Bir kişinin, diğer bir kişiyi kendi cinsel isteklerin doyumu ya da gereksinim için korku, kandırma ve hile gibi zorlama kullanarak güç kullanma, baskı kurma, cinsel içerikli imalarda bulunma, cinsel içerikli sözler kullanma, ırza geçmeyi kapsayan seksüel güdülenmeye dayalı kişinin cinsel nesne olarak kullanması veya kullanılmasına göz yumulmasıdır (Memiş 2013; Sarcan 2013).

2.4. Şiddetin Nedenleri

Şiddet sözlük tanımıyla bir kişiye baskı uygulama ya da güç kullanma suretiyle isteği dışında bir şey yapmak ya da yaptırmaktır. Temel kavramı güç olan şiddet her

şeyden önce kötü davranma eylemi ve vurma olup kişi ya da kişiler üzerinde iletilebet iz bırakmaktadır (Sarcan 2013).

Zaman içinde değişen toplumsal kuralların ortama uymadığı, toplumun nüfusu arttıkça kişiler arası iletişim ve mesafenin arttığı, buna bağlı olarak kişiler arası etkileşimde bozuklukların arttığı, insanların çevrelerine daha fazla hâkim olmaya çalıştıkça saldırganlık dürtüleri de artış göstermektedir (Uludağ ve Zengin 2013).

Toplu olarak yaşamaya adapte olan canlılar beslenme, barınma ve yaşam alanlarına müdahale edildiğinde, aile bireylerinin tehlikede olduğu durumlarda da saldırganlık göstermektedir. Bütün bu içgüdüsel durumlar göz önünde bulunduğunda kendi türüne işkence yapan, saldıran, yaralayan hatta daha ileri gidip kendinin ya da karşı tarafın ölümüne sebep olan tek canlı insandır (Uludağ ve Zengin 2013).

İnsanlarda bulunan saldırganlık davranışı öğrenilmiş bir eylem biçimi olup genellikle kişide bastırılmış duyguların dışa vurulması, tahrik unsurunun bulunması ya da artması sonucu ortaya çıktığı gibi düşünceler öne sürülmektedir. Şiddetin nedenlerini belirleyebilmek için sosyolojik, psikolojik ve biyolojik etkenlerin araştırılması gerekmektedir.

2.4.1. Biyolojik etkenler

Hormonal ve metabolizmal faktörler, genetik anomaliler, nörotransmitterler, travmalar ve enfeksiyon benzeri etkiler kişilerin şiddete olan yatkınlığını artırabilir (Boz Eravcı 2014). Genetik faktörler ve kromozomal hastalıkların da şiddet uygulama ve şiddet suçlarında etkisi tespit edilmiştir (Coşkun Us ve Erdem 2016). Öte yandan, çevresel etkenlerle oluşabilecek, hipoksi, ilaç yan etkileri, kafa travmaları, madde bağımlılığı, alkol kullanımı da vücudun biyolojik dengesine dolaylı veya direkt olarak etki ettiğinden, biyolojik etkenler kapsamında ele alınmaktadır (Boz Eravcı 2014).

2.4.2. Psikolojik etkenler

Sosyal öğrenme teorisi psikolojik etkenlerde öne sürülen teorilerden birisidir. Öğrenme, eğitim, deneyim, bilgi, gözlem ve tekrarlama sonucunda yeni bilgi,

davranış, düşünce ve beceriler kazandırabilen yerleşik davranış şeklinde tanımlanabilir. Örnek alma, deneme-yanılma gibi yöntemlerle bilinçli ya da bilinçsiz olarak şiddet davranışı ya da saldırgan davranışlar öğrenilmektedir. Bu süreçte ekonomik ve kültürel ortam, kişilik, eğitim, aile gibi unsurlar şiddet davranışını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemektedir. Şiddet ve saldırgan davranışlarla bir engelin aşılması, bu durumun kavga etme içgüdüsünden kaynaklanmaktadır. Çevreden kabul görmesi ve destek alması bu davranışın zamanla kişiliği oluşturması sonucu kişi karşılaştığı her engelde şiddet davranışına başvurmaktadır.

Kitlesel ve görsel iletişim cihazları bireysel ve toplu şiddet oluşumunda etkili olduğu, şiddet içerikli sahnelerin kitlesel ya da kişisel saldırganlık oranını artırdığı görüşü de mevcuttur. Gelişim dönemindeki çocukların izledikleri program ve kişilerin davranışları etkisinde kalarak davranış değiştirdiği ve geliştirdiği, film karakterleri ile kendilerini özdeşleştirdiği, yapılan mimik ve hareketleri taklit ettikleri gözlemlenmiştir.

Kişiliğin gelişim ve olgunlaşma döneminde bireyler olumsuz etkiler yaşayarak kişilik bozukluğu yaşayabilirler. Bu bireyler ruhsal yaşantılarında karşılaştığı çatışmalardan dolayı çevre, aile ve toplum ile etkili iletişim kuramaz, dürtüleri ve içgüdülerinden kaynaklı davranışları baskılayamamakta, engelleyememektedir. Bireyler, bütün bu sebeplere bağlı olarak gereksiz kızıp öfkelenmekte, insanlara, nesnelere, doğaya yönelik saldırılarla şiddet davranışı göstermektedirler.

Saldırganlığın doğuştan gelen ve içgüdüsel bir davranış olduğunu savunan Lorenz'e göre saldırganlık davranışı diğer bütün organizmalarda da bulunan kavga etme içgüdüsünden kaynaklanmaktadır. Saldırganlık davranışı her insanda bulunmakta ve bazen kendiliğinden boşalabilmektedir.

Freud ise şiddet ve saldırganlık davranışını, temelinde Eros'un yaşam enerjisinin olduğunu ileri sürmekte fakat 1. Dünya Savaşı'ndan sonra bu görüşünü değiştirip Eros'un değil Thanatos adını verdiği ölüm içgüdüsünün saldırganlık ve şiddet meylini beslediğini savunmaktadır. Freud'a göre saldırganlık ve şiddet davranışı, kişinin içindeki Thanatos ve Eros'un çatışması sonucu ortaya çıkar ve bu

davranış birincil olarak kişinin kendini tahribine yönelik olur (Çamcı 2010, Uludağ ve Zengin 2013, Sarcan 2013).

2.4.3.Sosyolojik etkenler

Sosyolojik açıdan şiddet, kişisel ilişkiler, ekonomik durum, kültürel etmenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Kültürel olarak şiddet davranışı ve saldırganlık, belirli kişilere ve bazı durumlarda kullanımın kabul gördüğü ve bu durumun nesiller arası aktarımının olduğu, yapısal açıdan yoksulluk ve imkânsızlığın kişileri yasal olmayan yollara iterek isteklerine ulaşmaya ve bunu da şiddet ve saldırganlık davranışı ile elde ettiği sonucuna vararak kişiler bu tür davranışlara yönelmektedir. Kişilerin gelişen ekonomik düzeyi ile şiddetin de azaldığı görülmektedir (Sarcan 2013).

Psikolojik açıdan cinsellikle beraber en güçlü dürtülerden biri olan şiddetin ortaya çıkmasındaki en önemli etkenlerden biri de ortamdaki gerilimdir. Bir engelleme ya da tehdit karşısında güçsüzlük, yetersizlik, çaresizlik yaşayan kişiler, kendini tarif edemeyen, iletişim güçlüğü yaşayan kişilerin de şiddete başvurdukları görülmektedir (Sarcan 2013, Uludağ ve Zengin 2013).

2.5. Sağlık Kurumlarında Şiddet

İşyeri şiddeti taramasında sağlık çalışanları ikinci sırada bulunmaktadır. Sağlık hizmeti veren kurumlarda şiddet, hasta yakını, hastanın kendisi ya da diğer bireylerden gelen sağlık çalışanı adına büyük risk teşkil eden, fiziksel, cinsel saldırı ve tehdit davranışından oluşmaktadır. Literatür taramalarında sağlık alanında yaşanan işyeri şiddetinin diğer sektörlere 16 kat daha fazla olduğu ve %83'ünün şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Memiş 2013, Sarcan 2013). 2013 yılında ülkemizde yapılan çalışmada şiddete maruz kalma oranı %86,77; Dünya Sağlık Örgütü'nün 2014 yılı verilerine göre sağlık çalışanlarının yaşamları boyunca en az bir kere fiziksel şiddete maruz kalma oranı %8- %38 olarak bildirilmiştir (Memiş 2013, WHO 2014). Literatürde Tayvan'da çalışan hemşirelerin%62'sinin, Avustralya'da %95'inin, İngiltere'de %88'inin, Hong Kong'daki hemşirelerin %76'sının çalışma dönemlerinde en az bir defa şiddete uğradığı bildirilmiştir. En sık görülen şiddet türü sırasıyla sözel, fiziksel ve cinsel şiddettir (Alshehri 2016).

Sağlık alanında şiddet olayının bu denli çok karşılaşılmamasının birçok nedeni vardır. Muhatap olunan kişiler hasta ve hasta yakınları, maruz kaldıkları sakat kalma, hastalık durumu ve ölüm nedeniyle tedirgin, isyankâr, kederli ve gergin durumdadırlar. Bunun dışında kişinin psikiyatrik bozukluğu, alkol/madde kullanımı, travmaya bağlı stres bozukluğu olan bireylerle de muhatap olunmaktadır. Bu durumdaki kişilerin şiddet davranışı sağlıklı bireye oranla daha yüksektir (Öztürk ve Babacan 2014)

Sağlık alanında şiddetin bireysel ya da kitlesel birçok sebebi olduğu gibi, şiddet davranışının başında ülkelerin sosyoekonomik durumu ve çalışma şartlarına ilişkin sorunlar yer almaktadır.

Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin olası etkileri fiziksel, sözel/psikolojik ve cinsel içerikli olarak ortaya çıkmaktadır. Şiddet türlerinin olumsuz etkileri kişisel olduğu gibi kurumsal ve toplumsal düzeyde ortaya çıkabilmektedir (Alshehri 2016).

Şiddete maruz kalan sağlık çalışanında güven kaybı, işe mutsuz ve kaygılı başlama, şiddetin derecesine bağlı olarak işe gelememe, kurumsal açıdan bakıldığında iş gücü kaybı ve toplumsal anlamda iletişimde kopmalar hizmet aksamaları yaşanabilmektedir. Sağlık kurumlarında yaşanan şiddete bağlı olarak çalışanların verimliliğini düşmesi, kişinin işten ayrılması ya da başka bir kuruma geçmesi ile sunulmuş sağlık hizmetinde aksamalara neden olabilmektedir (Çiçek Durak vd 2014, Kahrıman 2014, TBMM 2013).

2.5.1. Sağlık Kurumlarında Uygulanan Şiddetin Temel Nedenleri

Sağlık kurumlarında yaşanan şiddetin nedenleri, kompleks şekilde çalışan sağlık çalışanlarının görev ve sorumluluklarının fazla olması, şiddetin birçok kaynaktan çıkabilmesi ve şiddetin farklı şekillerde ortaya çıkabilmesi olarak sıralanabilir. Yaşanan bu şiddet olayları kasıtlı, kasıtsız olabileceği gibi duygusal ya da fiziksel olabilmektedir. Bu etkenlere bağlı olarak sağlık kurumlarında şiddet, örgütsel faktörler, kişilerarası etkileşim, toplumsal değişimler ve çevresel faktörlerin kompleks etkileşimi olarak ortaya çıkmaktadır (Curbow 2002, Coşkun Us ve Erdem 2016).

Hasta/hasta yakınları ile sağlık çalışanları etkili iletişim kuramadığı süreçte şiddet sorunu ortaya çıkmaktadır. Bu durumlara ek olarak gürültülü ortam, fiziki koşulların uygun olmaması, hastalık psikolojisi, sağlık çalışanının kullanmış olduğu terminolojik dil, gecikmiş randevular, boş yatak bulunmaması, hastalara yeterli zaman ayıramama, personel eksikliği, alt yapı ve donanım eksiklikleri de şiddete zemin hazırlamakta etkili olmaktadır. Aynı zamanda sağlık kurumları ve sağlık çalışanlarına ilişkin tutumun medyada yer alma şekli, toplumda hâkim medya kültürü de şiddeti tetikleyebilmektedir (Sarcan 2013, Coşkun Us ve Erdem 2016).

2.5.2. Sağlık Kurumlarında Şiddetin Yönetimi

İnsan ilişkilerinin kompleks bir şekilde yaşandığı sağlık kurumlarında şiddet tamamen engellenemeyeceği için minimuma indirgemeye yönelik çalışmalar yürütülmelidir. Sağlık kurumlarında şiddetin yönetimine ilişkin süreçte hükümet temsilcileri, işverenler, çalışanlar, medya ve halk paydaştır (Kahrıman 2014, Coşkun Us ve Erdem 2016).

İş yerinde şiddetin önlenmesi için yönetsel plan ve sahiplenme gerekmektedir. Şiddetin önlenmesine yönelik planlar geliştirmeli, bu plan işyeri şiddetini tam anlamıyla kapsamalı, sıfır tolerans tutumunu açık bir şekilde kapsamalı, yönetimin sağlık çalışanının güvenliği ve sağlığını güçlü bir şekilde taahhüt etmeli, işyerinde şiddetin anında raporlanmasını desteklemeli, şiddet karşıtı ekip oluşturmalı ve bu planı güvenlik personeli dâhil olmak üzere tüm personeli kapsayacak şekilde eğitim programı planlamalı ve uygulamalıdır (Annagür 2010, Coşkun Us ve Erdem 2016).

Şiddetin yönetimi ve en aza indirmek için tüm paydaşlar birlikte çalışma yürütmeli, hükümet temsilcileri yasal olarak çerçeve belirlemeli, işveren temsilcileri şiddetten arındırılmış ortam oluşturmalıdır. Sendikalar ve meslek grupları riskleri belirlemek, minimize etmek için mekanizmalar geliştirerek katkıda bulunmalıdır. Çalışanlar şiddet riskini ortadan kaldırmak için özen göstermelidir. Medya, hasta hakları savunucuları, işyeri şiddeti uzmanları, sivil toplum örgütleri, sağlık ve güvenlik, insan hakları, işyerinde şiddet ve şiddetle mücadele için aktif rol üstlenmeli, girişimlerde bulunmalıdırlar (Annagür 2010, Coşkun Us ve Erdem 2016).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipteki bu araştırma, acil serviste hizmet alan hastaların yakınlarının öfke ifade tarzları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddete bakış açılarının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarih

Araştırma, Ordu İli Kamu Hastaneleri Genel Sekreterliği'ne bağlı Ordu Devlet Hastanesi Acil Birimi'nde 2018 yılı Ocak-Şubat ayları arasında başvuran hastaların yakınlarıyla gerçekleştirilmiştir. Birim bulunduğu binada 1987 yılından itibaren 24 saat hizmet vermekte olup 24 yatak kapasitelidir. Birim bünyesinde 12 hekim, 27 hemşire, 9 ebe, 4 acil tıp teknisyeni, 3 sağlık memuru, 1 sağlık teknikeri görev yapmaktadır.

Birimde kısa ve uzun süreli tedavi, takip ve bakım gereksinimi ile başvuran hastaların muayene, tetkik, tıbbi bakım gereksinimini karşılamak ve ilaç reçete etmek, ayaktan tedavisi mümkün olmayan hastaların yataklı servislere yatışını planlayıp uzun süreli tedavi görmesini, gerekli görülen hallerde ileri sağlık merkezine naklini sağlamak gibi hizmetler verilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Ocak-Şubat 2018 tarihleri arasında acil servise başvuran hastaların yakınları araştırmanın evrenini oluşturdu (N=45406). Araştırma belirlenen zaman diliminde, evreni belli olan araştırmalarda örneklem büyüklüğü hesaplama formülü ile $(n= N \cdot t^2pq / d^2 (N-1) + t^2pq)$ hesaplandı ve 782 kişi örneklem sayısı olarak belirlendi. Gönüllülük ilkesi ve araştırmaya dâhil edilme kriterleri doğrultusunda bu araştırma 1082 kişi ile gerçekleştirildi.

