



**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTA YAKINLARI İLE GENEL CERRAHİ VE
DAHİLİYE SERVİSLERİNDE BULUNAN HASTA YAKINLARININ ÖFKE VE
ŞİDDET EĞİLİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI (HAYDARPAŞA NUMUNE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Menekşe ALTUNBAŞ**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Burcu TÜRK**

Eylül 2021

**T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTA YAKINLARI İLE GENEL CERRAHİ VE
DAHİLİYE SERVİSLERİNDE BULUNAN HASTA YAKINLARININ ÖFKE VE
ŞİDDET EĞİLİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI (HAYDARPAŞA NUMUNE
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Menekşe ALTUNBAŞ**

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Burcu TÜRK**

Eylül 2021

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Menekşe ALTUNBAŞ tarafından hazırlanan "Acil Servise Başvuran Hasta Yakınları ile Genel Cerrahi ve Dahiliye Servislerinde Bulunan Hasta Yakınlarının Öfke ve Şiddet Eğilimlerinin Karşılaştırılması (Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)" konulu çalışması jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 28/09/2021

Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu:

İmzası

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Burcu TÜRK

Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ERBAY

Haliç Üniversitesi

Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi Deniz ŞARLAK

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi

Bu tez yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun kararıyla kabul edilmiştir.

ORİJİNALLİK RAPORU

%10	%7	%4	%7
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

Submitted to Istanbul Gelisim University	
1 Öğrenci Ödevi	%3
Submitted to The Scientific & Technological	%2
2 Research Council of Turkey (TUBITAK)	
Öğrenci Ödevi	
dergipark.org.tr	
3 İnternet Kaynağı	%1
dddocs.com	
4 İnternet Kaynağı	<%1
www.turkpsikiyatri.com	
5 İnternet Kaynağı	<%1
library.cu.edu.tr	
6 İnternet Kaynağı	<%1
Submitted to Beykent Universitesi	
7 Öğrenci Ödevi	<%1

TEZ ETİK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Acil Servise Başvuran Hasta Yakınları ile Genel Cerrahi ve Dahiliye Servislerinde Bulunan Hasta Yakınlarının Öfke ve Şiddet Eğilimlerinin Karşılaştırılması (Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)” başlıklı bu çalışmayı baştan sona kadar danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Burcu TÜRK’ ün sorumluluğunda tamamladığımı, verileri/örnekleri kendim topladığımı, deneyleri/analizleri ilgili laboratuvarlarda yaptığımı/yaptırdığımı, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallara uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Menekşe ALTUNBAŞ

ÖNSÖZ

Covid19 salgınıyla beraber değerini ve önemini daha fazla anladığımız sağlık çalışanlarımızın maruz kaldığı ve dünyanın her yerinde sağlıkçılara karşı gerçekleştirilen şiddetin biraz daha görünür olmasını ve dikkat çekmesini sağlayabilmek, medyada yaralanma ve öldürülme haberlerini isim olarak okuyup geçmek zorunda kaldığımız sağlık çalışanlarımızın görünürliğini arttırabilmek ve bu bağlamda araştırmamın yapılacak yeni araştırmalara ışık tutmasını umut etmekteyim.

Yüksek lisans tez sürecim sağlık kurumunda çalışmamın da etkisiyle oldukça aktif, zorlayıcı ve işlevsel geçti. Bu zorlu süreçte akademik bilgisini ve tecrübesini tüm hoşgörüsü, sıcaklığı ve samimiyetiyle bana katmaktan çekinmeyen, her zaman yanımda olan ve bu süreci sağduyulu bir şekilde atlatabilmemi sağlayan danışmanım sayın Dr. Öğr. Üyesi Burcu TÜRK'e teşekkür ve saygılarımı sunuyorum.

Tanıdığım ilk günden beri hayatımda çok özel bir yere sahip olan, yüksek lisans sürecimde desteğiyle sevgi ve sıcaklığını hissettiren, yanlış yürüdüğüm yollarda doğru yola kavuşmamı sağlayarak manevi pusulam olan, en yakın dostum, geleceğin gazetecisi Ayça TEKİN'e,

Lisans hayatımın hazırlık sınıfından bu yana hayatımda olan, geçmişimi düşündüğümde her anımın içinde kendisini gördüğüm, beni Türkiye sınırlarının dışına taşıyan, ne yaşanırsa yaşansın yine birbirimizde huzuru ve mutluluğu bulduğumuz meslektaşım, oyun arkadaşım, manevi kardeşim Muhammed UCLA'ya,

Aile kavramı deyince içini dolduran, her zaman sevgileriyle beni destekleyen, kardeşlerim olmalarından büyük gurur duyduğum, geleceğin bilim insanları Havva ALTUNBAŞ, Mehmet ALTUNBAŞ ve Ramazan ALTUNBAŞ'a,

Bilgi ve tecrübesiyle tez konusunu belirleme sürecinde düşüncelerime ışık tutan hekim arkadaşım Dr. İbrahim ÖZBEK'e

Veri toplama süreci ve diğer tüm süreçlerde beni destekleyen, yardımlarını benden esirgemeyen tüm meslektaşlarıma, araştırmaya gönüllü olarak katılım sağlayarak çalışmama ve bilime katkı sağlayan tüm bireylere sonsuz şükran ve saygılarımı sunarım.

Eylül 2021

Menekşe ALTUNBAŞ

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖNSÖZ.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	vii
SEMBOLLER	viii
ÇİZELGE LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	3
1.2. Alt Problemler	5
1.3. Araştırmanın Önemi	6
1.4. Sayıtlar	6
1.5. Sınırlılıklar	6
2. LİTERATÜR TARAMASI	8
2.1. Sağlık.....	8
2.2. Sağlık Etkileyen Faktörler.....	11
2.3. Sağlık Kavramı ve Tarihçesi	13
2.4. Öfke Tanımı	17
2.5. Öfkede Temel Mekanizmalar	19
2.6. Öfke ve Kuramsal Yaklaşımlar	22
2.7. Kuramsal Bakış	24
2.8. Şiddet ile İlgili Kuramlar.....	31
2.8.1. Biyolojik Temelli Yaklaşım	32
2.8.2. İçgüdü Temelli Yaklaşımlar.....	32
2.8.3. Etyolojik Yaklaşım	32
2.8.4. Psikanalitik Yaklaşım	33

2.9. Sağlıkta Şiddet.....	33
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Modeli	36
3.2. Çalışma Grubu.....	36
3.3. Veri Toplama Araçları.....	36
3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....	37
3.3.2. Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği.....	37
3.3.3. Buss – Perry Saldırganlık Ölçeği	38
3.4. Veri Toplama Yöntemi.....	40
3.5. Verilerin Analizi ve Yorumlanması	40
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIşMA	68
5.1. Öfke İfade Tarzlarına Yönelik Elde Edilen Sonuçların Tartışılması	68
5.2. Saldırganlık Düzeyine Yönelik Elde Edilen Sonuçların Tartışılması	73
5.3. Öfke İfade Tarzları ile Saldırganlık Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Elde Edilen Sonuçların Tartışılması	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	81
KAYNAKLAR	89
EKLER.....	94
ÖZGEÇMİş.....	106