3.3.1. Çalışmaya Dâhil Edilme Kriterleri

Ordu Devlet Hastanesi Acil Birimi'nden hizmet alan hasta yakınının;

- Acil serviste hastası bulunuyor olması,
- Müşahede süresinin en az 30 dakika olması,
- Okur-yazar olması,
- İletişim engeli bulunmaması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi,
- Kendi ifadesine göre Psikiyatrik bir tanı ve tedavi almamış/almıyor olması,
- 18 yaşın üzerinde olmasıdır.

3.3.2. Çalışmaya Dâhil Edilmeme Kriterleri

Hasta yakınının;

- Kendi ifadesine göre psikiyatrik bir tanı ve tedavi almış/alıyor olması,
- 18 yaşın altında olması,
- Formu eksik doldurmasıdır.

3.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı değişkenler Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖTÖ)'dir. Bağımsız değişkenleri ise yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, alışkanlıklar, hastanın hastalığı, yakınlık derecesi, katılımcıların şiddete bakış açısı oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri “Katılımcı Bilgi Formu” ve “Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖTÖ)” kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Katılımcı Bilgi Formu

Form, araştırmacı tarafından acil birimi hizmetinden yararlanan hastaların yakınlarının kişisel, meslek ile ilgili durumlarını belirlemek amacıyla literatür (Zampeiron et al 2010, Aydın 2008, Çamcı 2010, Kitaneh and Hamdan 2012) doğrultusunda hazırlanmıştır. Katılımcı Bilgi Formu acil birimi hizmetinden yararlanan hastaların yakınlarının; yaş, cinsiyet, meslek, yakınlık derecesi, eğitim

durumu, alışkanlıkları, daha önce acile başvuru durumu, katılımcıların şiddete bakış açısını içeren bilgileri kapsamaktadır. (EK-1)

3.5.2. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖTÖ)

Spielberger tarafından 1983 yılında geliştirilmiş, öfke duygusu ve ifadesini ölçen kendini değerlendirme ölçeğidir. Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirliği Özer (1994) tarafından yapılmıştır. Ölçek, sürekli öfke içe yönelik öfke, dışa yönelik öfke, öfke kontrol ve olmak üzere dört alt ölçekten ve 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin değerlendirilmesinde “Hiç tanımlamıyor” yanıtına 1 puan, “Biraz tanımlıyor” yanıtına 2 puan, “Oldukça tanımlıyor” yanıtına 3 puan, “Tümüyle tanımlıyor” yanıtına 4 puan verilir. Ölçeğin genel toplam puanı olmayıp, dört alt ölçeğin maddeleri o alt ölçeğin toplam puanını oluşturmaktadır. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 10, en yüksek puan 40, İçe yönelik öfke, dışa yönelik öfke ve öfke kontrol alt ölçeklerinden alınabilecek en düşük puan 8, en yüksek puan 32’dir. 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. Orijinal ölçeğin cronbach α değerleri ‘sürekli öfke’ boyutu için 0,79; ‘öfke kontrolü’ boyutu için 0,84; ‘öfke dışa vurumu’ boyutu için 0,78 ve ‘öfke içe vurumu’ boyutu için 0,62 olarak bulunmuştur (Özer 1994, Savaşır ve Hisli Şahin 1997). Bu çalışma için ölçeğin cronbach alfa katsayısı sürekli öfke alt boyutu için 0,88, öfke içte alt boyutu için 0,76, öfke dışta alt boyutu için 0,68, öfke kontrol alt boyutu için 0,56 olarak belirlendi ve geçerlik güvenilirlik çalışmasındaki alfa değerler ile uyumluydu.

3.6. Verilerin Toplanması

Veriler, Ocak- Şubat 2018 tarihleri arasında, araştırmacı tarafından çalışmaya alınma kriterleri doğrultusunda, acil biriminin hizmetlerinden yararlanan hastaların yakınları ile hastaların tedavi olduğu süreçte anket sorularının bulunduğu yazılı form çalışmaya katılan kişiye verilerek doldurması istendi. Anket formları katılımcılara teslim edildikten sonra en geç iki saat içinde toplandı. Veri toplama araçlarının yanıtlanması 20-25 dakika sürdüğü gözlemlendi.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 27.09.2017 tarih, 9/8 numaralı karar ile etik kurul onayı alındı. (EK-.) Araştırma kapsamında Ordu İli Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden 20/11/2017 tarih 19419511-903.99-E2049 sayılı kurum izni alındı. (EK – 5). Veri toplamaya başlanmadan önce acil biriminden hizmet alan hastaların yakınlarına çalışma hakkında bilgi verildi ve yazılı onayı alındı. (EK – 6). Araştırma bulguları İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirildi.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Araştırma sonucunda elde edilen veriler, bilgisayar ortamında değerlendirildi. Acil servise başvuran hastaların yakınlarının şiddete bakış açısı ve öfke ifade tarzı açısından yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, öğrenim durumu, alışkanlıklar, yakınlık derecesi ile karşılaştırılmasında uygun testlerin seçimi için normallik testi yapıldı. Yapılan Kolmogorov-Smirnov normal dağılım testinde dağılımın normal olmadığı saptandı ($p < 0,05$). Bu nedenle yapılan karşılaştırmalarda nonparametrik testler kullanıldı.

İki kategoriye bağlı değişkenlerde yapılan karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi, ikiden fazla kategoriye bağlı değişkenlerde yapılan karşılaştırmalarda Kruskal-Wallis testi kullanıldı. İlişki arayıcı tablolarda dağılımın normal olmaması nedeniyle Spearman Korelasyon Analizi testi kullanıldı. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

- Bu araştırmanın sonuçları, araştırma kapsamındaki kurumla, örnekleme, Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği (SÖ-ÖTÖ) ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır.
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hasta yakınlarının sayısının fazla olması ve acil biriminde tedavi süresi kısıtlaması verileri toplamada güçlükler neden olmuştur

4. BULGULAR

Acil serviste hizmet alan hastaların yakınlarının öfke ifade tarzları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddete bakış açılarının değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar doğrultusunda sunuldu.

1. Acil Serviste Hizmet Alan Hastaların Yakınlarının Tanımlayıcı ve Şiddete Bakış Açılarını Yansıtan Özelliklerine Yönelik Bulgular
2. Hasta Yakınlarının SÖ-ÖTÖ İfade Tarzlarına Yönelik Bulgular
3. Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı Özellikleri ve Şiddete Bakış Açılarını Yansıtan Özellikler ile SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Farklara Yönelik Bulgular

4.1. Acil Serviste Hizmet Alan Hastaların Yakınlarının Tanımlayıcı ve Şiddete Bakış Açılarını Yansıtan Özelliklerine Yönelik Bulgular

Acil serviste hizmet alan hastaların yakınlarının tanımlayıcı ve şiddete bakış açılarını yansıtan özelliklerine yönelik bulgular tablolar halinde aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1. Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Kişisel Özelliklerinin Dağılımı

Kişisel ve Mesleki özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Yaş (Yıl)*	18-35 Yaş Arası	591	54,7
	36-53 Yaş Arası	412	38,1
	54-70 Yaş Arası	77	7,1
	Ortalama \pm SS		35,19 \pm 1,07
	Toplam	1080	99,9
Cinsiyet	Kadın	555	51,3
	Erkek	527	48,7
	Toplam	1082	100
Medeni durum	Evli	630	58,2
	Bekâr	452	41,8
	Toplam	1082	100

Tablo 1. Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Kişisel Özelliklerinin Dağılımı (devam)

Kişisel ve Mesleki özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Meslek**	Serbest Meslek	341	31,7
	Esnaf	223	20,7
	Ev Hanımı	174	16,2
	Öğrenci	155	14,4
	Memur	114	10,6
	İşsiz	90	5,6
	Diğer	9	0,8
	Toplam	1076	100
Öğrenim Durumu***	Lise	465	43,1
	Lisans	249	23,1
	Ön lisans	247	22,9
	İlköğretim	100	9,3
	Y. Lisans ve üstü	17	1,6
	Toplam	1078	100
Alışkanlıklar	Sigara	548	50,6
	Bir alışkanlığı yok	450	41,6
	Alkol	84	7,8
	Toplam	1082	100,0

*2 kişi yanıt vermedi. **6 kişi yanıt vermedi. ***4 kişi yanıt vermedi.

Yaş gruplarına bakıldığında; katılımcıların %54,7'si 18 – 35 arası yaş grubunda olduğu, %38,1'i 36 – 53 arası yaş grubunda olduğu görüldü. Cinsiyete bakıldığında çalışmaya katılanların %48,7'si erkek ve %51,3'ü kadın olduğu ve medeni durumu incelendiğinde %58,2'si evli, %41,8'i bekâr olduğu tespit edildi (Tablo 1).

Katılımcıların %31,7'sinin serbest meslekte çalıştıkları, %43,1'inin lise mezunu olduğu, %50,6'sının sigara ve %7,8'inin alkol alışkanlığının bulunduğu belirlendi (Tablo 1).

Tablo 2. Acil Birimine Başvuran Hastalar/Hasta Yakınlarına Ait Özelliklerin Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hastanın Hastalık Bilgisi	Dahili-sindirim sistemi hastalıkları	241	22,3
	Solunum sistemi hastalıkları	222	20,5
	Kardiyak sistem hastalıkları	141	13,0
	Nörolojik hastalıklar	89	8,2
	Travma	73	6,7
	Kas-iskelet sistemi hastalıkları	19	1,8
	Üriner sistem hastalıkları	17	1,6
	Cevap yok	280	25,9
	Toplam	1082	100,0
Hasta ile Yakınlık Derecesi	Akraba ve Arkadaş	441	40,8
	Eşi	394	36,4
	Kardeşi	144	13,3
	Annesi	71	6,6
	Babası	32	3,0
	Toplam	1082	100,0
	Acile Hasta Olarak Başvuru	Evet	1058
Hayır		24	2,2
Toplam		1082	100,0

Hasta ve hasta yakınlarının özelliklerine ait dağılım Tablo 2’de sunuldu. Hastaların %22,3’ünün dahili-sindirim sistemi hastalıkları, %20,5’inin solunum sistemleri hastalıkları ile acil birime başvurduğu tespit edildi. Katılımcıların %40,8’i hastanın akraba ve arkadaşı, %36,4’ü hastanın eşi, %13,3’ü hastanın kardeşi olduğu, %97,8’inin daha önce acile hasta olarak başvuru yapmış olduğu belirlendi.

Tablo 3. Şiddete İlişkin Verilerin Dağılımı

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Şiddete Maruz Kalma	Evet	101	9,3
	Hayır	981	90,7
	Toplam	1082	100,0
Sağlık Çalışanı ile Tartışma*	Evet	511	47,4
	Hayır	567	52,6
	Toplam	1078	100,0
Tartışma Sebebi**	Tedavinin geç yapılması	77	22,3
	Sedye bulunmaması	89	25,8
	Geç muayene	58	16,8
	Yer bulunmaması	29	8,4
	Bekletilmek	20	5,8
	Bilgi verilmemesi	19	5,5
	Hasta hakkında bilgi alamamak	18	5,2
	Sıraya uyulmaması	9	2,6
	Bilgi alamamak	7	2,0
	Personele öfkelenme	6	1,7
	İş ile ilgili problemler	6	1,7
	Hasta ile ilgilenilmeme	5	1,4
	Yatakların yetersiz olması	1	0,3
	Beklemek	1	0,3
	Cevap yok	166	48,1
	Toplam	511	100,0
	Sağlık Kuruluşunda En Fazla Sinirlendiren Nedenler***	Hasta ile ilgili bilgilendirilmemek	695
Muhatap alınmamak		575	53,6
Tedavilerin uzun sürmesi		531	49,5
Hastanın hastalığının iyileşmemesi		404	37,7
Hastane ortamlarının çok kalabalık olması		355	33,1
Hasta için boş yatak bulunmaması		313	29,2
Sağlık personellerinin bağırıp çağırması		315	29,4
Hastanede yeterli konforun bulunmaması		268	25,0
Diğer		14	1,3
Toplam		3470	323,4

*2 kişi yanıt vermedi. **evet cevabı verenler üzerinden % hesaplanmıştır. ***çoklu yanıt olduğundan toplamlar %100'den fazladır.

Katılımcıların %9,3'ü günlük yaşamında şiddete maruz kalmışken %90,7'si günlük yaşamında şiddete maruz kalmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %47,4'ünün herhangi bir sağlık kuruluşunda sağlık çalışanı ile tartışma yaşadığı ve tartışma sebebi olarak en fazla sedye bulunmamasını (%25,8) gösterirken, bunu tedavinin geç yapılması (%22,3) ve geç muayenenin (%16,8) izlediği görüldü. Sağlık kuruluşunda en fazla sinirlendiren nedenler olarak birinci sırada katılımcıların %64,8'i hasta ile

ilgili bilgilendirilmemek, %53,6'sı muhatap alınmamak, %49,5'i tedavilerin uzun sürmesi olarak cevap vermiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Hasta Yakınlarının Şiddete Karşı Bakış Açıklarına Yönelik Dağılım

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Hak arama yöntemi	Resmi şikâyette bulunurum (bakanlık, savcılık, bimer vb.)	773	71,4
	İdare ederim/bir şey yapmam	85	7,9
	Mağdur edildiğimi düşünmüyorum	30	2,8
	Diğer	19	1,8
	Cevap yok	175	16,2
	Toplam	1082	100,0
Sağlık çalışanlarına karşı artan şiddetin nedenleri*	Uzun süre beklemek/bekletilmek	787	73,1
	Medyada şiddeti tahrik edici haberler, yayınlar, filmlerin yer alması	505	46,9
	Şiddeti yapanların haklarını aramaları	484	44,9
	Şiddeti yapanların mağdur edilmeleri	483	44,8
	Sağlık çalışanlarının görevlerini iyi yapmamaları	463	43,0
	Yeterli yatak kapasitesinin olmaması	447	41,5
	Sağlık çalışanlarının işlerinin çok yoğun olması	419	38,9
	Hasta ve yakınlarının çok sabırsız olmaları	373	34,6
	Şiddeti yapanların eğitimsizlikleri	353	32,8
	Siyasetçilerin sağlık çalışanları aleyhinde olan beyanları	312	29,0
	Sağlık çalışanlarının çok para kazanıyorlar algısının yaygın olması	268	24,9
	Hastaneden hastaneye yapılan sevkler ve transferler	245	22,7
	Toplam	5139	477,2
	Şiddet Uygulama Hakkı**	Kesinlikle katılmıyorum	840
Kısmen katılıyorum		212	19,7
Kesinlikle katılıyorum		25	2,3
Toplam		1077	100,0

*çoklu yanıt olduğundan toplamlar %100'den fazladır. **5 kişi yanıt vermedi.

Katılımcılara sağlık kuruluşunda mağdur edildiğini düşündüğünde hak arama yöntemi sorulduğunda %71,4'ü resmi şikâyette bulunurum, %7,9'u idare ederim/bir şey yapmam cevabını verdiği görüldü (Tablo 4).

Sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddetin nedenleri sorulduğunda; katılımcıların %73,1'i uzun süre beklemek/bekletilmek, %46,9'u medyada şiddeti tahrik edici haberler, yayınlar, filmlerin yer alması, %44,9'u şiddeti yapanların haklarını aramaları, %44,8'i şiddeti yapanların mağdur edilmeleri cevabını verdikleri, katılımcıların %2,3'ünün şiddet uygulamayı bir hak arama yöntemi olarak gördükleri, %19,7'sinin bu düşünceye kısmen katıldığı ve %78'inin kesinlikle katılmadığı belirlendi (Tablo 4).

Tablo 5. Hasta Yakınlarının Şiddet Davranışında Bulunma Durumlarının İncelenmesi

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Şiddet Davranışında Bulunma*	Evet	544	50,5
	Hayır	533	49,5
	Toplam	1077	100,0
Hangi Davranış	Ses yükselterek tartışma	192	17,7
	Cevap yok	167	15,7
	Tehdit ettim	60	5,5
	Sözel hakarete bulundum	59	5,5
	Fiziksel saldırıda bulunma	43	4,0
	Darp ettim	23	2,1
Davranışın Yöneltildiği Meslek Grubu**	Hemşire	347	32,1
	Cevap yok	201	18,6
	Hekim	145	13,4
	Sekreter	37	3,4
Ceza Bilgisi***	Var	205	19,1
	Yok	755	70,3
	Bilmeye ihtiyacım yok	114	10,6
	Toplam	1074	100,0
Şiddet Davranışını Onaylama Biçimi***	Kesinlikle onaylamıyorum	756	70,4
	Kısmen onaylıyorum	280	26,1
	Kesinlikle onaylıyorum	38	3,5
	Toplam	1074	100,0
Şiddete Tanık Olduğunda Verilen İlk Tepki****	Hiçbir çalışan bunu hak etmiyor	343	32,3
	Beni ilgilendirmiyor	257	24,2
	Çok yazık oldu	226	21,3
	Hak ediyorlar	91	8,6
	Bunlar bu dilden anlıyor	85	8,0
	Sevinirim	32	3,0
	Birazda sizin canınız yansın	27	2,5
	Toplam	1061	100,0

*5 kişi yanıt vermedi. **çoklu cevap verilmiştir. ***8 kişi yanıt vermedi. ****21 kişi yanıt vermedi.

Katılımcıların %50,5'inin daha önce sağlık çalışanına yönelik şiddet davranışında bulunduğu; şiddet davranışında bulunanların %17,7'sinin yüksek sesle tartıştığı, %32,1'inin bu davranışı hemşirelere yönelttiği tespit edilmiştir. Katılımcıların şiddet uygulandığında alacakları ceza hakkında %70'3'ünün bilgisinin olmadığı, %70'4'ünün şiddet davranışını kesinlikle onaylamadığı saptanmıştır. Hasta yakınları şiddete tanık olduğunda verilen ilk tepkileri incelendiğinde, %32,3'ünün hiçbir çalışan bunu hak etmediğini düşündüğü, %24,2'sinin kendilerini ilgilendirmediyi ifade ettiği bulunmuştur (Tablo 5).

Tablo 6. Katılımcıların Şiddetin Azalmasına Yönelik Önerileri ile Şiddeti Engelleyen Faktörlerin Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Şiddetin Azaltılmasına Yönelik Öneriler*	Cezalar artmalı	88	28,5
	Personel artmalı	67	22,4
	Güvenlik artmalı	55	18,7
	Kamu spotu ve Reklam artmalı	29	9,1
	Polisin olması	20	5,9
	Eğitim verilmeli	16	5,2
	Yasalar düzenlenmeli	15	5,2
	Personel empati yapmalı	11	5,0
	Toplam	301	100,0
Şiddeti Engelleyen Faktörler**	Güvenlik görevlisinin hazır olması	888	82,7
	Görevli polisin hazır olması	795	74,0
	Çok sayıda hastane çalışanının hazır olması	326	30,4
	Güvenlik kameralarının bulunması	259	24,1
	Hiçbir şey engellemez	139	12,9
	Maddi yaptırım	5	0,5
	Eğitim	5	0,5
	Toplam	2407	225,2

*301 kişi yanıt vermiştir. ** çoklu yanıt olduğundan toplamlar %100'den fazladır.

Katılımcıların şiddetin azaltılmasına yönelik önerileri incelendiğinde; öneri sunanların %28,5'i cezalar artmalı, %22,4'ü personel artmalı, %18,7'si güvenlik artmalı ifadesinde bulunmuştur. Katılımcıların şiddeti engelleyen faktörlere yönelik verdiği yanıtlar incelendiğinde %82,7'si güvenlik görevlisinin hazır olmasını, %74'ü görevli polisin hazır olmasını, %30,4'ü çok sayıda hastane çalışanının hazır olmasını, %24,1'i güvenlik kameralarının bulunmasını belirtmiştir (Tablo 6).

4.2. Hasta Yakınlarının SÖ-ÖTÖ İfade Tarzları ve Tanımlayıcı Özelliklere Göre SÖ-ÖTÖ İfade Tarzlarının Farklılıklarına Yönelik Bulgular

Bu başlık altında hasta yakınlarının öfke ifade tarzları ve tanımlayıcı özellikler açısından farklılıklar sunulmuştur.

Tablo 7. Katılımcıların SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Dağılımlar

	Ortalama	SS	Min.	Max.
Sürekli öfke	28,17	5,65	14,00	38,00
Öfke içte	19,92	2,61	12,00	36,00
Öfke dışta	20,46	2,51	9,00	26,00
Öfke kontrol	20,20	2,45	15,00	32,00

Sürekli öfke puan ortalaması 28,17±5,65, öfke içte puan ortalaması 19,92±2,61, öfke dışta puan ortalaması 20,46±2,51, öfke kontrol puan ortalaması 20,20±2,45'dir (Tablo 7).

Tablo 8. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SÖ-ÖTÖ Alt Grup Puan Ortalamaları

Kişisel ve Mesleki özellikler	Sürekli öfke	Öfke içte	Öfke dışta	Öfke kontrol	
Yaş	18-35	28 (14 - 37) ^a	20 (12 - 26) ^a	21 (9 - 26)	20 (15 - 31) ^a
	36-53	32 (19 - 38) ^b	19 (14 - 27) ^b	21 (12 - 24)	20 (17 - 32) ^b
	54-70	23 (18 - 33) ^c	21 (16 - 36) ^c	20 (18 - 24)	20 (18 - 26) ^b
	Test istatistiği	$\chi^2 = 108,834$	$\chi^2 = 33,786$	$\chi^2 = 3,776$	$\chi^2 = 14,939$
	p	<0,001	<0,001	0,151	0,001
Cinsiyet	Erkek	28 (14 - 37)	20 (12 - 36)	21 (9 - 26)	20 (15 - 31)
	Kadın	29 (14 - 38)	20 (12 - 27)	21 (9 - 24)	20 (15 - 32)
	Test istatistiği	Z=152199,00	Z=122514,00	Z=138280,00	Z=158881,50
	p	0,051	<0,001	0,619	<0,001
Medeni Durum	Evli	30 (15 - 37)	20 (13 - 36)	21 (12 - 26)	20 (16 - 26)
	Bekar	27 (14 - 38)	20 (12 - 27)	21 (9 - 24)	20 (15 - 32)
	Test istatistiği	Z = 112191,50	Z = 146530,00	Z = 150048,00	Z = 169783,50
	p	<0,001	0,068	0,011	<0,001
Meslek	Memur	23 (14 - 38) ^b	20 (12 - 25) ^{bc}	18 (9 - 26) ^c	19 (17 - 32) ^{ab}
	Esnaf	31 (18 - 36) ^{ca}	20 (14 - 36) ^{bc}	21 (17 - 24) ^b	19,5 (16 - 23) ^a
	Öğrenci	25 (15 - 37) ^b	20 (16 - 25) ^{ac}	21 (14 - 24) ^b	20 (15 - 31) ^{ab}
	Ev Hanımı	29 (22 - 37) ^a	20 (15 - 26) ^b	21 (15 - 24) ^b	20 (17 - 23) ^{ab}
	Serbest Meslek	31 (16 - 36) ^a	20 (13 - 25) ^{bc}	21 (13 - 24) ^b	20 (15 - 26) ^b
	Diğer	26 (25 - 26) ^{ab}	21 (18 - 21) ^{ab}	24 (22 - 24) ^a	19 (19 - 20) ^{ab}
	İşsiz	29 (22 - 35) ^a	22 (18 - 27) ^a	21 (18 - 24) ^{ab}	19 (19 - 25) ^{ab}
	Test istatistiği	$\chi^2 = 104,438$	$\chi^2 = 38,745$	$\chi^2 = 56,322$	$\chi^2 = 16,533$
p	<0,001	<0,001	<0,001	0,011	
Öğrenim Durumu	İlköğretim	27 (20 - 37) ^{abc}	20 (15 - 27) ^{cd}	21 (19 - 24) ^{bc}	20,5 (17 - 25) ^{ab}
	Lise	30 (14 - 36) ^c	19 (13 - 26) ^c	21 (12 - 24) ^{bc}	20 (15 - 31) ^a
	Önlisans	28 (16 - 36) ^{ab}	21 (14 - 36) ^b	21 (13 - 24) ^c	20 (18 - 31) ^b
	Lisans	26 (15 - 36) ^b	20 (18 - 25) ^{bd}	21 (12 - 26) ^b	20 (15 - 26) ^{ab}
	Y. Lisans ve üstü	37 (18 - 38) ^{ac}	14 (12 - 17) ^a	16 (9 - 20) ^a	18 (17 - 32) ^{ab}
	Test istatistiği	$\chi^2 = 32,466$	$\chi^2 = 88,937$	$\chi^2 = 37,833$	$\chi^2 = 18,910$
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	
Alışkanlıklar	Sigara	29 (16 - 37) ^a	20 (12 - 27)	21 (9 - 26) ^a	20 (15 - 25) ^a
	Alkol	32,5 (20 - 35) ^b	20 (14 - 23)	20 (17 - 23) ^{ab}	20 (15 - 23) ^{ab}
	Bir Alışkanlık Yok	27 (14 - 38) ^c	20 (14 - 36)	21 (12 - 24) ^b	20 (16 - 32) ^b
	Test istatistiği	$\chi^2 = 21,584$	$\chi^2 = 0,212$	$\chi^2 = 15,406$	$\chi^2 = 23,338$
	p	<0,001	0,900	<0,001	<0,001

χ^2 : Kruskal-Wallis test istatistiği, Z: Mann-Whitney U test istatistiği, a-c; aynı harfe sahip gruplar arasında farklılık yoktur.

Katılımcıların yaş gruplarına göre sürekli öfke ($\chi^2 = 108,834$, $p < 0,001$), öfke içte ($\chi^2 = 33,786$, $p < 0,001$) ve öfke kontrol ($\chi^2 = 14,939$, $p < 0,001$) puan ortalamalarının farklılık gösterdiği, öfke dışta alt boyutunda anlamlı farklılığın olmadığı ($p > 0,05$) saptandı. Sürekli öfke ve öfke içte alt boyutunda tüm yaş grupları arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı. Öfke kontrol alt boyutunda ise 18-35 yaş grubunun sıra ortalamasının diğer yaş gruplarından düşük olması nedeniyle anlamlılık belirlendi (Tablo 8).

Cinsiyete göre öfke içte ($Z = 122514,00$, $p < 0,001$) ve öfke kontrol ($Z = 158881,50$, $p < 0,001$) puan dağılımlarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi. Bu farklılığın öfke içte alt boyutunda erkeklerin sıra ortalamasının yüksek olmasından (567,30), öfke kontrol alt boyutunda ise kadınların sıra ortalamasının yüksek olmasından (564,31) kaynaklandığı belirlendi. Sürekli öfke ve öfke dışta alt boyutlarında gruplar arası anlamlılık saptanmadı ($p > 0,05$) (Tablo 8).

Medeni duruma göre sürekli öfke ($Z = 112191,50$, $p < 0,001$), öfke dışta ($Z = 150048,00$, $p = 0,011$), öfke kontrol ($Z = 169783,50$, $p < 0,001$) puanlarının ortanca değeri istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdi. Bu farklılığın evli olanların sürekli öfke puanının ortanca değerinin bekarların ortanca değerinden yüksek olmasından (30), öfke dışta alt boyutunun bekar olanların sıra ortalamasının yüksek olmasından (559,18), öfke kontrol alt boyutunda ise bekarların sıra ortalamasının yüksek olmasından (603,14) kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 8).

Meslek gruplarına göre sürekli öfke ($\chi^2 = 104,438$, $p < 0,001$), öfke içte ($\chi^2 = 38,745$, $p < 0,001$), öfke dışta ($\chi^2 = 56,322$, $p < 0,001$), öfke kontrol ($\chi^2 = 16,533$, $p = 0,011$) puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Bu farklılığın sürekli öfke alt boyutunda esnaf grubunun ortanca değerinin (31) öğrenci ve memur grubunun ortanca değerinden büyük olmasından kaynaklandığı belirlendi. Öfke içte alt boyutunda işsizlerin ve ev hanımlarının sıra ortalamaları farkından kaynaklandığı tespit edildi. Öfke kontrol alt boyutunda esnaf ve serbest meslek çalışanları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 8).

Öğrenim durumuna göre sürekli öfke ($\chi^2 = 32,466$, $p < 0,001$), öfke içte ($\chi^2 = 88,937$, $p < 0,001$), öfke dışta ($\chi^2 = 37,833$, $p < 0,001$) ve öfke kontrol ($\chi^2 = 18,910$, $p < 0,001$) puan ortalamaları istatistiksel açıdan farklılık gösterdiği saptandı. Sürekli öfke alt boyutunda lise (30) ve lisans(26) sıra ortalamaları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlendi. Öfke içte alt boyutunda lise (19), ön lisans (21) ile yüksek lisans ve üstü (16) ortanca değerinin diğer öğrenim durumları arasında farklılıktan, öfke kontrol alt boyutunda ise lise ve ön lisans öğrenim durumlarının diğer öğrenim durumları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 8).

Alışkanlıklara göre sürekli öfke ($\chi^2 = 21,584$, $p < 0,001$), öfke dışta ($\chi^2 = 15,406$, $p < 0,001$), öfke kontrol ($\chi^2 = 23,338$, $p < 0,001$) puan ortalamaları istatistiksel açıdan farklılık gösterdiği saptandı. Bu farklılığın sürekli öfke alt boyutunda alkol ortanca değerinin (32,5) sigara kullanımının ortanca değerinden yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi. Öfke dışta alt boyutunda sigara alışkanlığına ait sıra ortalamasının (566,76) diğer alışkanlık türlerinin sıra ortalamasından yüksek olmasından, öfke kontrol alt boyutunda alışkanlığı olmayanların sıra ortalamasının (583,18) diğer alışkanlık türlerinin sıra ortalamalarından yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 8).

Tablo 9. Hasta Yakınlık Derecesine Göre SÖ-ÖTÖ Tarzı Puan Ortalamaları

		Sürekli öfke	Öfke içte	Öfke dışta	Öfke kontrol	
Hasta ile yakınlık derecesi	Eşi	Ortanca (Min. - Maks.)	30 (18 - 37) ^c	20 (14 - 36)	21 (17 - 26) ^c	20 (16 - 23) ^a
		Sıra ort.	546,5	527,6	521,7	480,9
	Kardeşi	Ortanca (Min. - Maks.)	31 (20 - 36) ^b	19 (14 - 24)	21 (12 - 23) ^c	20 (15 - 31) ^{ab}
		Sıra ort.	639,1	483,0	491,7	517,9
	Annesi	Ortanca (Min. - Maks.)	27 (19 - 37) ^{abc}	20 (17 - 26)	22 (16 - 24) ^b	21 (18 - 23) ^{ab}
		Sıra ort.	544,8	529,1	648,4	589,3
	Babası	Ortanca (Min. - Maks.)	29 (19 - 34) ^{abc}	20 (19 - 22)	21 (18 - 22) ^{abc}	20 (19 - 21) ^{ab}
		Sıra ort.	598,3	566,7	515,5	461,8
	Akraba/Arkadaş	Ortanca (Min. - Maks.)	28 (14 - 38) ^a	20 (12 - 27)	21 (9 - 24) ^{ac}	20 (15 - 32) ^b
		Sıra ort.	482,9	548,8	535,4	575,8
		χ^2	30,912	5,594	13,590	24,526
		p	<0,001	0,232	0,009	<0,001

χ^2 : Kruskal-Wallis test istatistiği, a-c; aynı harfe sahip gruplar arasında farklılık yoktur.