KISALTMALAR

BPSÖ	: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği
BDDE	: Buss-Durkee Düşmanlık Envanteri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Vb.	: ve benzeri

SEMBOLLER

n	: Örneklem sayısı
N	: Evren sayısı
P	: Olasılık değeri
r	: İki değişken arasındaki ilişki
s	: Standart sapma
x²	: Ki kare uyum endeksi
α	: Alfa
&	: ve, and
%	: Yüzde

ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 4.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı	43
Çizelge 4.2. Katılımcıların Yanıtlarına Göre Sağlık Çalışanlarına Şiddetin Sebepleri	44
Çizelge 4.3. Araştırma Ölçek ve Alt Boyutları İçin Betimleyici İstatistik	45
Çizelge 4.4. Araştırma Ölçek ve Alt Boyutları İçin İç Tutarlılık Katsayılarının Hesaplanması	46
Çizelge 4.5. Cinsiyet Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi.....	47
Çizelge 4.6. Yaş Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi.....	48
Çizelge 4.7. Medeni Durum Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	49
Çizelge 4.8. Çalışma Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	50
Çizelge 4.9. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	51
Çizelge 4.10. Sigara Kullanımı Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	52
Çizelge 4.11. Alkol Kullanımı Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	53
Çizelge 4.12. Yaşanılan Yer Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	54

Çizelge 4.13. Maddi Durum Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	55
Çizelge 4.14. Hizmet Alınan Bölüm Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	56
Çizelge 4.15. Sağlık Çalışanı ile Tartışma Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	57
Çizelge 4.16. Sağlık Çalışanına Şiddet Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	58
Çizelge 4.17. Şiddeti Hak Arama Olarak Görme Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	59
Çizelge 4.18 Sağlık Çalışanlarının Şiddeti Hak Etmesi Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	61
Çizelge 4.19. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi	63
Çizelge 4.20. Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi.....	64
Çizelge 4.21. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Düşüncelerin Katılımcıların Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Yordayıcıları Olarak İncelenmesi	65

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN HASTA YAKINLARI İLE GENEL CERRAHİ
VE DAHİLİYE SERVİSLERİNDE BULUNAN HASTA YAKINLARININ
ÖFKE VE ŞİDDET EĞİLİMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI
(HAYDARPAŞA NUMUNE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ÖRNEĞİ)**

ÖZET

Bu araştırma, acil servise başvuran hasta yakınları ile genel cerrahi ve dahiliye servislerinde bulunan hasta yakınlarının öfke ve şiddet eğilimlerini karşılaştırmak, saldırganlık durumlarını analiz etmek, sağlıkta şiddetin nedenlerini hasta yakınları gözünden tespit edebilmek, sağlıkçılara yönelik gerçekleştirilen şiddetin türlerini ve oranlarını anlamlı bir şekilde belirleyebilmek, hasta yakınlarının öfke-tarz ifade ediş ölçek puanları ile demografik değişkenleri arasındaki ilişki düzeyini incelemek ve hasta yakınlarının öfke-ifade tarzları ile saldırganlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya, İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis, genel cerrahi ve dahiliye servislerinde bulunan 18 yaş üstü hasta yakınlarından 425 birey dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak, bireylere yönelik çeşitli demografik bilgilerin yer aldığı “Sosyodemografik Bilgi Formu”, bireylerin öfke ve öfke ifade tarzlarını ölçmeye yönelik “Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği” ve bireylerin saldırganlık düzeylerini ölçmeye yönelik “Buss Perry Saldırganlık Ölçeği” kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre acil servise başvuran hasta yakınlarının öfke ifade tarzlarının toplamında ve sürekli öfke, öfke dışı vurumu, öfke içi vurumu gibi öfke ifade tarz puanları dahiliye ve genel cerrahi servislerine başvuran hasta yakınlarının puanlarına oranla anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Cinsiyet, yaş grubu, çalışma durumu, eğitim düzeyi, madde kullanımı skorları arasında pozitif ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki vardır. Araştırmanın sonucunda Acil servise başvuran hasta yakınlarının öfke ve şiddet eğilimlerinin genel cerrahi ve dahiliye servislerine başvuran hasta yakınlarından daha yüksek olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler : *Acil Servis, Öfke, Şiddet Eğilimi, Sağlıkta Şiddet, Dahiliye Servisi, Öfke-İfade Tarz, Genel Cerrahi Servisi, Sürekli Öfke.*

**COMPARISON OF ANGER AND VIOLENCE TENDENCIES OF
RELATIVES OF PATIENTS APPLYING TO THE EMERGENCY
DEPARTMENT AND RELATIVES OF PATIENTS IN GENERAL SURGERY
AND INTERNAL MEDICINE SERVICES (HAYDARPAŞA NUMUNE
TRAINING AND RESEARCH HOSPITAL EXAMPLE)**

ABSTRACT

This research was conducted to compare the anger and violence tendencies of the relatives of patients who applied to the emergency services and the relatives of patients in the general surgery and internal medicine wards; the aim of this study was to analyze their aggression status, determine the causes of violence in the healthcare from the perspective of the relatives of the patients, determine the types and rates of violence against healthcare professionals in a meaningful way, and to examine the relationship between the anger-style expression scale scores of the relatives and the demographic variables and to determine whether there is a significant relationship between the anger-expression styles and aggression levels of the relatives of the patients. 425 individuals from relatives of patients over the age of 18 who were in the emergency, general surgery and internal medicine wards of Istanbul Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital were included in the study. As a data collection tool, "Sociodemographic Information Form" which includes various demographic information for individuals, "Trait Anger and Anger Expression Style Scale" to measure individuals' anger and anger expression styles, and "Buss Perry Aggression Scale" to measure individuals' aggression levels, were used. According to the research findings, summation of the anger expression styles of the relatives of the patients applied to the emergency service and anger expression style scores such as trait anger, anger expression, anger inward found to be significantly higher than that of the patients' relatives who applied to the internal medicine and general surgery wards. There is a positive and highly significant relationship between gender, age group, employment status, education level, and substance use scores. As a result of the research, it is seen that the anger and tendencies to violence of patients' relatives who applied to the emergency service is higher than the patients' relatives who applied to the general surgery and internal medicine wards.

Keywords : *Emergency department, anger, tendency to violence, violence in healthcare, internal medicine ward, anger-expression style, general surgery ward, trait anger.*

1. GİRİŞ

Sağlık alanı ile ilgili kurumlar toplumun refah ve sağlıklı olma halinin devamı için elzem olan kuruluşlardır. Sağlık kurumları bu çerçevede toplumla yakın bir ilişki ve iletişim örüntüsü içinde bulunmaktadır. Bağlı olduğu bu özel alandan ötürü toplumun her alanına çocuk, yaşlı, genç, yetişkin, kadın, erkek farkı gözetmeksizin nüfuz edebilen sağlık kurumları ve bünyesindeki sağlık çalışanları sağlık durumunu yitirmiş, fiziksel engeli olan, sıkıntılı hal içinde bulunan her bireye sağlık hizmetini ulaştırmakla görevlendirilmiş ve değerli kılınmıştır. Sağlık kurumlarının bu geniş alana ulaşabilme kapasitesi insan popülasyonunun çeşitliliğine bağlı olarak sağlık kurumlarının ve sağlık çalışanlarının pek çok riskli faktörlerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Karşılaşılan bu problemlerden en önemli ve can güvenliği açısından en fazla tehlike oluşturabilecek sebeplerden birisi de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet unsurunu barındıran tepki ve davranışlardır (Yeşilbaş, 2016).

Sağlık alanında şiddet olgusu kurumun ve verilen hizmetin bütünlüğü açısından sistemin maddi ve manevi zarara uğramasına, özellikle can kayıplarının yaşanmasına ve sağlık çalışanlarının sayısının azalmasına neden olan önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanlarının insanlara ve devlete olan güvenlerini zedeleyici algıların oluşmasına da zemin hazırlamaktadır. Oluşan bu güven kaybı sağlık çalışanlarında negatif tutumlara neden olmakta ve buna bağlı olarak hasta ve hasta yakınlarının da karşı reaksiyon geliştirip aynı negatif önyargılarla yaklaşmasına neden olmaktadır. Bunun sonucunda yaşanan şiddet ve öfke dışavurumları aynı örüntünün içinde tüm canlılığını koruyarak devamlılığını sağlamak zorunda kalmaktadır

Ülkemiz açısından değerlendirdiğimizde Türkiye’de sağlıkta şiddet kavramı çözüme kavuşmayı bekleyen önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık kurumlarında şiddet olaylarına karışan bireylerin çoğunlukla psikolojik problemleri olan, genellikle madde kullanmayla ilgili sorunları ve bağımlılıkları olan erkek bireyler olduğu gözlenmektedir (Uludağ & Zengin, 2016).

Türkiye’de yaşanan oldukça yüksek sayıdaki fiziksel ve sözel şiddet olaylarından sonra 2012 yılında sağlık bakanlığı “Beyaz Kod” adını verdiği bir sistem geliştirmiştir. Beyaz kod sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları durumunda hızlı bir şekilde güvenlik güçlerini bilgilendiren ve yaşanan şiddetin ölümcül olaylara kadar uzanabilecek risklerini azaltmaya yönelik yürürlüğü konulan bir sistemdir. Bu sistem güvenlik güçlerini sağlık çalışanlarını korumaları açısından harekete geçirmeleri yanında yaşanan şiddetten sonra sağlık çalışanlarına ücretsiz avukat ve hukuk desteği de sağlamaktadır. Fakat sağlık çalışanlarını korumak ve sağlık kurumlarında şiddete başvurmaya meyilli hasta ve hasta yakınlarını hukuksal yollarla korkutmak amacı taşıyan bu sistemin yapılan çalışmalar sonucunda şiddet olaylarını azaltmaya yönelik kayda değer bir değişikliğe sebep olmadığı gözlenmiştir (Özcan & Yavuz, 2017).

Sağlık kuruluşlarında görülen bu şiddet olaylarının nedenleri incelendiğinde pek çok faktör karşımıza çıkmaktadır. Sağlık çalışanlarının 24 saati geçen çalışma saatleri içinde çalışması, hasta ve hasta yakınlarının stres faktörlerine karşı kontrol içgüdülerinin zayıf olması, sağlık hizmetlerindeki yoğunluğa bağlı olarak hastaların uzun süre tedavi için beklemek zorunda kalması, hasta ve hasta yakınlarının tedavi memnuniyetsizliği gibi faktörler yapılan araştırmalar sonucu sağlıkta şiddetin önemli nedenleri arasında tespit edilmiştir (Serin, Serin, Bakacak, & Ölmez, 2015).

İlhan ve ark. sağlıkta şiddet olgusuyla ilgili yapmış oldukları bir araştırmada, sağlık çalışanlarına yönelik gerçekleştirilen öfke ve şiddet olgularının servisler arasındaki karşılaştırılması yapıldığında şiddet olaylarıyla en çok acil servislerde karşılaşıldığını, özellikle devlet hastanelerinde bu oranın özel hastanelere oranla daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir. Yine yapılan başka bir araştırma incelendiğinde sağlık kurumlarında şiddet olaylarının meslek dağılımına göre analizi yapıldığında hemşirelerin daha fazla şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Doktor grubu içerisinde şiddete maruz kalma oranının en yüksek olduğu grubu ise pratisyen hekimler oluşturmaktadır (Serin, Serin, Bakacak, & Ölmez, 2015).

Sağlıkta şiddet olguları uluslararası araştırmalar çerçevesinde incelendiğinde Türkiye’deki olgulara benzer sonuçlar ortaya çıkmaktadır. İngiltere’de 2004 yılında Wistanley ve Whittington tarafından 1141 sağlıkçı örneklem referans alınarak yapılan araştırmada saldırıya maruz kalan katılımcıların oranının %2 olduğu tespit edilmiştir. Gerçekleşen bu saldırılarda %23’ün bizzat hizmet alan hastalar tarafından, %15.5’inin ise hasta yakınları tarafından özellikle fiziksel şiddeti barındıracak eylemlerinde

bulunduğu tespit edilmiştir. Avustralya’ da yapılan bir araştırmada sağlık kurumunda çalışanların %72’sinin, hemşirelerin %62’sinin, bizzat sağlık kurumlarında şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Yine İtalya’ da yapılan başka bir araştırmada sağlık kurumlarında en çok hemşirelerin ve ikinci sırada doktorların sağlıkta şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir (Solmaz & Duğan, 2018).

Sağlıkta şiddet olaylarının hukuksal ve ekonomik boyutlarının yanında sağlık çalışanları üzerinde çok fazla olumsuz psikolojik etkileri de bulunmaktadır. Çalıştığı kurumda şiddete maruz kalmak sağlıkılarda travma oluşmasına neden olmaktadır. Oluşan bu travmalar sonucunda sağlık alışanlarında uyku ile ilgili problemler, uzun süreli kronikleşen ağrılar, yemek yemeye ilgili sıkıntılar, travma sonrası stres bozukluğu belirtileri, stres ve kaygıya bağlı anksiyete bozuklukları, oluşan travmanın büyüklüğüne bağlı duygudurum bozuklukları, kalp ve beyin ile ilgili fiziksel hastalık gibi semptom ve rahatsızlıklar görülebilmektedir (Bilici, 2021).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı acil servise başvuran hasta yakınları ile genel cerrahi ve dahiliye servislerinde bulunan hasta yakınlarının öfke ve şiddet eğilimlerinin karşılaştırılmasıdır.

Öfke; çoğu zaman doyurulmamış arzulara, beklenmeyen sonuçlara, istenildiği gibi oluşmayan sonuçlara karşı oluşturulan, insana özgü ve evrensel niteliği olan duygu yükleri barındıran bir çeşit tepkidir. Diğer açıdan bakıldığında belki de yıkıcı özelliği en fazla bulunan duygusal yük olarak da ifade edilebilir. Kontrol edilemeyen öfke duygusu hem kişihem de toplum için çok büyük etkilere sahip olabilmektedir. Öfke çoğu zaman kendisini şiddet olarak dışarı yansıtabilmektedir. şiddet gerçeğinin yanı sıra öfke olgusu problemleri ilişkilere, eşler arası boşanmaya, iş yaşamında üretkenliğin zedelenmesine, psikolojik ve fiziksel iyilik halinde ciddi sorunlara yol açabilmektedir (Soykan, 2003).