Hasta ile yakınlık derecesine göre SÖ-ÖTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldı ve Tablo 8’de sunuldu. Sürekli öfke ($\chi^2 = 30,912$, $p < 0,001$), öfke dışta ($\chi^2 = 13,590$, $p = 0,009$) ve öfke kontrol ($\chi^2 = 24,526$, $p < 0,001$) puanlarının dağılımları hasta ile yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık gösterdi. Anlamlılıkların sürekli öfke alt boyutunda yakınlık derecesi eşi (30), kardeşi (31) ve akraba/arkadaş (28) olanların ortanca değerlerinin diğer yakınlık derecelerinin ortanca değerlerinden farklı olmasından kaynaklandığı belirlendi. Öfke dışta alt boyutunda yakınlık derecesi annesi olanların ortanca değerinin (22) diğer yakınlık derecelerinin ortanca değerlerinden yüksek olmasından kaynaklandığı tespit edildi. Öfke kontrol alt boyutunda yakınlık derecesi annesi (21) ile akraba/arkadaş (20) olanların ortanca değerinin diğer yakınlık derecelerinin ortanca değerlerinden farklı olmasından kaynaklandığı belirlendi. Sadece öfke içte puan ortalamalarında yakınlık derecesine göre gruplar arası anlamlılık saptanmadı ($p = 0,232$, $\chi^2 = 5,594$) (Tablo 9).

Tablo 10. Hastanın Hastalığına Göre Hasta Yakınının SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları

		Sürekli öfke	Öfke içte	Öfke dışta	Öfke kontrol	
Hastanın hastalığı	Dahili-sindirim sistemi hastalıkları	Ortanca (Min. - Maks.) 27 (19 - 36) ^b	20 (16 - 25) ^b	21 (12 - 24) ^a	20 (15 - 26) ^d	
		Sıra ort. 386,2	354,3	372,5	420,4	
	Kas-iskelet sistemi hastalıkları	Ortanca (Min. - Maks.) 27 (19 - 30) ^{ab}	21 (18 - 23) ^a	21 (20 - 23) ^{ab}	20 (18 - 23) ^{bcd}	
		Sıra ort. 308,1	524,4	411,3	392,7	
	Travma	Ortanca (Min. - Maks.) 32 (19 - 37) ^a	21 (15 - 25) ^a	21 (18 - 23) ^{ab}	20 (18 - 23) ^{bcd}	
		Sıra ort. 483,8	448,2	386,8	350,5	
	Nörolojik hastalıklar	Ortanca (Min. - Maks.) 26 (16 - 36) ^{ab}	20 (13 - 25) ^{ab}	21 (13 - 24) ^{ab}	19 (16 - 22) ^c	
		Sıra ort. 391,4	419,1	374,5	263,5	
	Solunum sistemi hastalıkları	Ortanca (Min. - Maks.) 28 (14 - 37) ^{ab}	20 (12 - 26) ^a	22 (9 - 24) ^b	21 (15 - 24) ^b	
		Sıra ort. 398,5	424,5	456,1	485,4	
	Üriner sistem hastalıkları	Ortanca (Min. - Maks.) 28 (15 - 34) ^{ab}	19 (16 - 24) ^{ab}	21 (14 - 23) ^{ab}	21 (15 - 31) ^{abd}	
		Sıra ort. 403,5	340,5	346,2	483,5	
	Kardiyak sistem hastalıkları	Ortanca (Min. - Maks.) 29 (15 - 34) ^{ab}	20 (14 - 25) ^{ab}	21 (12 - 24) ^a	19 (15 - 31) ^{ac}	
		Sıra ort. 402,8	379,3	373,5	324,0	
		χ^2	13,668	23,843	21,226	87,384
		p	0,034	0,001	0,002	<0,001

χ^2 : Kruskal-Wallis test istatistiği, a-d; aynı harfe sahip gruplar arasında farklılık yoktur.

Katılımcıların sürekli öfke ($\chi^2 = 13,668$, $p=0,034$), öfke içte ($\chi^2 = 23,843$, $p=0,001$), öfke dışta ($\chi^2 = 21,226$, $p=0,002$) ve öfke kontrol ($\chi^2 = 87,384$, $p<0,001$) puanlarının dağılımları hastanın hastalığına göre anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 10). Anlamlılıklar sürekli öfke alt boyutunda dahili- sindirim sistemi hastalıkları (27) travma (32) ile başvuranların ortanca değerinin diğer hastalıklarla başvuranların ortanca değerlerinden farklı olmasından, öfke içte alt grubunda dahili- sindirim sistemi hastalıkları ile başvuranların sıra ortalamasının (20) kas- iskelet sistemi hastalıkları ve solunum sistemi hastalıklarının sıra ortalamasından düşük olmasından kaynaklandığı belirlendi. Öfke dışta alt grubunda solunum sistemi hastalıkları ile başvuranların ortanca değerinin (22) diğer başvuru türleri arasındaki farklılıktan, öfke kontrol alt grubunda dahili- sindirim sistemi hastalıkları (20), nörolojik hastalıklar (19) ile solunum sistemi hastalıkları (21) ortalamaları arasındaki farklılıklardan kaynaklandığı tespit edildi (Tablo 10).

4.3. Hasta Yakınlarının Şiddete Bakış Açılarını Yansıtan Özelliklere Göre SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Farklara Yönelik Bulgular

Bu başlık altında hasta yakınlarının tanımlayıcı özellikleri ve şiddete bakış açılarını yansıtan özelliklere göre SÖ-ÖTÖ puan ortalamaları arasındaki farklara yönelik bulgular tablolar şeklinde sunulmuştur.

Tablo 11. Şiddet Davranışına Maruz Kalma/ Şiddet Davranışında Bulunma Durumuna Göre SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları

			Sürekli öfke	Öfke içte	Öfke dışta	Öfke kontrol
Şiddet Davranışına Maruz Kalma	Evet	Ortanca (Min. - Maks.)	32 (16 - 35)	20 (14 - 23)	19 (12 - 21)	20 (18 - 26)
	Hayır	Ortanca (Min. - Maks.)	28 (14 - 38)	20 (12 - 36)	21 (9 - 26)	20 (15 - 32)
		Z	31452,0	41285,0	72118,0	41365,5
		p	<0,001	0,100	<0,001	0,105
Şiddet Davranışında Bulunma	Evet	Ortanca (Min. - Maks.)	32 (20 - 37)	20 (14 - 36)	21 (16 - 24)	20 (15 - 26)
		Sıra ort.	691,1	508,7	511,1	470,6
	Hayır	Ortanca (Min. - Maks.)	25 (14 - 38)	20 (12 - 27)	21 (9 - 26)	20 (15 - 32)
		Sıra ort.	371,9	555,5	552,9	595,5
		Z	57341,50	153317,50	151971,50	174047,50
	p	<0,001	0,012	0,025	<0,001	

Z: Mann-Whitney U test istatistiği

Katılımcıların sürekli öfke ($Z=31452,0$, $p<0,001$) ve öfke dışta ($Z=72118,0$, $p<0,001$) puanlarının ortanca değerleri şiddet davranışına maruz kalmaya göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Şiddet davranışına maruz kalanlarda sürekli öfke puan ortalaması (32), maruz kalmayanlara (28) göre yüksekti. Öfke dışta puan ortalamasında ise şiddet davranışına maruz kalanların puan ortalaması (19), maruz kalmayanlara (21) göre düşük olduğu belirlendi. Öfke içte ve öfke kontrol puanlarında gruplar arası anlamlılık saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 11).

Şiddet davranışında bulunma durumuna göre SÖ-ÖTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldı ve Tablo 11’de sunuldu. Sürekli öfke ($Z=57341,50$, $p<0,001$), öfke içte ($Z=153317,50$, $p=0,012$), öfke dışta ($Z=151971,50$, $p=0,025$), öfke kontrol ($Z=174047,50$, $p<0,001$) puanları şiddet davranışında bulunma durumuna göre farklılık göstermektedir. Bu farklılığın sürekli öfke alt boyutunda şiddet davranışında bulunanların ortanca değerinin (32), öfke içte (555,48), öfke dışta (552,88) ve öfke kontrol (595,50) alt boyutunda şiddet davranışında bulunmayanların sıra ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi.

Tablo12. Sağlık Kuruluşunda En Fazla Sinirlenilen Sebep ile SÖ-ÖTÖ Arasında Karşılaştırma

Sağlık kurumunda sinirlenme nedeni	Öfke ifade tarzı					
	Ortanca (Min. - Maks.)		Sürekli öfke	Öfke içte	Öfke dışta	Öfke kontrol
Muhatap alınmamak	Evet		29 (14 - 37)	20 (13 - 27)	20 (12 - 26)	20 (15 - 31)
		Hayır	28 (15 - 38)	20 (12 - 36)	21 (9 - 24)	20 (16 - 32)
	Z	130533,50	135533,50	154843,50	139676,00	
	P	0,024	0,350	0,003	0,952	
Hasta ile ilgili bilgilendirilmemek	Evet		29 (15 - 37)	20 (14 - 36)	21 (12 - 26)	20 (15 - 31)
		Hayır	27 (14 - 38)	20 (12 - 27)	21 (9 - 24)	20 (15 - 32)
	Z	108506,00	116342,50	151437,00	122600,00	
	p	<0,001	0,020	<0,001	0,319	
Tedavilerin uzun sürmesi	Evet		31 (19 - 37)	20 (14 - 36)	20 (12 - 26)	20 (15 - 31)
		Hayır	28 (14 - 38)	20 (12 - 27)	21 (9 - 24)	20 (15 - 32)
	Z	116034,00	127435,00	171474,00	127523,00	
	P	<0,001	0,006	<0,001	0,006	
Hastane ortamlarının çok kalabalık olması	Evet		29 (15 - 38)	19 (12 - 36)	20 (9 - 24)	20 (15 - 32)
		Hayır	29 (14 - 37)	20 (14 - 27)	21 (16 - 26)	20 (15 - 26)
	Z	127274,50	146438,00	143064,00	106810,00	
	P	0,701	<0,001	<0,001	<0,001	

Tablo 12. Sağlık Kuruluşunda En Fazla Sinirlenilen Sebep ile SÖ-ÖTÖ Arasında Karşılaştırma (devam)

Sağlık kurumunda sinirlenme nedeni	Ortanca (Min. - Maks.)	Öfke ifade tarzı	Öfke ifade tarzı			
			Sürekli öfke	Öfke içte	Öfke dışta	Öfke kontrol
Hasta için boş yatak bulunmaması	Ortanca (Min. - Maks.)	Evet	30 (15 - 37)	20 (14 - 36)	21 (12 - 24)	20 (18 - 31)
		Hayır	28 (14 - 38)	20 (12 - 27)	21 (9 - 26)	20 (15 - 32)
		Z	104890,00	116651,50	100752,00	96378,00
		p	0,004	0,900	<0,001	<0,001
Hastanın hastalığının iyileşmemesi	Ortanca (Min. - Maks.)	Evet	28 (15 - 37)	20 (14 - 36)	21 (12 - 23)	20 (16 - 31)
		Hayır	29 (14 - 38)	20 (12 - 27)	21 (9 - 26)	20 (15 - 32)
		Z	148335,50	107717,00	158312,50	108444,50
		p	0,004	<0,001	<0,001	<0,001
Sağlık personellerinin bağırup çağırması	Ortanca (Min. - Maks.)	Evet	29 (14 - 37)	20 (14 - 25)	21 (12 - 26)	20 (17 - 31)
		Hayır	29 (16 - 38)	20 (12 - 36)	21 (9 - 24)	20 (15 - 32)
		Z	115513,50	104629,50	100427,00	107510,50
		p	0,501	0,004	<0,001	0,024
Hastanede yeterli konforun bulunmaması	Ortanca (Min. - Maks.)	Evet	30 (16 - 37)	20 (14 - 25)	20 (12 - 26)	19,5 (17 - 31)
		Hayır	28 (14 - 38)	20 (12 - 36)	21 (9 - 24)	20 (15 - 32)
		Z	85168,50	98094,50	139617,50	99377,50
		p	<0,001	0,053	<0,001	0,101

Z: Mann-Whitney U test istatistiği

Hasta yakınlarını sağlık kurumlarında sinirlendiren durumlar SÖ-ÖTÖ ölçeğine göre değerlendirildiğinde; muhatap alınmamak ($Z=130533,50$, $p=0,024$), hasta ile ilgili bilgilendirilmemek ($Z=108506,00$, $p<0,001$), tedavilerin uzun sürmesi ($Z=116034,00$, $p<0,001$), hasta için boş yatak bulunmaması ($Z=104890,00$, $p=0,004$), hastanın hastalığının iyileşmemesi ($Z=148335,50$, $p=0,004$), hastanede yeterli konforun bulunmaması ($Z=85168,50$, $p<0,001$) durumlarını yaşayanların sürekli öfke puan ortalamalarının farklılık gösterdiği belirlendi (Tablo 12).

Öfke içte puan ortalamalarına göre; hasta ile ilgili bilgilendirilmemek ($Z=116342,50$, $p=0,020$), tedavilerin uzun sürmesi ($Z=127435,00$, $p=0,006$), hastane ortamlarının çok kalabalık olması ($Z=146438,00$, $p<0,001$), hastanın hastalığının iyileşmemesi ($Z=107717,00$, $p<0,001$), sağlık personellerinin bize bağırup çağırması ($Z=104629,50$, $p=0,004$), puan ortancaları arasında farklılık olduğu belirlendi (Tablo 12).

Öfke dışta puan ortalamalarına göre; muhatap alınmamak ($Z=154843,50$, $p=0,003$), hasta ile ilgili bilgilendirilmemek ($Z= 151437,00$, $p<0,001$), tedavilerin uzun sürmesi ($Z=127435,00$, $p=0,006$), hastane ortamlarının çok kalabalık olması ($Z=143064,00$, $P<0,001$), hasta için boş yatak bulunmaması ($Z=100752,00$, $p<0,001$), hastanın hastalığının iyileşmemesi ($Z=158312,50$, $p<0,001$), sağlık personellerinin bağırıp çağırması ($Z=100427,00$, $p<0,001$), hastanede yeterli konforun bulunmaması ($Z=139617,50$, $p<0,001$) puan ortancaları arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi (Tablo 12).

Öfke kontrol puan ortalamalarına göre; tedavilerin uzun sürmesi ($Z=127523,00$, $p=0,006$), hastane ortamlarının çok kalabalık olması ($Z=106810,00$, $p<0,001$), hasta için boş yatak bulunmaması ($Z=96378,00$, $p<0,001$), hastanın hastalığının iyileşmemesi ($Z=108444,50$, $p<0,001$), sağlık personellerinin bağırıp çağırması ($Z=107510,50$, $p=0,024$) puan ortancalarının daha yüksek olduğu tespit edildi (Tablo 12)

Tablo 13. Şiddet Teşebbüsüne Katılma Düşüncesine Göre SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları

Şiddet teşebbüsüne katılma düşüncesi	Öfke ifade tarzı				
	Süreklili öfke	Öfke içte	Öfke dışta	Öfke kontrol	
Kesinlikle katılmıyorum	Ortanca (Min. - Maks.)	27 (14 - 38) ^a	20 (12 - 36)	21 (9 - 26) ^a	20 (15 - 32) ^a
	Sıra ort.	447,5	538,8	565,4	560,9
Kısmen katılıyorum	Ortanca (Min. - Maks.)	33 (22 - 37) ^b	19 (14 - 27)	20 (15 - 24) ^b	19 (15 - 25) ^b
	Sıra ort.	784,2	513,8	474,7	434,1
Kesinlikle katılıyorum	Ortanca (Min. - Maks.)	23 (16 - 36) ^a	21 (13 - 21)	19 (13 - 24) ^c	21 (16 - 26) ^a
	Sıra ort.	412,4	518,5	286,8	673,3
	χ^2	250,241	1,460	43,807	44,342
	p	<0,001	0,482	<0,001	<0,001

χ^2 : Kruskal-Wallis test istatistiği, a-c; aynı harfe sahip gruplar arasında farklılık yoktur.

Katılımcıların şiddet teşebbüsüne katılma düşüncesine göre SÖ-ÖTÖ puan ortalamaları değerlendirildi. Sürekli öfke ($\chi^2 =250,241$, $p<0,001$), öfke dışta ($\chi^2 =43,807$, $p<0,001$) ve öfke kontrol ($\chi^2 =44,342$, $p<0,001$) puanları şiddet

teşebbüsüne katılma düşüncesine göre farklılık gösterdiği tespit edildi. Bu farklılığın sürekli öfke alt boyutunda kısmen katılanların ortanca değerinin (33), öfke dışta alt boyutunda tüm gruplar arasındaki farklılıktan ve öfke kontrol alt boyutunda kısmen katılanların ortanca değerinin (19) diğer gruplar arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 13).

Tablo 14. Mağduriyet Durumunda Hak Arama Yöntemlerine Göre SÖ-ÖTÖ Puan Ortalamaları

Hak arama yöntemi	Öfke ifade tarzı				
		Sürekli öfke	Öfke içte	Öfke dışta	Öfke kontrol
Mağdur edildiğimi düşünmüyorum	Ortanca (Min. - Maks.)	33 (25 - 35) ^c	19 (18 - 20)	18 (17 - 22) ^c	20 (18 - 22) ^{ab}
	Sıra ort.	746,5	383,5	278,4	536,6
İdare ederim / bir şey yapmam	Ortanca (Min. - Maks.)	31 (18 - 37) ^{bc}	20 (15 - 25)	21 (15 - 24) ^b	21 (18 - 23) ^b
	Sıra ort.	587,3	521,2	590,9	626,3
Resmi şikâyette bulunurum (bakanlık, savcılık, bimer, cimer)	Ortanca (Min. - Maks.)	29 (14 - 38) ^b	20 (13 - 36)	21 (12 - 26) ^{ab}	20 (15 - 32) ^a
	Sıra ort.	527,0	532,4	514,1	511,6
Cevap yok	Ortanca (Min. - Maks.)	29 (18 - 35) ^b	20 (12 - 27)	21 (9 - 24) ^a	20 (17 - 25) ^{ab}
	Sıra ort.	521,3	532,0	615,7	541,8
Diğer	Ortanca (Min. - Maks.)	19 (15 - 28) ^a	20 (16 - 25)	18 (14 - 24) ^{abc}	22 (17 - 31) ^{ab}
	Sıra ort.	151,6	547,2	437,7	587,8
	χ^2	47,408	7,219	41,153	12,475
	p	<0,001	0,125	<0,001	0,014

χ^2 : Kruskal-Wallis test istatistiği, a-c; aynı harfe sahip gruplar arasında farklılık yoktur.

Sağlık kurumunda mağdur edildiğini düşündüğünde hak arama yöntemine göre SÖ-ÖTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldı ve Tablo 14'te sunuldu. Sürekli öfke ($\chi^2 = 47,408$, $p < 0,001$), öfke dışta ($\chi^2 = 41,153$, $p < 0,001$) ve öfke kontrol ($\chi^2 = 12,475$, $p = 0,014$) puanları hak arama yöntemlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu farklılığın sürekli öfke alt boyutunda mağdur edildiğini düşünmeyenlerin (33) ve diğer (19) yanıtını verenlerin ortanca değerlerinin farklılığından, öfke dışta alt boyutunda mağdur edildiğimi düşünmüyorum (18), idare ederim/bir şey yapmam (21) ve cevap vermeyenlerin (21) ortalamaları arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi. Öfke kontrol alt boyutunda ise idare ederim/bir

şey yapmam (21) ile resmi şikâyette bulunurum (20) diyenlerin ortanca değerleri arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlendi. Öfke içte alt boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 15. Cezalar Hakkında Bilgi Sahibi Olup Olmama İle Öfke İfade Tarzı Arasında Karşılaştırma

Ceza bilgisi	Öfke ifade tarzı				
	Sürekli öfke	Öfke içte	Öfke dışta	Öfke kontrol	
Var	Ortanca (Min. - Maks.)	27 (15 - 38) ^a	20 (13 - 25) ^a	21 (12 - 26)	20 (16 - 32)
	Sıra ort.	469,7	464,3	500,1	544,7
Yok	Ortanca (Min. - Maks.)	29 (18 - 37) ^b	20 (12 - 36) ^b	21 (9 - 24)	20 (15 - 25)
	Sıra ort.	532,7	554,6	541,6	519,2
Bilmeye ihtiyacım yok	Ortanca (Min. - Maks.)	33 (14 - 36) ^c	19 (15 - 25) ^{ab}	20 (17 - 24)	20 (17 - 26)
	Sıra ort.	659,9	492,3	517,6	590,6
	χ^2	27,787	15,754	3,143	5,964
	p	<0,001	<0,001	0,208	0,051

χ^2 : Kruskal-Wallis test istatistiği, a-c; aynı harfe sahip gruplar arasında farklılık yoktur.

Şiddet uygulandığında alınacak cezalar hakkında bilgi sahibi olup olmamaya göre SÖ-ÖTÖ puan ortalamaları karşılaştırıldı ve Tablo 15'te sunuldu. Sürekli öfke ($\chi^2 = 27,787$, $p < 0,001$) ve öfke içte ($\chi^2 = 15,754$, $p < 0,001$) puanları ceza bilgisine göre farklılık göstermektedir. Bu farklılığın sürekli öfke alt boyutunda tüm gruplar arasındaki farklılıktan, öfke içte alt boyutunda ceza hakkında bilgisi olanlar (20) ile bilgisi olmayanların (20) sıra ortalamaları farklılığından kaynaklandığı belirlendi. Öfke dışta ve öfke kontrol alt boyutunda gruplar arası anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Acil servise başvuran hasta yakınlarının öfke ifade tarzı ve sağlık çalışanına yönelik şiddete bakış açısının incelenmesi amacı ile gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri ve araştırma sonuçları doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1. Acil Servise Başvuran Hasta Yakınlarının Tanımlayıcı ve Şiddete Bakış Açılarını Yansıtan Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Hastanelerin yüksek riskli çalışma ortamları olduğu, sağlık sektöründe şiddet oranlarının giderek arttığı literatürde belirtilmektedir (Kasapoğlu vd 2015, Demiroğlu vd 2015, ALBashtawy ve Aljezawi 2016). Sağlıkta şiddetin nedenleri arasında hasta ve hasta yakınlarının eğitim düzeyinin düşük olması, hastane kurallarına uymamaları, mental ve davranış bozukluğunun olması, hastalara çok sayıda muayene ve test yapılması, hasta yakınlarının stresli olması, hastanenin kalabalık ve gürültülü olması, hasta ve hasta yakınlarının kişisel sorunlarının olması, alkol ve madde kullanımı, hasta yakınlarının stresinin yüksek olması, medyanın bireyleri olumsuz etkilemesi, bireylerin kültür farklılıkları nedeniyle iletişim sorunu yaşaması, fiziki çevrenin iyi hizmet vermeye uygun olmaması, tecrübesiz ve eğitimsiz personelin birimlerde çalışması yer almaktadır (Keser ve Bilgin 2011, Kasapoğlu vd. 2015). Acil servisler ise şiddetin en çok gerçekleştiği üniteler olup, Aktaş ve Aydemir (2018)'in yaptıkları çalışmada, sağlık çalışanlarının %37,4'ünün şiddete uğradığı; Türkmenoğlu ve Sümer (2017)'in çalışmasına göre ise son bir yıl içerisinde herhangi bir şiddete maruz kalma oranı acil servis çalışanlarında %70,67 olduğu ortaya çıkmıştır. Çalışmada katılımcıların %47,4'ünün sağlık çalışanlarıyla tartışma yaşadığı, tartışma sebepleri incelendiğinde ise %25,8'inin sedye bulunmaması, %22,3'ünün tedavinin geç yapılması, %16,8'inin geç muayene yapılması gibi faktörlerin tartışma yarattığı belirlendi. Bununla birlikte hasta ile ilgili bilgilendirilmemek (% 64,8), muhatap alınmamak (% 53,6) tedavilerinin uzun

sürmesi (% 49,5) birimde hasta yakınlarını en çok sinirlendiren durumlar olarak belirlendi(Tablo 3). Katılımcılara sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddetin nedenleri sorulduğunda; %73,1'i uzun süre beklemek/bekletilmek, %46,9'u medyada şiddeti tahrik edici haberler, yayınlar, filmlerin yer alması, %44,9'u şiddeti yapanların haklarını aramaları olarak ifade etmiştir(Tablo 4). Benzer olarak İlhan ve ark. (2013) yaptığı çalışmada katılımcıların 726'sı (%62.7) muayene sırasında fazla beklemenin, Akça ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında ise kendileriyle ilgilenilmediği düşüncesi, hastalarının daha acil olduğu düşüncesi, bekleme alanlarının düzensiz olması, kendilerine adil davranılmadığının düşünülmesi gibi nedenlerin sağlık çalışanına yönelik şiddeti ortaya çıkardığı ve şiddete uğrama nedeni olduğu belirtilmiştir. Sarcan (2013) yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedeni incelendiğinde, katılımcıların % 15,9'u sağlık çalışanlarının görevlerini iyi yapmamaları nedeniyle, %15'i ise uzun süre beklemek/bekletilmek nedeniyle şiddet uyguladığını belirtmiştir. Kayhan ve ark (2018) sağlık personeline yönelik şiddet nedenlerini araştırdıkları bir çalışmada acil servislerde şiddetin yüksek olma nedenini, hastaların bekletilmesinin hastanın hayatına mal olacağı inanişından dolayı hasta ve hasta yakınlarının çok daha fazla gerilmelerine, bununla birlikte tetkik ve konsültasyonlar nedeni ile tedavinin geciktiriliyor gibi algılanmasına bağlı olabileceğini belirtmişlerdir. Hastanelerde bekleme süresinin uzun olması, sağlık personelin yetersizliği nedeniyle takip ve tedavi sürecinin uzaması hastaların sabırsız davranmasına ve dolayısıyla tartışmalara girerek sonucu şiddete varan sürecin başlatmasında önemli faktörler olduğu düşünülmektedir. Literatür doğrultusunda hastanelerde, özellikle acil servislerde hasta/ hasta yakınlarının bekleme süresini kısaltacak yöntemlerin uygulanması, hasta yakınlarına hastalık ve hastalık süreci hakkında bilgi verilmesinin sağlıkta şiddeti önemli oranda azaltabileceği söylenebilir.

Sağlık kuruluşunda mağdur edildiğini düşündüğünde katılımcıların %71,4'ünün resmi şikâyet yollarını kullanırım, %7,9'unun idare ederim/bir şey yapmam cevabını verdiği görüldü. Bununla birlikte katılımcıların %2,3'ünün şiddet uygulamanın bir hak arama yöntemi olduğuna katıldığı, %19,7'sinin kısmen katıldığı ve %78'inin kesinlikle katılmadığı saptandı (Tablo 4). Sarcan (2013) yaptığı çalışmada sağlık çalışanı ile tartışma yaşayanların sadece %4,4'ü herhangi bir kuruma (Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi, idare, savcılık,) şikâyette buldukları; çalışmamıza

benzer şekilde şiddetin kesinlikle bir hak arama yöntemi olmadığını %79,7, şiddetin bir hak arama yöntemi olduğunu belirtenlerin oranı ise %20,3 bulunmuştur. İlhan ve ark.'nın (2013) ve Memiş 'in (2013) yaptıkları çalışmalarda sağlık çalışanının şiddeti hak ettiğini belirtenlerin oranı %20 civarında; Akbaş ve ark.'nın (2016) 112 çalışanları ile yaptığı çalışmada ise %59,2 olarak saptanmıştır. Hak arama yöntemi olarak resmi şikâyetlerde önemli derecede artış görülse de mevcut çalışmayla birlikte bu sonuçlar değerlendirildiğinde, şiddetin bireyler tarafından normal bir davranış olarak algılandığı ve şiddetin hak arama yöntemi olarak düşünülmesi dikkat çekicidir.

Katılımcıların %50,5'inin daha önce sağlık çalışanına yönelik şiddet davranışında bulunduğu; şiddet davranışında bulunanların %17,7'sinin yüksek sesle tartıştığı, %32,1'inin bu davranışı hemşirelere yönelttiği tespit edildi (Tablo5). Aydemir ve ark.'nın (2019) yaptığı çalışmada hasta ve yakınları tarafından sağlık çalışanlarının % 52'sinin sözel, %26,4'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Çalışma bulgusuna benzer olarak literatürde birçok çalışmada şiddete daha çok hemşirelerin maruz kaldığı görülmektedir (Vural vd 2013, Gillespie vd 2017, Partridge ve Affleck 2017, Hamdan ve Abu Hamra 2015). Hemşirelerin şiddete daha çok maruz kalma nedeni hasta ile daha çok vakit geçirmeleri, sadece tıbbi tanı ile değil bakım verme yükümlülüğünü de taşıyor olmaları olabilir.

Çalışmada katılımcıların şiddet uygulandığında alacakları ceza hakkında %70'3'ünün bilgisinin olmadığı, %70'4'ünün şiddet davranışını kesinlikle onaylamadığı saptandı (Tablo5). Sarcan (2013) yaptığı çalışmada hasta/hasta yakınlarının sağlık çalışanlarına şiddet uygulamaları durumunda alacakları cezalar hakkında %54'ünün herhangi bir bilgi sahibi olmadıkları görülmüştür. Benzer şekilde İlhan ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada katılımcıların yaklaşık yüzde 70'inin sağlık çalışanına şiddet uygulayanlara herhangi bir ceza uygulanmadığını düşündüğü belirlenmiştir. Bu sonuçlar dikkate alındığında bireylerin ülkedeki yasal mevzuat ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığı, medyada sağlık çalışanına şiddet ile ilgili çok sayıda haberin çıkması ve bu haberlerde herhangi bir yaptırımın belirtilmemesi bireylerin şiddet davranışına eğiliminin artma nedeni olduğunu düşündürmektedir.