Öfke oluşan ortamda öfkeyi oluşturan ve öfkeye maruz kalan taraflar negatif bir duygusal yaşantı altına girmektedir. Tüm olumsuz özelliklerine rağmen öfkenin yaşantımızda olmasını gerekli kılan birçok önemli neden de bulunmaktadır. Bu nedenlerden bazıları şunlardır:

Öfke anormal olmayan ve günlük yaşamın devamı için önemli bir duygusal yükür. Öfke duygusal ve uyaran bir işarettir. Aynı zamanda tehlikelere açık olan bireyi korur ve tehlikelerekarşı uyarıcı işlev görür. Öfke kontrol altında tutulabildiği sürece sağlıklıdır. Öfkenin kişi ve toplum için zararlı hale gelmemesi için; kabul edilmesi, inkar çerçevesinden uzak değerlendirilmesi, kişi tarafından tanınması ve bastırılmadan kontrollü bir şekilde açığa çıkarılması gerekmektedir.

şiddete neden olan birincil faktörler incelendiğinde psikolojik ve sosyolojik faktörlerin önceliği oluşturduğu görölmektedir. Kişiler çoğu zaman toplumun ve çevresindeki bireylerinşiddetle var olabildiğini gördüklerinde kendileri de problem çözebilme yolu olarak şiddet ve saldırganlığı kullanabilmektedirler. şiddet olgusu toplumumuz çerçevesinde incelendiğinde erkeklerde yetiştirilme tarzlarından ötürü saldırganlık ve şiddet eğilimi davranışlarının kadınlara oranla daha fazla görüldüğu belirlenebilmektedir. Ayrıca şiddetin çoğu zaman gençleri ve bireyleri disipline etme amacıyla kullanılması saldırganlığa yatkın kişilerin oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Kişileri şiddete başvurmalarına iten toplumsal ve psikolojik temelli sebepleri incelediğimizde; eğitim düzeyinin düşüklüğu, sosyokültürel faktörler, ekonomik güçlükler, stres, şehirleşme, göç hareketleri gibi etkenler karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık hizmetleri, terimi incelendiğinde sosyal yaşantı içinde yaşayan toplumla bağlantı içinde gerçekteşirilen mahremiyeti barındıran bir çalışma bölgesini kaplamaktadır. Sağlık alanında çalışan sağlık çalışanı ismini verdiğimiz bireyler ise, hastalık, yaralanma, yaşın ilerlemesi gibi belirli faktörlerle kendi bakımını gerçekteşiremeyen kişilerle, negatif durum içinde bulunan, sağlık ekibinden birilerinin yardımına ve bakımına ihtiyacı olan , tüm yaş gruplarına ve cinsiyet farkı gözetmeksizin tüm bireylere sağlık ve bakım hizmeti veren sahanın çalışanlarıdır (Yeşilbaş, 2016).

Sağlık alanında gerçekteşirilen şiddet ve saldırganlık olaylarının gün geçtikçe ciddi bir oranda artış göstermesi bu konuyla ilgili çalışmaların artmasına zemin hazırlamıştır. Sağlık çalışanlarına karşı gerçekteşirilen bu şiddetin nedenleri araştırıldığında; hasta ve hasta yakınlarının kişilik özellikleri, sağlık sektöründe çalışan bireylerin bu konudaki eğitiminde yetersiz kalınması, yapısal reformlardaki eksiklik ve aksaklıklar, yönetimin bu konuya yönelik özverili çalışmamaları ve isteklerinin azlığı karşımıza çıkmaktadır (Yıldız, 2019).

Türkiye genelinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve saldırganlık olgularına bakıldığında günde yüzlerce fiziksel ve sözel şiddet olgusunun sağlık çalışanlarına yöneltildiği gözlenmektedir. Özellikle incelendiğinde hastanelerin belirli servislerinde bu şiddet olgusunun belirgin farklılık gösterdiği hatta bazı servislerde sayısının daha da arttığı belirlenmektedir. Bu durum değerlendirildiğinde sağlık çalışanlarının çalıştığı birim ve kurumlarda kendilerini güvende hissetmelerini sağlamak öncelik haline gelmelidir. (Özcan & Yavuz, 2017). Hasta yakınlarının şiddete başvurma konusundaki istek ve nedenleri ayrıntılı olarak incelenmelidir.

Sağlık çalışanlarına karşı yapılan şiddet olguları incelendiğinde sözel şiddetin % 80 i geçenseviyelerde olduğu ve bu oranla diğer şiddet olguları arasında birinci sıradaki şiddet türü haline geldiği gözlenmektedir. Fiziksel şiddet ise % 50 ye varan bir oranla varlığını göstermektedir. (Demir, 2018).

Bu bağlamda bu çalışmanın amacı özellikle tüm hastanenin yükünü taşıyan acil servis ve görece daha uzun süreli bakımın verildiği dahiliye servisi ve cerrahi özellik barındıran bir branş olan genel cerrahi servisindeki hasta yakınlarının öfke ve şiddet eğilimlerinin araştırılıp karşılaştırılmasının sağlanmasıdır.

1.2. Alt Problemler

1. Acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisine gelen hasta yakınları ve genel cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ve şiddet eğilimleri arasında anlamlı bir farklılık var mıdır?

2. Katılımcıların demografik bilgileri ile öfke ve saldırganlık eğilimleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

3. Katılımcıların sağlık durumları ile sağlıkta şiddete bakış açıları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

4. Katılımcılara göre sağlıkta şiddetin nedenleri hangi maddeler çerçevesinde anlamlı ilişki göstermektedir?

5. Katılımcıların sürekli öfke-öfke-tarz ifade ediş ölçek puanları ile demografik değişkenleri arasındaki ilişki düzeyinin incelenmesi arasında anlamlı ilişki bulunmakta mıdır?

6. Katılımcıların sağlık çalışanlarına yönelik şiddet düşünceleri ve sağlıkta

şiddetin önlenebilirliğine yönelik düşünceleri anlamlı ilişki göstermekte midir?

7. Katılımcıların öfke ifade tarzları ile saldırganlık düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarına karşı meydana gelen şiddet ve saldırganlık olayları incelendiğinde çalışmaların çoğunlukla sağlık çalışanları üzerinde yoğunlaştırıldığı ve şiddet olaylarında ağırlığı elinde tutan hasta ve hasta yakını profilleriyle ilgili literatürde çok az çalışma yapıldığı görülmektedir. Bu çerçevede hasta yakınlarının saldırganlık ve sağlıkta şiddet olaylarına nasıl baktığına dönük verilerin sayısı az bulunmaktadır. Bu verilerin yanında hasta yakınlarının saldırganlık düşünceleri kadar öfke-ifade tarzları da sorunun anlamlandırılması açısından büyük önem arz etmektedir.

Bu bilgiler altında bu çalışma acil servis, dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınları ile sağlık çalışanları arasında görülen şiddet ve saldırganlık olgularının nedenleri ve öfke-ifade tarz ve düzeylerine yönelik sonuçları açısından literatüre önemli katkı sağlayacaktır.

1.4. Sayıtlar

Bu araştırmada,

- 1) Araştırmaya katılan katılımcıların ölçek ve formlardaki soruları objektif ve samimiyetle yanıtladıkları,
- 2) Araştırmaya katılan bireylerin ölçekleri gönüllülük esasıyla, kendi istek ve arzuları doğrultusunda yanıtladıkları varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

Çalışmanın sayıtları şu şekildedir:

- 1) Örneklem bakımından İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servis, dahiliye servisi ve genel cerrahi servislerinden hizmet almış hasta yakınları ile,

- 2) Veri toplama aracı bakımından Öfke ve Öfke İfade Tarzları Ölçeği ile Buss Perry Saldırganlık Ölçeği üzerinden toplanan veriler ile,
- 3) Veri toplanan zaman bakımından 01.02.2021- 01.05.2021 (3 ay) tarihleri ile sınırlıdır.



2. LİTERATÜR TARAMASI

Araştırmanın bu kısmında çalışmada yer alan değişkenlerin (sağlık, sağlığı etkileyen faktörler, sağlık kavramı ve tarihçesi, öfke tanımı, öfkede temel mekanizmalar, öfke ve kuramsal yaklaşımlar, kuramsal bakış, şiddet ile ilgili kuramlar, sağlıkta şiddet) tanımlamaları yer almaktadır.

2.1. Sağlık

Sağlık terimi yalnızca sağlık camiası çevresinde değil birçok akademik ve sosyal çevre tarafından tanım çerçevesi tasvir edilebilecek bir terimdir. Özellikle dünya üzerindeki göç oranlarının artması sağlık hakkında pek çok politikanın düzenlenmesine ve sağlık eğitimi başlıklarının oluşmasına zemin hazırlamıştır (Thomas, Chase, & Aggleton, 2019). Sağlık terimi her ne kadar tüm çevreler tarafından etkin bir şekilde bilindiği iddia edilse de bu tanımı içine alan çember gerekli alt dallarıyla doldurulduğunda yeterli ayrıntılardan uzak tutularak tasvir edildiği de açıktır. Çünkü bir olgu ne kadar çok bilinip tanımlandığı iddia edilirse aslında gerçeklik yüzeyinden o kadar da uzak kalınabileceği sağlık tanımı açısından da su götürmez bir gerçekliği açığa çıkarmaktadır. Bu bilgiler ışığında sağlığı tanımladığımızda karşımıza bireylerin yaşamsal faaliyetlerinin ve içinde bulunduğu familyanın bütünlüğünün sabit kalması ve yaşamsal faaliyetlerinin devam ettirilmesi sürecinin bir parçası olduğunu belirtebiliriz. Her birey belirli bir yaşamsal sisteme sahiptir. Bu yaşamsal süreç hücresel düzeyde parçalanma sonucu oluşan ölümün ortaya çıkardığı yaşamsal sirkülasyonu ifade etmektedir (Alu, 2017).

Sağlık tüm dünya tarafından kabul görmüş bir kavramdır. Bilimsel bir literatür ortamının parçası olarak görülse de sağlık ve sürdürülebilir sağlıklı olma durumu tüm bireylerin doğduğu andan itibaren sahip olduğu bir haktır. Sağlık terimi, sadece bireylerin fiziksel herhangi bir hastalık ve rahatsızlığa sahip olmasını belirtmez. Aksine birey görünür bir hastalık tablosu veya semptomuna sahip olmasa da psikolojik, toplumsal veya hücresel düzeyde sahip olduğu, kişinin her anlamda tam bir iyilik tablosu içinde bulunduğu durumları da kapsamaktadır.

Yani sağlık dediğimizde karşımıza psikolojik, sosyal ve biyolojik olarak tam bir iyilik hali içinde olan bireyi bütüncül bir çerçeve de ele alan biyopsikososyal olgusu içinde değerlendirebileceğimiz bir süreç ortaya çıkmaktadır. Bu biyopsikososyal süreç içinde değerlendirdiğimiz sağlık olgusunun birey bazında yeterli etkinliğe ulaşabilmesi için sistemi yöneten kurum ve taraflara büyük görevler düşmektedir (Ersöz, 2015). Bu sorumluluğu üstüne alan kurumlar büyük bir özveriyle bireylere sağlık hizmeti sunarken aynı zamanda da sağlık sisteminin erozyona uğramaması için maddi ve manevi sorumluluklarının farkında olarak sistemin devamlılığını sağlamalıdırlar. Bu maddi ve manevi görevlerin alt başlıkları incelendiğinde sağlık sisteminin sadece hasta veya sağlık çalışanından ibaret olmadığı; bu tanımın iini dolduran çemberde adaletli yaklaşımın, din, dil, ırk ayrımının yapılmamasının, her şehir ve kurumda aynı kalitede hizmetin verilmesi gerektiği gibi önemli unsurların varlığı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu maddeler sadece birer gereklilik değil evrensel yasalar çerçevesinde devletlerin bireylere sağlamak zorunda oldukları zorunluluklarıdır. Dünyadaki tüm sosyal devletlerin birincil vazifeleri arasında sağlık olgusu yerini almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) kanunları çerçevesinde sağlık kavramını açıkladığımızda “Kişinin herhangi bir somut rahatsızlığının olmaması değil, bedensel, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olması” tanımı karşımıza çıkmaktadır. Sağlığın yeni tanımının bu yönde evrilmesi pek çok akademik evre tarafından dikkat çekmiştir (Somunoğlu, 1999). Çünkü sağlığın sosyal boyutu uzun süre kimsenin aşına olduğu ve dikkat çektiği bir alan değildi. Bu yeni tanım literatürle beraber bireye bakış açısında da köklü bir değişmeye zemin hazırlamıştır. Çünkü bu yeni algı bireyin sadece maddesel veya ruhsal bir varlık olmadığını aynı zamanda sosyal süreçler içinde evrilen bir canlı olduğunu ve bu sosyal yaşantılardaki herhangi bir aksaklık veya tıkanıklığın hiç kuşkusuz bireyin iyilik hali içinde bulunmasını engellediği gerçeğinin görünür kılınmasını ortaya çıkarmaktadır. Bu durum bizi sosyal yaşantısı içinde sağlıklı süreçlere sahip olmayan bireylerin tam bir iyilik hali içinde olamayacağı ve bu nedenle sağlıklı bir birey kabul edilemeyeceği sonucuna ulaştırmaktadır. Kişilerin ekonomik bağımsızlığını kazanamadığı, her bireye eşit bir gelir dağılımının sağlanamadığı, toplumsal huzur ortamının oluşturulamadığı toplumlarda bireyin tüm yönleriyle kendisini sağlıklı bir canlı olarak tasvir etmesi mümkün değildir.