Hasta yakınlarının şiddete tanık olduğunda verdikleri ilk tepkiler incelendiğinde, %32,3'ünün hiçbir çalışanın bunu hak etmediğini düşündüğü, %24,2'sinin kendilerini ilgilendirmediğini ifade ettiği bulundu (Tablo5). Sarcan'ın (2013) çalışmasında da kimse bunu hak etmiyor (%43,5) ve beni ilgilendirmiyor (%18,3) yanıtları belirlenmiştir. Şiddetin azaltılmasına yönelik öneriler incelendiğinde öneri sunanların %28,5'i cezalar artmalı, %22,4'ü personel artmalı ifadesinde bulunmuştur. Şiddeti engelleyen faktörler incelendiğinde katılımcılar %82,7'si güvenlik görevlisinin hazır olmasını belirtmişlerdir. Sarcan'ın (2013) çalışmasında %35,6 oranında görevli polisin hazır bulunması önerisinde buldukları belirlenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde bireylerin çalışanların şiddete uğramasını hak etmedikleri düşüncesinde azalma ve yaşanan şiddet durumunda kendilerini ilgilendirmediği düşüncesinin yüksek olması hasta yakınlarının yaşanan şiddet durumundan rahatsızlık duymadıkları, bu konuda duyarsızlaşma yaşadıkları ve kendisine zarar geleceği düşüncesiyle açıklanabilir.

5.2. SÖ-ÖTÖ Ait Bulguların Tartışılması

Sürekli öfke puan ortalaması $28,17 \pm 5,65$, öfke içte puan ortalaması $19,92 \pm 2,61$, öfke dışta puan ortalaması $20,46 \pm 2,51$, öfke kontrol puan ortalaması $20,20 \pm 2,45$ olarak bulundu (Tablo 7). Çalışmada sürekli öfke puanının yüksek olması çalışmaya katılan hasta yakınlarının öfke düzeylerinin yüksek olduğunu göstermektedir. Dışa yönelik öfke alt boyutu puanının yüksek olmasının hasta yakınlarının öfkesini bastırılmış olduğunu, içe yönelik öfke puanının yüksek olmasının hasta yakınlarının öfkelerini kolayca ifade ettiğini ve öfke kontrol alt boyutu puanının yüksek olmasının hasta yakınlarının öfkelerini kontrol edebildiğini ifade etmektedir. Yaşar'ın (2019) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olanların sürekli öfke puan ortalaması $18,85 \pm 5,12$, öfke içte puan ortalaması $15,68 \pm 4,12$, öfke dışta puan ortalaması $14,14 \pm 3,94$, öfke kontrol puan ortalaması $23,37 \pm 5,29$ olarak belirlenmiştir. Kabataş Yıldız ve Ekinci (2017) kanserli hastaya bakım verenlerle ilgili yaptığı çalışmada bakım vericilerin, sürekli öfke puan ortalamasının $20,16 \pm 6,81$, öfke içte puan ortalamasının $16,48 \pm 4,82$, öfke dışta puan ortalamasının $14,14 \pm 5,07$ ve öfke kontrol puan ortalamasının $22,76 \pm 5,99$ olduğu belirlenmiştir. Keskin ve Babacan Gümüş'ün (2012) kronik kalp yetmezliği olan hastalarda ve Sepetçi'nin (2019) yetişkinlerde bilişsel duygu ve kişilerarası ilişki problemlerinde yaptıkları çalışmalarda

çalışmamıza benzer şekilde SÖ-ÖTÖ ölçeği alt gruplarının puan ortalamaları yüksek bulunmuştur. Bu çalışmalar dikkate alındığında hastalığı algılama biçimi, hastalığı kabullenme şekli, bakım veren ya da refakat eden kişinin öfke yönetimi, tedavi gördüğü kurumun yapısına göre öfke ifadelerinde değişimler olabileceği düşünülmektedir.

Yaş gruplarında sürekli öfke, öfke içte alt boyutunda tüm yaş gruplarında ve öfke kontrol alt boyutunda 18-35 yaş grubunda olanların puan ortalamaları diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksekti (Tablo 8). Erkeklerde öfke içte puanları, kadınlarda ise öfke kontrol puanları diğer gruba göre daha yüksek bulundu. Yaşar (2019) kronik hastalığı olan hastalarla yaptığı çalışmada yaşa göre bakıldığında 50-64 yaş grubunda olanların öfke kontrol puan ortalamasının yüksek olmasından anlamlılık bulunduğu; sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışta alt boyutunda anlamlılık bulunmadığı belirlendi. Kadın hastaların öfke içte puanlarının erkek hastaların öfke içte puanlarından istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunduğunu saptamıştır. Bu farkın örneklem grubunun hasta yakınlarından oluşmamasından kaynaklandığı söylenebilir. Bu iki çalışma bulgusu birlikte değerlendirildiğinde hasta yakınları ve hastaların demografik özelliklerine göre farklı tepkiler verdikleri söylenebilir. Değişik örneklemelerde yapılan çalışmalarda cinsiyet ve yaş açısından öfke ifade tarzlarının farklılaştığı görülmektedir(Gürçam 2017,Özyiğit 2010).

Katılımcıların sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta ve öfke kontrol puanlarının dağılımları hastanın hastalığına göre anlamlılık gösterdiği belirlendi. Anlamlılığın sürekli öfke alt boyutunda dahili-sindirim sistemi hastalıkları ve travma ortanca değerlerinden, öfke içte alt boyutunda dahili-sindirim sistemi hastalıkları ortanca değerinden, öfke dışta alt boyutunda solunum sistemi hastalıklarının ortanca değerinden, öfke kontrol alt grubunda ise dahili- sindirim sistemi hastalıkları, nörolojik hastalıklar ile solunum sistemi hastalıkları ortalamalarından kaynaklandığı belirlendi (Tablo 10). Hastalık türüne göre öfke ifade tarzlarında değişim gözlenebilir.

Hasta yakınları ile yapılan bir çalışma bulunmamış olup; Yaşar'ın (2019) yaptığı çalışmada kronik hastalığı olan hastaların öfke kontrol puanlarının, kronik hastalığı olmayan hastaların öfke kontrol puanlarından anlamlı yüksek olduğu, hastalığı

hipertansiyon ve diğler tanılı olan hastaların öfke kontrol puanlarında anlamlılık olduğu saptanmıştır. Bu farklılıkların çalışma yapılan alanın aile hekimliği biriminde yapılmış olmasından yeni gelişen bir hastalık olmaması ve hastalığı kabullenip tedavi sürecinin günlük yaşama uygun şekilde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. Hasta Yakınlarının şiddete Bakış Açılarını Yansıtan zellikler ile S-T Puan Ortalamaları Arasındaki Farklara Yönelik Bulguların Tartışılması

Çalışmada şiddet davranışına maruz kalmaya göre sürekli öfke ve öfke dışta puanlarının ortanca değerlerinde anlamlılık bulunduğu; anlamlılığın sürekli öfke alt boyutunda şiddete maruz kalanların ortanca değerinin kalmayanlara göre yüksek olmasından, öfke dışta alt boyutunda ise şiddete maruz kalmayanların ortanca değerinin kalanların ortanca değerinden yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi. şiddet davranışında bulunma durumuna göre ise sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta, öfke kontrol puanlarının anlamlılık bulunduğu belirlendi. Bu anlamlılıkların ise sürekli öfke alt boyutunda şiddet davranışında bulunanların sıra ortalamasının bulunmayanlardan yüksek olmasından; öfke içte öfke dışta ve öfke kontrol alt boyutunda ise şiddet davranışında bulunmayanların sıra ortalamasının şiddet davranışında bulunanların sıra ortalamalarından yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı. (Tablo 11). Karagün ve Çağlayan (2014) yaptığı çalışmada şiddet görenlerin sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta ve öfke kontrol puanlarının görmeyenlere göre yüksek olduğu belirlendi. Katılımcıların şiddet görme durumlarına göre sürekli öfke, içte yöneltilmiş öfke ve dışa yöneltilmiş öfke puan farklarının ise anlamlı olduğu sadece öfke kontrol açısından anlamlılık olmadığı saptandı. şiddet görenlerin öfke puanlarında görmeyenlere göre anlamlılık bulunduğu belirlendi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil servise başvuran hasta yakınlarının öfke ifade tarzı ve sağlık çalışanına yönelik şiddete bakış açısının incelenmesi amacı yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre sonuçlar ve öneriler aşağıda sunulmuştur.

6.1. Sonuçlar

- Katılımcıların %47,4'ünün herhangi bir sağlık kuruluşunda sağlık çalışanı ile tartışma yaşadığı ve tartışma sebebi olarak en fazla sedye bulunmamasını (%25,8) gösterirken, bunu tedavinin geç yapılması (%22,3) ve geç muayenenin (%16,8) izlediği görüldü.
- Sağlık kuruluşunda en fazla sinirlendiren nedenler olarak birinci sırada katılımcıların %64,8'i hasta ile ilgili bilgilendirilmemek, %53,6'sı muhatap alınmamak, %49,5'i tedavilerin uzun sürmesi olarak cevap verdiği belirlendi.
- Katılımcılara sağlık kuruluşunda mağdur edildiğini düşündüğünde hak arama yöntemi sorulduğunda %71,4'ü resmi şikâyet yolları, %7,9'u idare ederim/bir şey yapmam cevabını verdiği belirlendi.
- Katılımcıların %73,1'i uzun süre beklemek/bekletilmek, %46,9'u medyada şiddeti tahrik edici haberler, yayınlar, filmlerin yer alması, %44,9'u şiddeti yapanların haklarını aramaları, %44,8'i şiddeti yapanların mağdur edilmelerini şiddetin nedeni olarak gösterdikleri, %2,3'ünün şiddet uygulamanın bir hak arama yöntemi olduğuna katıldığı, %19,7'sinin kısmen katıldığı ve %78'inin kesinlikle katılmadığı belirlendi.
- Katılımcıların %50,5'inin daha önce sağlık çalışanına yönelik şiddet davranışında bulunduğu; şiddet davranışında bulunanların %17,7'sinin yüksek sesle tartıştığı, %32,1'inin bu davranışı hemşirelere yönelttiği tespit edildi.

- Katılımcıların şiddet uygulandığında alacakları ceza hakkında %70'3'ünün bilgisinin olmadığı, %70'4'ünün şiddet davranışını kesinlikle onaylamadığı saptandı.
- Hasta yakınlarının şiddete tanık olduğunda verdikleri ilk tepkiler arasında %32,3 oranında hiçbir çalışanın bunu hak etmediğini düşünmesi, %24,2 oranında kendilerini ilgilendirmediğinin yer aldığı belirlendi.
- Katılımcıların şiddetin azaltılmasına yönelik önerileri incelendiğinde; %28,5'i cezalar artmalı, %22,4'ü personel artmalı, %18,7'si güvenlik artmalı ifadesinde bulunmuştur. Katılımcıların şiddeti engelleyen faktörlere yönelik verdiği yanıtlar incelendiğinde %82,7'si güvenlik görevlisinin hazır olmasını, %74'ü görevli polisin hazır olmasını, %30,4'ü çok sayıda hastane çalışanın hazır olmasını, %24,1'i güvenlik kameralarının bulunmasını belirttikleri saptandı.
- Katılımcıların sürekli öfke puan ortalaması $28,17 \pm 5,65$, öfke içte puan ortalaması $19,92 \pm 2,61$, öfke dışta puan ortalaması $20,46 \pm 2,51$, öfke kontrol puan ortalaması $20,20 \pm 2,45$ olarak bulundu.
- Katılımcıların sürekli öfke ($\chi^2 = 30,912$, $p < 0,001$), öfke dışta ($\chi^2 = 13,590$, $p = 0,009$) ve öfke kontrol ($\chi^2 = 24,526$, $p < 0,001$) puanlarının dağılımları hasta ile yakınlık derecesine göre anlamlı farklılık gösterdi. Sadece öfke içte puan ortalamalarında yakınlık derecesine göre gruplar arası anlamlılık saptanmadı ($p = 0,232$, $\chi^2 = 5,594$).
- Katılımcıların sürekli öfke ($Z = 31452,0$, $p < 0,001$) ve öfke dışta ($Z = 72118,0$, $p < 0,001$) puanlarının ortanca değerleri şiddet davranışına maruz kalmaya göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. Öfke içte ve öfke kontrol puanlarında gruplar arası anlamlılık saptanmadı ($p > 0,05$).
- Katılımcıların sürekli öfke ($Z = 57341,50$, $p < 0,001$), öfke içte ($Z = 153317,50$, $p = 0,012$), öfke dışta ($Z = 151971,50$, $p = 0,025$), öfke kontrol ($Z = 174047,50$, $p < 0,001$) puanları şiddet davranışında bulunma durumuna göre farklılık gösterdi.

- Muhatap alınmamak ($Z=130533,50$, $p=0,024$), hasta ile ilgili bilgilendirilmemek ($Z= 108506,00$, $p<0,001$), tedavilerin uzun sürmesi ($Z=116034,00$, $p<0,001$), hasta için boş yatak bulunmaması ($Z=104890,00$, $p=0,004$), hastanın hastalığının iyileşmemesi ($Z=148335,50$, $p=0,004$), hastanede yeterli konforun bulunmaması ($Z=85168,50$, $p<0,001$) durumlarını yaşayanların sürekli öfke puan ortalamalarının farklılık gösterdiği belirlendi.
- Öfke içte puan ortalamalarına göre; hasta ile ilgili bilgilendirilmemek ($Z= 116342,50$, $p=0,020$), tedavilerin uzun sürmesi ($Z=127435,00$, $p=0,006$), hastane ortamlarının çok kalabalık olması ($Z=146438,00$, $p<0,001$), hastanın hastalığının iyileşmemesi ($Z=107717,00$, $p<0,001$), sağlık personellerinin bize bağırıp çağırması ($Z=104629,50$, $p=0,004$), puan ortancaları arasında farklılık olduğu belirlendi.
- Öfke dışta puan ortalamalarına göre; muhatap alınmama ($Z=154843,50$, $p=0,003$), hasta ile ilgili bilgilendirilmemek ($Z= 151437,00$, $p<0,001$), tedavilerin uzun sürmesi ($Z=127435,00$, $p=0,006$), hastane ortamlarının çok kalabalık olması ($Z=143064,00$, $p<0,001$), hasta için boş yatak bulunmaması ($Z=100752,00$, $p<0,001$), hastanın hastalığının iyileşmemesi ($Z=158312,50$, $p<0,001$), sağlık personellerinin bağırıp çağırması ($Z=100427,00$, $p<0,001$), hastanede yeterli konforun bulunmaması ($Z=139617,50$, $p<0,001$) puan ortancaları arasında anlamlı fark olduğu tespit edildi.
- Öfke kontrol puan ortalamalarına göre; tedavilerin uzun sürmesi ($Z=127523,00$, $p=0,006$), hastane ortamlarının çok kalabalık olması ($Z=106810,00$, $p<0,001$), hasta için boş yatak bulunmaması ($Z=96378,00$, $p<0,001$), hastanın hastalığının iyileşmemesi ($Z=108444,50$, $p<0,001$), sağlık personellerinin bağırıp çağırması ($Z=107510,50$, $p=0,024$) puan ortancalarının daha yüksek olduğu tespit edildi.
- Katılımcıların sürekli öfke ($\chi^2 =250,241$, $p<0,001$), öfke dışta ($\chi^2 =43,807$, $p<0,001$) ve öfke kontrol ($\chi^2 =44,342$, $p<0,001$) puanları şiddet teşebbüsüne katılma düşüncesine göre farklılık gösterdiği tespit edildi.

- Katılımcıların sürekli öfke ($\chi^2 = 47,408$, $p < 0,001$), öfke dışta ($\chi^2 = 41,153$, $p < 0,001$) ve öfke kontrol ($\chi^2 = 12,475$, $p = 0,014$) puanları hak arama yöntemlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdi.
- Katılımcıların sürekli öfke ($\chi^2 = 47,408$, $p < 0,001$), öfke dışta ($\chi^2 = 41,153$, $p < 0,001$) ve öfke kontrol ($\chi^2 = 12,475$, $p = 0,014$) puanları hak arama yöntemlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık gösterdi.
- Katılımcıların sürekli öfke ($\chi^2 = 27,787$, $p < 0,001$) ve öfke içte ($\chi^2 = 15,754$, $p < 0,001$) puanları ceza bilgisine göre farklılık gösterdi.