Bu noktada kişi sosyal yaşantısı içinde kendisinden beklenen görevleri ve sorumlulukları yerine getirebilme becerilerini sağlayamadığı zamanlarda da sağlıklı olmama durumundan söz edilebilmektedir. Tabi bu tanımlar günümüzde pek çok çevre tarafından hala tartışılmaktadır. Fakat kesin olan bir husus var ki oda biyopsikososyal zeminde bireyin bu bileşenlerin herhangi birinde bile görülebilecek bir rahatsızlığın totalde tüm bileşenleri olumsuz etkileyeceğidir (Somunoğlu, 1999).

Dünya sağlık örgütü tanımlamaları açısından bu bileşenleri incelediğimizde her bir bileşenin sağlık organizasyonu açısından farklı tanımlamalara sahip olduğu göze çarpmaktadır.

Bileşenleri tanımlarken karşımıza sağlık olgusu içindeki sakatlık kavramı da çıkmaktadır. Dünya sağlık örgütü tanımlamaları çerçevesinde sakatlık; bireyin uzuv parçalarının veya duyu organlarının herhangi bir hastalık veya kaza durumu sonucu ortaya çıkan işlev kaybıdır.

Bedensel iyilik hali; bireylerde fiziksel ya da biyolojik kökenli rahatsızlık veya bozukluk durumunun olmaması halidir. Biyolojik açıdan organizmanın devamlılığını sağlayacak bir düzenliliğin olması durumudur. Biyolojik iyi olma hali organizmaya sağlıklı diyebilmemiz için tek başına yeterli bir koşul değildir. Fakat kişinin içinde bulunduğu evrimsel şartlara dengeli bir şekilde uyum sağlayabilmesi için biyolojik iyi olma koşulunu sağlayabilmesi ciddi oranda önem arz etmektedir.

Psikolojik açıdan sağlıklı olma hali ise; kişinin sosyal yaşantısında gerekli iletişimi sağlayabilecek becerilere sahip olması ve kendi benliğiyle barışık bir zeminde sosyal ilişkilerini düzenleyebilme yetisine sahip olabilmesidir. Kişinin içinde bulunduğu sosyal yaşantısındaki meslek, eğitim durumu, ekonomik yeterlilik, sosyal statü, hiyerarşi basamağındaki yeri, kültürel dinamikleri gibi sosyal bileşenler bireylerin psikolojik ve sosyal iyilik hallerindeki değişimleri önemli ölçüde değiştirmekte ve etkilemektedir. Bu etkiler açık bir şekilde kişinin görünür sağlık durumunun belirleyicisi olmaktadır. Hatta bu bileşen sağlıkla o kadar iç içedir ki bireylerin doğuştan sahip oldukları genetik faktörlerin bile sonucu olabilecek kritik aşamalara sahiptir. Ayrıca yapılan çalışmalara göre kişinin benlik oluşumunu pozitif olarak algılaması, kendisini devamlı olarak gelişme ve ilerleme halinde tutması, hayatının bir anlamı olduğuna inanması gibi faktörler kişilerin psikolojik açıdan iyi halde olmasını destekleyen faktörlerdendir (Fava & Tomba, 2009).

Tüm bu bileşenleri tek çatı altında topladığımızda sağlık olgusunun neredeyse tamamını doldurduğu gözle görülür bir gerçek haline gelmektedir. Bir bireye tüm yönlerden tam bir iyilik hali içinde diyebilmemiz için tüm bu bileşenlerin sağlıklı olması gerekmektedir. Tek bir bileşendeki aksaklık veya düzensizlik diğer bileşenlerdeki rahatsızlığa ve tıkanmalara sebep olabilmektedir. Bu durumu değerlendirdiğimizde insan organizmasının bir bütünü temsil ettiğini ve tüm parçaların birbirine bağlı olduğunu söyleyebiliriz.

2.2. Sağlığı Etkileyen Faktörler

20. yüzyılın bitimiyle beraber 21. yüzyıldaki insanlık pek çok olumsuz faktörle karşı karşıya kalmıştır. Nüfus oranındaki fazlalık, teknolojik gelişmelerin zarar verici etkileri, yaşam şekillerindeki hızlı değişimler, ekonomik faktörler bireylerin sağlık sisteminde ciddi rahatsızlıklara sebebiyet vermiştir. Özellikle stres faktörlerinin artmasına bağlı yaşanan stres belirtileri sağlığı etkileyen önemli faktörlerden biri haline gelmiştir (Arena & Warwick, 1995).

Sağlığın tarihçesi incelendiğinde insanlık aşamaları gibi sağlığında evrimsel temelde ilerleme ve değişiklik göstererek bu günlere geldiği anlaşılmaktadır. Yani insanlar gibi sağlık da evrimini tamamlayarak insan nesliyle paralel olarak bu günlere gelmiştir. Bu evrimsel süreçte pek çok hastalık türediği gibi insanlık tarihini yıkıma uğratan pek çok rahatsızlık ve hastalıkta tarihin tozlu sayfalarında yerini almıştır. 21. Yüzyıla baktığımızda gelişen ve değişen dünya çerçevesinde pek çok yeni hastalığın literatürde daha fazla yerini aldığı görülmektedir. Kiloya bağlı obezite bozuklukları, kanserler, kardiyovasküler rahatsızlıklar, radyasyon yayan cihazların kullanımının fazlaşmasına bağlı gelişen kritik hastalıklar bu yüzyılda sağlığı etkileyen önemli başlıklar haline gelmektedir.

Günümüzde yaygın olarak görülen hastalıklara bağlı olarak dünya sağlık örgütü dünyada sağlığı etkileyen pek çok kriteri gündemine taşımıştır. Bu kriterler değerlendirildiğinde pek çok başlık karşımıza çıkmaktadır. Bu bileşenler şu şekilde sıralanabilir:

- Bireylerin eğitim durumu ve okuma yazma bilme oranı,
- Kişilerarası iletişim ve ilişkiler,
- Toplum tarafından sevilme ve kabul görme,

- Sosyal destek mekanizmalarının adaletli çalışması,
- Fiziksel ortamın sahip olduğu bileşenler,
- Cinsiyet rolleri ve cinsiyete toplumdaki bakış açısı,
- Kişinin sahip olduğu genetik materyallerin özellikleri,
- Bireyin içinde bulunduğu kültür ortamı,
- İçinde bulunulan ortamın çocuk gelişim evrelerine verdiği önem,
- İş ve iş sağlığına verilen önemin değeri gibi faktörler belirtilebilmektedir.