6.2. Öneriler

- Hasta yakınlarına özellikle risk gruplarına yönelik öfke ifadesi ve öfke yönetimi stresle baş etme eğitimlerinin düzenli ve sürekli şekilde yapılması,
- Hasta yakınlarına hastaları ile ilgili düzenli aralıklarla bilgilendirme yapılması,
- Acile gereksiz başvuruların engellenerek, hasta/ hasta yakınının bekleme sürelerinin kısaltılması,
- Sağlık çalışanlarının şiddete uğrama olasılığı yüksek olan acil birimlerde fiziki şartlarının düzenlenmesi, güvenlik önlemlerinin artırılması, hastanelerde güvenlik görevlisi sayısının ve güvenlik kameralarının artırılması, kameraların sesli hale getirilmesi, sağlık çalışanına yönelik şiddete sıfır toleranslı alan uygulaması yapılması,
- Sağlık çalışanına yönelik şiddeti özendirici gösterimlerin yasaklanması, gösterimi bulunanlara, şiddet uygulayan bireylere bu konuda bilgilendirme yapılması, caydırıcı cezalar verilmesi,
- Sağlık çalışanlarının yoğun çalışmalarından dolayı; çalışma ve nöbet şartları ile mesai saatlerine yönelik düzenlenmelerin yapılması,
- Bu çalışmanın eğitim araştırma, özel hastane ve üniversite hastanelerine başvuran daha geniş bir örneklemede hasta ve hasta yakınları ile tekrar yapılması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Ahmad M, Al-Rimawi R, Masadeh A, Atoum M. (2015). Workplace violence by patients and their families against nurses; literature review, *International Journal of Nursing and Health Science*, vol.2 no.4, pp. 46-55.
- Akbaş M, Boz A, Dursun A, Çetin S, Kılıçaslan A. (2016). 112 çalışanlarının şiddete maruz kalma durumları ve şiddete yönelik tutum ve davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3).
- Akça N, Yılmaz A, Işık O, (2014). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1): 1-12.
- Aksu Y, (2015). Şiddet İçeren Suçlardan Kayıtları Olan Bireylerin Bağlanma Stilleri, Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu)
- Aktaş E, Aydemir İ. (2018). Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının beyaz kod uygulamasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;3(1):32-47.
- ALBashtawy M, Aljezawi M.(2016). Emergency nurses perspective of workplace violence in jordanian hospitals: a national survey. *Int Emerg Nurs* 2016;24:61-5.
- Alshehri F. A. (2016). Workplace Violence Against Nurses Working In Emergency Departments In Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. Australia.
- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet; risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi, *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 2 (2), s. 161-173.
- Aydemir İ, Üçlü R, Aydoğan A. (2019) Acil servis personeline göre şiddetin nedenleri. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 83.1: 19-20.
- Aydın M. (2008). Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve şiddet Algısı. TTB Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı, Isparta.
- Baltaş A. ve Baltaş Z. (2005). Stres ve Basa Çıkma Yolları. Remzi Kitapevi, İstanbul.
- Bayrı F. (2007) Hemşirelerin Öfke İfade Biçimleri ve Genel Sağlık Durumları ile İlişkinin İncelenmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Meral Kelleci).
- Bayrı F. ve ark. (2009). Hemşirelerin sürekli öfke ve öfke ifade tarzları ile genel sağlık durumları arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2009;1(2):65-70.
- Beyazaslan T. (2012) Öfke Kontrol Eğitiminin Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Öfke ve Duygu Kontrol Durumlarına Etkisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri

- Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Derya Tanrıverdi).
- Boz Eravcı D. (2014) Şiddet; Sağlık Çalışanları Üzerindeki Etkisi, Risk Faktörleri “Bir Kamu Hastanesi Örneği” Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Eğitim Ve Araştırma Merkezi, Uzmanlık Tezi, Ankara, (Danışman: Elif Çelik).
- Cartılı K (2016). Öfke ile Başa Çıkma Eğitiminin Tek Ebeveynli Öğrencilerin Öfke ve Olumlu Duygularına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Mevlâna Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Anabilim Dalı, Konya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Bedel).
- Cooper, C. L. Swanson, N. (2002). Workplace Violence İn The Health Sector. ILO.
- Coşkun Us N, Erdem R, (2016). Şiddet ve Sağlık. 10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi (1-3 Aralık 2016), Ankara.
- Curbow B. (2002). Origins of Violence at Work. In: Cooper CL and Swanson N. (Eds). Workplace Violence in the Health Sector – State of the Art.
- Çamcı, O. (2010), “Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi”, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Kutlu).
- Çiçek Durak T, Yolcu S, Akay S, Demir Y, Kılıçaslan R, Değerli V, Parlak İ. (2014), Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Sağlık Çalışanlarına Hasta Ve Hasta Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg* 2014;24:130-137.
- Demiroğlu T, Kılınç E, Atay E. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Kilis ili örneği. *Sağlık Bil Derg* 2015;24:49–55.
- Duran S, Karadaşı A, Kadder E. (2016). Hemşirelik öğrencilerinin tolerans düzeyleri ile öfke kontrolleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sdü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi / Cilt 7 Sayı 3*.
- Elkin N, Karadağlı F. (2015). Üniversite öğrencilerinin öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Anadolu Kliniği Ocak* 2016; Cilt 21, Sayı 1.
- Farrel GA, Shafiei T, ve Chan SP. (2014), Patient and visitor assault on nurses and midwives: an exploratory study of employer ‘protective’ factors’. *International Journal of Mental Health Nursing*, vol.23, no.1, pp. 88-96.
- Gillespie GL, Pekar B, Byczkowski TL, Fisher BS. (2017). Worker, workplace, and community/environmental risk factors for workplace violence in emergency departments. *Arch Environ Occup Health* 2017;72:79– 86.
- Gürçam Ç, (2017). Yetişkinlerde Bağlanma Stilleri İle Öfke Denetimi Ve Yaşam Doyumu Arasındaki İlişki, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışmanı: Prof. Dr. Ahmet Ertan Tezcan).

- Hamdan M, Abu Hamra A. (2015). Workplace violence towards workers in the emergency departments of palestinian hospitals: a crosssectional study. *Hum Resour Health* 2015;13:2-9.
- Han A. et al (2015). Anger Expression Types and Interpersonal Problems in Nurses. *Asian Nursing Research* 9 (2015) ;146-151.
- Hoşgör E.T. (2013). Evli Çiftlerin Öfke İfade Tarzları ile Evlilik Uyumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Ferda Aysan).
- ILO, WHO, ICN, PSI. (2002). Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: ILO.
- İlhan H. K, (2014). Hemşirelerin Çalışma Ortamında Öfke Düzeyi Ve Öfke İfade Tarzı. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Özlem Işıl).
- İlhan M. N, Çakır M, Tunca M. Z, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, Bumin M. A. (2013). Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: nedenler, tutumlar, davranışlar. *Gazi Medical Journal*, 24(1).
- Kabataş Yıldız M, Ekinci M, (2017). Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2017;14 (3): 176-184.
- Kahriman İ, (2014). Hemşirelerin sözel ve fiziksel şiddete maruz kalma durumlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014;5(2):77-83.
- Karaca M, Tatlıhoğlu K, (2013). Öfke olgusu hakkında sosyal psikolojik bir değerlendirme, *The Journal of Academic Social Science Studies*, Volume 6 Issue 6, p. 1101-1123.
- Karagün E, Çağlayan Ç, (2014). Sporcuların şiddete maruz kalma durumları ile öfke düzeylerinin değerlendirilmesi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, KOSBED, 2014, 28:113-127.
- Kasapoğlu, Saliha, Aysan, Mine ve Erdil, Ömer Faruk (2015). "Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Hastane Fiziki Koşullarına Bağlı Olarak İncelenmesi". Sağlık Çalışanlarının Sağlığı, 5. Ulusal Kongresi. 24-25 Ekim 2015. Ankara.
- Kayhan Tetik B, Gözükara Bağ H, Gültekin A, Savaş S, Sharifi Z, Akha Sahil S. (2018) sağlık personeline yönelik şiddet nedenlerinin ve şiddet uygulamayı düşünen bireylerin sosyodemografik özelliklerinin değerlendirmesi. *Jour Turk Fam Phy* 2018;09(1):2-8.
- Keser Özcan N, Bilgin H. (2011) Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2011;31(6):1442-56
- Keskin E, Babacan Gümüş A. (2012). Kronik kalp yetmezliği olan hastalarda anksiyete, öfke ve başa çıkma tutumlarının incelenmesi. *New/Yeni Symposium Journal* Eylül 2012 | Cilt 50 | Sayı 3.
- Kitaneh, M, Hamdan M. (2012). Workplace violence against physicians and nurses in palestinian public hospitals: a cross-sectional study, *BMC Health Services Research*, vol.12, no.1, pp.1-9.

- Köroğlu E. (2017). İletişim Becerileri Ve Öfke Denetimi. HYB Basım Yayın, Ankara, s. 117-139.
- Llor-Esteban B, Sánchez-Munoz M, Ruiz-Hernández JA, JiménezBarbero JA. (2017). User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *Eur J Psychol Appl Legal Context* 2017;9:33–40.
- McClosky J, Bulechek G. (2000). Nursing Interventions Classification (NIC),3th edi.,Mosby Company.
- Memiş M. (2013). Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, Sağlık-Sen Ar-Ge Birimi Aralık 2013 Sağlık-Sen Yayınları – 20
<http://www.saglikсен.org.tr/cdn/uploads/gallery/pdf/fbda8576fd0d6d6de70f52f76b914672.pdf>
- Nehir S, Çam O. (2010). Miyokard infarktüsü geçiren hastalarda psikososyal sağlık ve hastalık uyumu. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 26 (3) : 73-84.
- Özcan, NK, Bilgin H. (2011). Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: sistematik derleme, *Türkiye Klinikleri*, 1442-1456.
- Öztürk E. (2012). İlköğretim Kurumlarında Çalışan Öğretmenlerin Öfke Nedenleri ve Öfke Kontrol Yönetimleri: Elâzığ İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Elâzığ, (Danışman: Doç. Dr. Mukadder Boydak Özan).
- Öztürk H, Babacan E. (2014). Hastanede çalışan sağlık personeline hasta/yakınları tarafından uygulanan şiddet: nedenleri ve ilgili faktörler. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, Sayı / Number: 2 Cilt / Volume: 1.
- Özyiğit N. (2010). Meme Kanseri Hastalarında Eşlerindeki Öfke İfade Tarzlarının Anksiyete ve Depresyonla İlişkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Mine Ekinci).
- Partlak Günüşen. (2016). Öfke, saldırganlık ve psikiyatri hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*;2(2).
- Partridge B, Affleck J. (2017). Verbal abuse and physical assault in the emergency department: rates of violence, perceptions of safety, and attitudes towards security. *Australas Emerg Nurs J* 2017;20:139– 45.
- Pınar T, Pınar G. (2013). Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2013: 12(3).
- Sarcan E. (2013). Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Gaziantep, (Danışman: Doç. Dr. Behçet Al).
- Savaşır I, Şahin NH. (1997). Bilişsel Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Sepetçi M. (2019). Yetişkinlerde Bilişsel Duygu Düzenleme, Kişilerarası İlişki Problemleri, Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişkiler. T.C. Maltepe Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı yüksek Lisans Tezi İstanbul, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan).

Soykan Ç, “Öfke ve Öfke Yönetimi”, *Kriz Dergisi* 11(2) 19-27.

Tatlıhoğlu K, Karaca M. (2013). Öfke olgusu hakkında sosyal psikolojik bir değerlendirme. *The Journal of Academic Social Science Studies*;6, p. 1101-23.

TBMM. (2013), “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi” TBMM Meclis Araştırma Komisyonu Raporu, Ankara.

Thomas SP. (2004). *Transforming Nurses Stress And Anger, Steps Toward Healing*, Second Edition, New York, Springer Publishing Company.

Türker S. (2010). Öğretmenlerin Çatışma Yönetim Stratejileri İle Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya, (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Erkan Yaman).

Türkmenoğlu B, Sümer HE. (2017). Sivas il merkezi sağlık çalışanlarında şiddete maruziyet sıklığı. *Ankara Med J* 2017;(4):216-25.

Uludağ A, Zengin N. (2013). Sağlıkta şiddete hasta şikâyetlerinde yer alan olumsuz ifadeler açısından bir bakış: konya örneği. *Anadolu üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* Cilt/Vol.: 16 - Sayı/No: 3 (71-86).

Ünsal Atan S, Dönmez S. (2011). Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. *Adli Tıp Dergisi Cilt / Vol.25, Sayı / No:1*.

Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Dura A, Vural B. (2013). Bir devlet hastanesinde acil servis çalışanlarına yönelik şiddet: şiddetin rapor edilme sıklığı. *Türk Aile Hek Derg* 2013;17:147–52.

Wells J, Bowers L. (2014). How Prevalent is Violence Towards Nurses Working in General WHO “Violence Against Health Workers”, https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/ Son Erişim: 20.10.19

Wu S, Zhu W, Li H, Lin S, Chai W, Wang X. (2012). Workplace violence and influencing factors among medical professionals in china. *American Journal of Industrial Medicine*, vol.55, no. 11, pp. 1000-1008.

Yaşar S. (2019). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların sürekli öfke ve öfke ifade tarzlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Berna Erdoğan Mergen).

Zampeiron A, Galeazzo M, Turra S ve Buja A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study two italian health institutions, *Journal of Clinical Nursing*, vol.19, no. 15-16, pp. 2329-2341.