Sağlığı etkileyen faktörlerin niteliği kadar bu bileşenlerin oranını sağlıklı ve doğru bir şekilde literatüre aktarabilmek için gerekli nicel verilerde sağlığın gelişimi ve elde edilen oranların doğruluğu açısından önemli bir sorunun varlığını ortaya çıkarmaktadır. Bu durumda nitel olguların doğruluğu kadar nicel verilerin bu doğruluğu onaylaması önem arz etmektedir. Yani elde edilen bileşenlerin ölçülebilmesi varılan sonuçların değeri açısından ciddi önceliğe sahip olmaktadır. Elde edilen olguların objektif temele dayanması o ülkenin veya bireylerin sağlık düzeylerinin belirlenmesi ve evreni temsil etmesi açısından önemli bir yere sahip olmaktadır. Bu güvenilirliği sağlayabilmek için en çok kullanılan yöntemler istatistiksel programlar ve nicel araştırma yöntemleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık sisteminde oluşan veya oluşabilecek sorunların tespiti ve önlenmesi için en güvenilir yol istatistiksel yöntemlerdir. Elde edilen nicel verilerle sağlık sistemindeki sorunların açıklamalı analizinde nicel veriler bizi doğru sonuçlara ulaşmaya daha yakın hale getirmektedir. Elde edilen istatistiksel sonuçların belirli kurum ve kuruluşlar tarafından sık sık tekrarının sağlanması periyodik olarak güvenilirliğinin kontrol edilmesi sağlık ölçümlerinin sağlıklı ve güvenli temelde devamlılığının sağlanması açısından önemlidir.

Sağlık sistemindeki bu ölçüm ve tekrarlar bizleri sağlık hizmetleri kavramı ve bu hizmetlerin sağlık olgusunun sağlanması açısından gerekliliği tartışmaları zeminine ulaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin varlığı ve ne olduğu tartışmaları üzerine literatür taraması esnasında dikkat etmemiz ve öncelik vermemiz gereken en önemli konulardan birisi de sağlık olgusunun tarihçesidir.

2.3. Sağlık Kavramı ve Tarihçesi

Sağlık uzun bir süre bireyler ve sağlık lisansiyerleri tarafından hastalık veya ölüm durumunun olmaması gibi negatif süreçlerin olmaması hali olarak tanımlanmış, bireylerde hastalık veya ölüm olgusunun bulunmaması pozitif bir durum ve sağlığın belirleyici faktörü olarak kabul görmüştür. Sağlıklı bireyler bu bileşenleri taşımayan normal bireyler olarak ifade edilmiştir. Böyle bir kısa yola başvurulmasında tanımlamanın negatif bileşenlerle daha kolay ve kısa zamanda yapılmak istenmesi düşünülebilir. Öyle ki 20. Yüzyılın başlangıcında bile hastalıkların pozitif bileşenlerinden çok negatif bileşenlerinin varlığı sağlık tanımlanmasında önemli bir yere sahipti. 20. Yüzyılın ortalarına doğru bu tanımlamada değişiklikler gözlenmeye başlamıştır. Artık negatif öğelerden çok pozitif bileşenlerde sağlığın faktörleri arasında yerini almaya başlamıştır. Bu süreçte bakıldığında gerçek olgularla bilimin eşitlenmesi arasındaki makasın oldukça açık olduğu göze çarpmaktadır. Sağlık olgusunun tek bir bacağıyla değil kendisini oluşturan tüm öğelerle beraber değerlendirilmesi süreci bu gerçeklikle bilimin arasındaki makasın azalmaya başlamasıyla gerçekleşmesi mümkün olmuştur.

Yirminci yüzyılın ikinci yarısına geçmeden sağlık olgusunda pozitif bileşenlerin varlığı gündeme gelmeye başlamıştır. Bu yıllarda sosyal ve ekonomik faaliyetlerdeki gelişmeler bireylerin yaşam ömrünün uzamasına olanak sağlamış buna bağlı olarak sağlıktaki pozitif olguların daha fazla gündeme getirilip üzerinde araştırma yapılmasına zemin hazırlamıştır (Hamzaoğlu, 2010).

Bu süreçte sağlık alanındaki olumlu gelişmeler daha çok görünür hale gelmeye başlanmış dolayısıyla sağlık alanındaki kavramların değişmesi gerekliliği düşüncesi hızla kabul görmeye başlamıştır. Sağlık tanımı önceleri sadece sağlık camiası tarafından üzerinde çalışılan ve yorum yapılan bir alanken pozitif anlamdaki hızlı gelişim ve değişimlerle beraber düşünsel zeminde ve diyalektik çevrede de ilgi çeken ve üzerinde çalışılan bir konu haline gelmiştir.

Bu dönemde özellikle sosyalist rejimin etkisinin artmasıyla emek veren çalışanlar yani emekçiler sağlık kavramının günümüzdeki haline evrilmesinde büyük rol oynamışlardır. Öyle ki bu durum sağlık kavramlarının günümüzde kullanılan haliyle gündeme gelmesine zemin hazırlamıştır. O dönemde emekçi kesimin etkilerinin yansımasıyla hastalık kavramı yerine günümüzdeki anlamına yakın sağlığın

sürdürülmesi ve korunmasının sağlanması terimleri kullanılmaya başlanmıştır. Aynı zamanda birey odaklı sağlık kavramı yerine “toplum” ifadesi kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık kavramlarındaki bu değişim pek çok algının değişmesini sağlamıştır. Birey tanımı yerine toplum merkezli olguların kullanımı sağlık sistemini toplum bünyesinde değerlendirme sürecini başlatmış ve buna bağlı olarak sağlık tanımı somut, mekanik veya tamamen tıbbi terimlerden arınarak daha soyut ve bütüncül alt yapıya sahip bir olgu haline gelmiştir. Bu durum incelendiğinde bu süreçte sağlık sisteminin toplumsal yaşamın etkilerinden otomatik olarak etkileneceği ve toplumsal etkilerin yönlendirmesine açık hale geleceği netlik kazanacaktır. Sağlığın toplumsal zeminin sonucuna sıkı sıkıya bağlı olduğu bu süreçte toplumsal pek çok konuyu yakından takip ve denetimi altına alan Birleşmiş Milletler Topluluğu da sağlık kavramı üzerine pek çok tanımlamalar ve denetim mekanizmaları geliştirmiştir. Birleşmiş Milletlerin faaliyetleri sonucu İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ortaya çıkmış ve toplumsal hayata etkisi çok fazla olan pek çok kazanım sağlanmıştır. Bu kazanımlar arasında eğitim, sağlık, çalışma koşulları, konut dokunulmazlığı gibi pek çok öncelikler belirlenmiştir (Hamzaoglu, 2010). Bu dönemde alınan ilerlemelerle Dünya Sağlık Örgütü de birleşmiş milletlerin bünyesine dahil olmuştur. Sağlık kavramının tüm kuruluşlar tarafından ortak tanımlamalarla belirtilmesi süreci hızlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü diğer milletlerin katılımıyla gerçekleştirdiği Uluslararası Sağlık Konferansında sağlık kavramını 19-22 Haziran 1946 tarihlerinde günümüze yakın anlamıyla belirlemiştir. Sağlık kavramıyla ilgili benimsenen kurallar 61 üye ülkenin onayıyla 22 Temmuz 1946 tarihinde kabul edilip imzalanmıştır (Hamzaoglu, 2010). Yaklaşık iki sene sonra yani 7 Nisan 1948 tarihine gelindiğinde Dünya Sağlık Örgütü üye ülkelerce de imzalanan bu maddeleri bizzat kendi anayasasının önsözüne eklemiştir. Bu önsözde sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmaması olarak değil, biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olma durumu olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütünün uluslararası ülkelerin onayıyla da kabul edip benimsediği bu sağlık kavramı günümüze kadar üzerinde değişiklik yapılmadan gelmiş ve güncelliğini korumuştur.