EKLER

EK-1. Katılımcı Bilgi Formu

Yönerge: "Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Öfke İfade Tarzları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Bakış Açılarının Değerlendirilmesi" adlı yüksekisans tez çalışmasında verdiğiniz katkı için şimdiden teşekkür ederiz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçimde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Cemalettin YILMAZ
Ordu Devlet Hastanesi Acil Birim Hemşiresi

KATILIMCI BİLGİ FORMU

- Yaşınız :.....
- Cinsiyetiniz :
a) Erkek b) Kadın
- Medeni durumunuz:
a) Erkek b) Kadın
- Mesleğiniz:
a) Memur (belirtiniz.....) b) Esnaf c) Öğrenci d) Ev Hanımı e) Serbest Meslek
f) Diğer (belirtiniz.....) g) İşsiz
- Öğrenim durumunuz:
a) İlköğretim b) Lise c) Önlisans d) Lisans e) Y. Lisans f) Okur- yazar değil
- Varsa alışkanlıklarınız?
A) Sigara b) Alkol c) Madde bağımlılığı d) Kumar e) Bir alışkanlığım yok f- ...
- Daha önce aldığınız psikiyatrik var mı?
a) Evet b) Hayır
- Hastanızın hastalığı nedir?
a) Dahili- sindirim sistemi hastalıkları
b) Kas- iskelet sistemi hastalıkları
c) Travma
d) Nörolojik hastalıklar
e) Solunum sistemi hastalıkları
f) Üriner sistem hastalıkları
g) Kardiyak sistem hastalıkları
- Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?
A) Eşi b) Kardeşi c) Annesi d) Babası e) Diğer
- Daha önce acil servise hasta olarak başvurmanız oldu mu?
a) Evet b) Hayır
- Günlük yaşamınızda şiddet davranışına maruz kaldınız mı?
a) Evet b) Hayır
- Şimdiye kadar herhangi bir sağlık kuruluşunda, bir sağlık çalışanı ile tartışmanız oldu mu?
a) Evet b) Hayır
9. Soruya cevabınız evet ise tartışma sebebiniz ne idi?
- Sağlık kurumunda muayene sırasını veya hastanızı beklerken sizi rahatlatılabilen faktörler neler olabilir?
a) Konforlu bekleme salonlarının olması
b) Muayene alanlarının geniş olması
c) Yeterli ve temiz tuvaletler
d) Tetkiklerin hızlı sonuçlanması
e) Yeterli otoparkların olması
f) Acil girişlerde hastamızın görevlilerce karşılanması
g) Hastalık ile ilgili bilgi verilmesi
h) Hastanın muayenesi için yeterli zaman ayrılması
- Bir sağlık kuruluşunda sizi en fazla üzen ve sinirlenmenize neden olan sebepler nelerdir?
a) Muhatap alınmamak,
b) Hastam ile ilgili bilgilendirilmemek,

- c) Tedavilerin uzun sürmesi,
d) Hastane ortamların çok kalabalık olması,
e) Hastam için boş yatak bulunmaması,
f) Hastamın hastalığının iyileşmemesi,
g) Sağlık personellerinin bize bağırıp çağırması,
h) Hastanede yeterli konforun bulunmaması,
i) Diğer(belirtiniz)
16. Herhangi bir sağlık kurumunda mağdur edildiğinizi düşündüğünüzde, hakkınızı hangi yol ile ararsınız?
a) Mağdur edildiğimi düşünmüyorum
b) İdare ederim/ bir şey yapmam
c) Resmi şikayet (bakanlık, savcılık, bimer, cimer)
d) Cevap yok
e) Diğer
17. Son zamanlarda sağlık çalışanlarına karşı artan şiddetin sebebi sizce ne olabilir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
a) Şiddeti yapanların eğitimsizlikleri
b) Şiddeti yapanların mağdur edilmeleri
c) Şiddeti yapanların haklarını aramaları
d) Sağlık çalışanlarının görevlerini iyi yapmamaları
e) Uzun süre beklemek/bekletilmek
f) Sağlık çalışanlarının işlerinin çok yoğun olması
g) Yeterli yatak kapasitenin olmaması
h) Hasta ve yakınlarının çok sabırsız olmaları
i) Medyada şiddeti tahrik edici haberler, yayınlar, filmlerin yer alması
j) Hastaneden hastaneye yapılan sevkler ve transferler
k) Siyasetçilerin sağlık çalışanlarının aleyhine olan beyanatlari
l) Sağlık çalışanlarının toplumda çok para kazanıyorlar algısının yaygın olması
m) Diğer(belirtiniz)
18. Sizce şiddet uygulamak bir hak arama yöntemi midir?
a) Kesinlikle katılıyorum b) Kısmen katılıyorum c) Kesinlikle katılmıyorum
19. Daha önce sağlık çalışanına şiddet davranışında (sözel, fiziksel, cinsel vb.) buldunuz mu?
a) Evet b) Hayır
20. 14. Soruya cevabınız evet ise hangi davranışta buldunuz?
a) Sesimi yükselterek tartıştım b) Tehdit ettim c) Darp ettim
d) Fiziksel saldırıda buldum e) Sözel hakarete buldum f) Diğer(belirtiniz)
21. 14. Soruya cevabınız evet ise hangi meslek grubuna uyguladınız?
a) Hayır b)hekim c)hemşire d)sekreter e)diğer f)cevap yok
22. Herhangi birine şiddet uygulandığında karşılığında alınacak cezalarla ilgili bir bilginiz var mıdır?
a) Var b) Yok c) Bunu bilmeye ihtiyacımın olduğunu düşünmüyorum
23. Bazı hasta yakınları, müdahalede kurtarılamayan hastaları için müdahaleyi yapan sağlık çalışanının şiddet uygulanması gerektiğini düşünüyorlar ve şiddet uygulamak için teşebbüste bulunuyorlar. Siz buna katılıyor musunuz?
a) Kesinlikle katılmıyorum b) Kısmen katılıyorum c) Kesinlikle katılıyorum
24. Herhangi bir sebeple, herhangi bir sağlık çalışanına hasta yakınlarının şiddet uygulama isteğini engelleyen faktörler neler olabilir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
a) Hastanede görevli polisın hazır olması b) Güvenlik görevlilerinin hazır olması
c) Çok sayıda hastane çalışanın hazır olması d) Güvenlik kameralarının bulunması
e- Diğer (belirtiniz) f) Hiçbir şey engellemez
25. Hasta yakınlarının şiddet uygulaması sonrası bir sağlık çalışanının öldürülmesi haberini duyduğunuzda ilk tepkiniz ne olur?
a) Sevinirim b) Hak ediyorlar c) Çok yazık oldu d) Bunlar bu dilden anlıyorlar
e) Hiçbir çalışan bunu hak etmiyor f) Birazda sizin canınız yansın g) Beni ilgilendirmiyor
h) Diğer (belirtiniz)

EK-2. Sürekli Öfke-Öfke İfade Tarz Ölçeği

26. Sağlık çalışanına uygulanan şiddetin önlenmesinde / azaltılmasında sizce neler yapılmalıdır?

SÜREKLİ ÖFKE-ÖFKE İFADE TARZ ÖLÇEĞİ

I.BÖLÜM

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım 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 etmemek için, **genel** olarak nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Hiç^① Biraz^② Oldukça^③ Tümüyle^④

Sizi ne kadar tanımlıyor?
Hiç

Tümüyle	①	②	③	④
Çabuk parlarım.	①	②	③	④
Kızgın mizaçlıyım.	①	②	③	④
Öfkesi burnunda bir insanım.	①	②	③	④
Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	①	②	③	④
Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	①	②	③	④
Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	①	②	③	④
Öfkelenince ağzıma geleni söylerim.	①	②	③	④
Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	①	②	③	④
Engellendiğimde içimden birilerine vurmaya gelir.	①	②	③	④
Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çığlıma dönerim.	①	②	③	④

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.

Hiç^① Biraz^② Oldukça^③ Tümüyle^④

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

Sizi ne kadar tanımlıyor?

Hiç	Tümüyle	①	②	③	④
Öfkemi kontrol ederim.	①	②	③	④	
Kızgınlığımı gösteririm.	①	②	③	④	
Öfkemi içime atarım.	①	②	③	④	
Başkalarına karşı sabırlıyım.	①	②	③	④	
Somurtur ya da surat asarım.	①	②	③	④	

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç	Sizi ne kadar tanımlıyor? Tümüyle			
		①	②	③	④
İnsanlardan uzak dururum.		①	②	③	④
Başkalarına iğneli sözler söylerim.		①	②	③	④
Soğukkanlılığımı korurum.		①	②	③	④
Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.		①	②	③	④
İçin için köpürürüm ama göstermem.		①	②	③	④

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç	Sizi ne kadar tanımlıyor? Tümüyle			
		①	②	③	④
Davranışlarımı kontrol ederim.		①	②	③	④
Başkalarıyla tartışırım.		①	②	③	④
İçimde, kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.		①	②	③	④
Beni çileden çıkaran herkese saldırırım.		①	②	③	④
Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.		①	②	③	④

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç	Sizi ne kadar tanımlıyor? Tümüyle			
		①	②	③	④
Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.		①	②	③	④
Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.		①	②	③	④
Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.		①	②	③	④
Kötü şeyler söylerim.		①	②	③	④
Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.		①	②	③	④

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç	Sizi ne kadar tanımlıyor? Tümüyle			
		①	②	③	④
İçimden insanların farkettiğinden daha fazla sinirlenirim.		①	②	③	④
Sinirlerime hakim olamam.		①	②	③	④
Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.		①	②	③	④
Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.		①	②	③	④

EK-3. Etik Kurul Onayı

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Öfke İfade Tarzları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Bakış Açılarının Değerlendirilmesi"			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Nevin ONAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU


Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 9/8	Tarih: 27.09.2017		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKAN / ADI / SOYADI	Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilgili		Katkısı *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Araştırma	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Diden ADAHAN	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilgisi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülhan ÜNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Huseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplamda Bulunmadı

EK-4. Kurum İzni


T.C. Sağlık Bakanlığı

**T.C.
ORDU VALİLİĞİ
II Sağlık Müdürlüğü**

ORDU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - ORDU İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
28.11.2017 08:56 - 8908243 - 772.02 - E.108
00017036498

Sayı : 66501263-772.02
Konu : Araştırma İzni Hk./Cemalettin
YILMAZ

ORDU DEVLET HASTANESİ

İli: 20/11/2017 tarihli ve 19419511-903.99-2049 sayılı yazı.

Hastanenizde Hemşire olarak görev yapan Cemalettin YILMAZ'ın "Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Öfke İfade Tarzları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Bakış Açılarının Değerlendirilmesi" konulu araştırmasının sağlık tesisimizde hizmeti aksatmayacak şekilde, kişisel veri ve özel hayatın korunmasına özen göstererek yürütülmesi, ankete katılacakların gönüllülük esasına göre katılımlarının sağlanması, çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi şartıyla uygun görülmüştür. Yapılacak çalışmaya gerekli desteğin verilerek kolaylık sağlanması hususunda; Gereğini rica ederim.

ORDU DEVLET HASTANESİ - ORDU İDARE
YAZIŞMALAR BİRDİM
27.11.2017 08:52 - 19419511-000-14500
00057301250

e-İmzalıdır.
Dr.İsmet KOLOMUÇ
II Sağlık Müdürü

EKLER:
1-Araştırma İzni Başvuru Evrakları

uygundur

23 11 17

Durak Mh. İhsan Sıkı Cd No:18
Faks No:
e-Posta:suleyman.ilkun@orsaglik.gov.tr İnt. Adres:
030432066040

Biriz için Süleyman İLHAN
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:0452666040



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

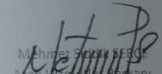


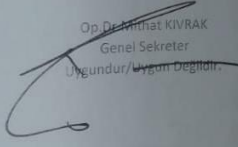
Ordu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

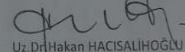
ARAŞTIRMA İZİNİ KOMİSYON KARARI


UNVAN	AD/SOYAD	ÇALIŞTIĞI KURUM	ARAŞTIRMA YAPILACAK KURUM	ARAŞTIRMANIN YAPILACIĞI TARİH	ARAŞTIRMA KONUSU
Hemşire	Cemalettin YILMAZ	Ordu Devlet Hastanesi	Ordu Devlet Hastanesi	01.01.2018-28.02.2018	"Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Öfke İfade Tarzları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Bakış Açılarının Değerlendirilmesi"

Yukarıdaki tabloda adı geçen çalışma; anket veya araştırmaya katılanların gönüllülük esasına göre katılması, kişisel verileri özen gösterilmesi, yapılacak çalışma sonucunun Genel Sekreterliğimiz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla 20.11.2017 tarih 19419511-903.99 -E.2049 sayılı yazı ekinde bulunan Bilimsel Araştırma Çalışmaları Başvuru Formundaki bilgilere ve diğer evraklara istinaden uygun görülmüştür./...../20....


Mehmet Emin ERGÜ
Mali Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.


Op.Dr. Amine KIVRAK
Genel Sekreter
Uygundur/Uygun Değildir.


Uz.Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
İdari Hizmetler Başkanı
Uygundur/Uygun Değildir.


Dr. İsmet KOLOMUÇ
İl Sağlık Müdürü
Uygundur/Uygun Değildir.



ORDU İLİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ARAŞTIRMA İZİNLERİ İŞBİRLİĞİ PROTOKOLÜ

Taraflar:

Bu protokol Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği ve Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Ordu Devlet Hastanesi

Çalışmanın Adı: Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Öfke İfade Tarzları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Bakış Açılarının Değerlendirilmesi

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: Cemalettin YILMAZ (Danışman Yrd.Doç.Dr. Nevin ONAN)

Protokolün Hükümleri

- Bu protokol ilimiz sınırları içinde Ordu İli Kamu Hastaneler Birliğine 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.
- Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
- Veri toplama sırasında Kamu Hastaneler Birliği personelinde de yararlanılacaksa ayrıca Kamu Hastaneler Birliğinden onay alınacaktır.
- Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Genel Sekreterliğin ilgili birimi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.
- Çalışma üniversite ve ya kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası **kitapçık** halinde Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine teslim edilecektir.
- Çalışmayı yapacak olan kişi (d) ve (e) maddelerini yerine getirmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tez vs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılmayacaktır.
- Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.
- Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların (Hastane, Halk Sağlığı Müdürlüğü vs.) ismi zikredilmeyecektir.

Protokolün süresi:

- Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 2 ay süre ile çalışmasını yürütecektir.
- Başlangıç:** 01.01.2018 **Bitiş:** 28.02.2018
- Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.
- Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Genel Sekreterlik protokolü daha önce de sonlandırabilir.

Sözleşme Şartlarına Ayrıklık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tespit edilen kişiye değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dâhil edilmesi ancak Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği onayı ile mümkün olacaktır, ya da protokol iptal edilecektir. İlgili hükümler ihlal edildiğinde, protokole imzası ve beyanı bulunan ilgili kişiler hakkında Ordu İli Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğince; kamu kurumlarının çalışmalarına ait verilerin kamudaki gizlilik ilkelerine ve resmi işleyiş esaslarına aykırı davranıldığı gerekçesiyle adli merciler nezdinde suç duyurusunda bulunulacaktır.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunların çözümü konusunda Ordu ilindeki idari yargı mercileri yetkilidir.

İlgili protokol hükümlerini ve cezai müeyyidelerini okudum ve kabul ettim.

Araştırma Yapacak Kişinin Adı Soyadı
Cemalettin YILMAZ
Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Bilimi Yüksek Lisans Öğrencisi

İmza

Uzm.Dr. Hakan HACISALİHOĞLU
İdari Hizmetler Başkanı

OLUR

.../.../2017
Op.Dr. Mithat KIYRAK
Genel Sekreter

EK-5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	<p style="text-align: center;">KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)</p>
---	--

Sizi Karabük Üniversitesi tarafından yürütülen “Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Öfke İfade Tarzları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Bakış Açılarının Değerlendirilmesi” başlıklı anket ve araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınızı ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 64 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 30 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorunlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
Yrd.Doç. Dr. Nevin ONAN

<p>Araştırmanın Amacı: Bu çalışma, acil servise başvuran hastaların yakınlarının öfke ifade tarzları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddete bakış açılarının değerlendirilmesi amacıyla yapılacaktır.</p>

<p>Araştırmanın Süresi: Çalışma etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra 3 ay içerisinde yapılacaktır.</p> <p>Katılmanı Beklenen Gönüllü Sayısı: 1194 kişi</p> <p>Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Ordu İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Ordu Devlet Hastanesi</p> <p>Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Yrd. Doç. Dr. Nevin ONAN-Cemalettin YILMAZ</p>
--



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ETİK KURUL
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmamın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmamın muhtemel riskleri ve faydaları stable olarak da anlatıldı, Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavinin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimın bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (biremik bilgilerim girilerek hafızda) yayın için kullanıma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl):/..../..

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl):/..../..

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

ÖZGEÇMİŞ

Cemalettin YILMAZ 1989 yılında Samsun ilinin Terme ilçesinde doğdu. İlk ve orta aynı şehirde tamamladı. Terme Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi'nden mezun olduktan sonra 2008 yılında Ordu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nü kazandı; 2012 yılında mezun olduktan sonra Medicana Samsun Hastanesi, Florence Nightingale Şişli Hastanesi'nde çalıştı. 2014 yılında Bitlis Hizan Devlet Hastanesi, 2015-2017 Zonguldak Atatürk Devlet Hastanesi'nde çalıştı. 2017 yılından Ordu Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde çalışmaktadır. Evli ve bir çocuk babasıdır.

ADRES BİLGİLERİ:

Adres: Şahincili Mah. 616. Sokak, No: 5/A, Daire:11 Altınordu/Ordu

Telefon: 0506 252 7322

e-posta: cmym55@gmail.com