Tüm bu süreç incelendiğinde sağlık kavramının ne kadar zor ve kompleks bir yapı olduğu bu nedenle tanımlama aşamasının çok meşakkatli bir süreç olduğu görülmektedir. Öyle ki sağlıkla ilgili tanımlamalar incelendiğinde sadece Dünya Sağlık Örgütü değil bunun yanında pek çok bilim çalışmacısının da bu kavrama açıklık getirmek için çaba sarf ettiğini görmekteyiz.

Bu tanımlamalar incelendiğinde Aggleton'un sağlık kavramı (1990) göze çarpmaktadır. Aggleton sağlığı tanımlayabilmek için pek çok yol ve yöntemin olduğunu belirtmiştir. Bu süreçte karşılaşılan en büyük sorunun sağlık tanımının formal ve formal olmayan kuruluşlar tarafından yapılan tanımlamaları olduğunu belirtmiştir. Formal tanımlamalar incelendiğinde bunların sağlık kurumlarında çalışan sağlıkçı ve bilimcilerin ifade ettiği tanımlamalar olduğu görülmektedir. Formal olmayan tanımlamalar incelendiğinde bu tanımların sağlık çalışanı ve bilimcisi olmayan kişi ve kurumların ifade ettiği tanımlamalar olduğu görülmektedir. Birey ve kuruluşların sağlık tanımıyla ilgili bu yorumları zaman içinde değişiklik gösterip farklılaşabilmektedir (Somunoğlu, 1999).

Diğer tanımlamalara bakıldığında Robinson ve Elkan'ın (1996) sağlık tanımlamaları da dikkate çarpmaktadır. Robinson ve Elkan sağlık kavramını, açıklanması zor bir olgu olarak ele almıştır. Sağlık kavramı açıklanırken pozitif ve negatif faktörlerin varlığı veya yokluğu sağlık tanımı açısından önem arz etmektedir. Robinson ve Elkan sağlık tanımının pozitif olgular üzerinden açıklanmak yerine negatif bileşenlerin yokluğu üzerinden tanımlandığını vurgulamıştır (Somunoğlu, 1999). Yani iyilik halinin olması gibi pozitif bileşenler yerine hastalık ve rahatsızlık halinin olmaması gibi negatif bileşenlerin öncülüğünde açıklandığını belirtmişlerdir. Negatif açıklamalar belirtildiğinde karşımıza çıkan en önemli sorun uluslararası arenada kabul edilebilecek ve kişilerin hastalık hali içinde olup olmadıklarını belirtebilecek ve kıstas niteliği taşıyacak düzgülerin olmamasıdır. Bu şekilde tanımlanan sağlık kavramı sağlığın sadece hastalık ve sakatlık halinin varlığı sonucunda tanımlanabilecek bir olgu olduğu sonucuna ulaştırmakta ve dünya sağlık örgütü tarafından da onaylanan sağlığın korunması ve devamının sağlanması ilkesine ters düştüğü görülmekte ve buna bağlı olarak sağlığın geliştirilmesi üzerine çalışılan düşünce ve planlamalara ters düştüğü açık bir şekilde görülmektedir.

Sağlık kavramının pozitif tasvirleri incelendiğinde pozitif ilkelerle beraber negatif unsurları da (hastalık halinin olmaması) içerdiği görülmektedir. Sağlık faktörünün pozitif unsurları açısından herkesin aynı fikirde olduğu bir sağlık tanımı henüz tam olarak yapılamamıştır. Bu çerçevede Seedhouse'un (1996) sağlık tanımına baktığımızda sağlığı, birçok hususiyetin varolması, bulunması ve pek çok özellikleri barındırması açısından tasniflemektedir. Bu tasnifler; optimum bir durum olarak sağlık, psikolojik ve fiziksel entegrasyon olarak sağlık, bir meta olarak sağlık, kabiliyet ve şahsi güç olarak sağlık ve son olarak şahsi gizil yani potansiyel sağlık olarak belirtilmektedir (Seedhouse, 2004).

Sağlığın pozitif bileşenler çerçevesinde değerlendirme sürecine bakıldığında yine Robinson ve Elkan'ın görüşleri ön plana çıkmaktadır. Robinson ve Elkan (1996) bu süreçte sağlığı "bireylerin hayata iştirak etme kabiliyeti" olarak tarif etmişlerdir. Bu zamanlara yakın Bowling'in (1992) sağlık tanımı incelendiğinde "anksiyete verici durumlarla baş edebilme, toplumsal olgularla uyum, toplumsal destek yöntemlerinin düzenlenmesi, güçlü duygusal moral düzeyi, yaşama karşı hissedilen doyum, biyolojik ve ruhsal iyilik entegrasyonunun sağlanması" özeti karşımıza çıkmaktadır (Somunoğlu, 1999).

Slee ve diğerlerinin (1996) sağlık kavramı tanımlamaları incelendiğinde sağlığı biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden iyilik hali içinde olarak tanımladıkları ve sağlığın "günlük yaşamın referansı" şeklinde algılandığını belirtmişlerdir.

Larson'a (1991) göre, Amerikalılar sağlık kavramını "bireylerin neyi uygulamaya gereksinim duyuyorlarsa onu gerçekleştirebilme kabiliyeti" olarak tasfir etmektedirler.

Goldsmith'in tanımlamaları incelendiğinde, Goldsmith sağlık olgusunun ölçülmesine yönelik çalışmalardan önce sağlık kavramının ve sağlık konumunun daha örtüsüz ve net tasvirinin yapılması gerekliliğini ifade etmiştir. Hadley'in çalışmalarından etkilenecek sağlığı tanımlayan Larson'a göre sağlık tanımı, yalnızca rahatsızlık veya sakatlık halinin olmaması durumu değil, bununla birlikte bireylerin olağan etkinliklerini ve sorumluluklarını icra edebilme ve içinde bulundukları iyilik halinin sürdürülmesi ve devamının sağlanması gibi süreçleri de içeren kompleks bir yapıdır (Somunoğlu, 1999).

2.4. Öfke Tanımı

Öfkenin tanımı, kişinin ileriye dönük amaç, gereksinim ve arzularının engellenmesi ve kişinin pek çok adaletsizliğe maruz kalması sonucunda kendisini ve hissettiklerini pozitif durumlar aracılığıyla ifade edememesi sonucu hissettiği duygu durumudur. Öfke duygusu incelendiğinde her ne kadar olumsuz bir durumu çağırırsa da öfke aslında normal ve bazen de olması gereken faydalı bir dışavurumdur (Bölümü, 2017). Öfke genel olarak hafif düzeyde yaşanan düş kırıklığından oldukça kuvvetli kızgınlık ataklarına kadar çeşitli yoğunlukta yaşanan süreçleri kapsamaktadır. Bu sürece genel olarak vücudumuzun hormonal, ruhsal ve fizyolojik pek çok süreci de dahil olmaktadır. Literatür incelendiğinde bazı kuramcı ve düşünürlerin öfkeyi olumsuz bir duygu olarak algıladıkları görülmektedir. Bu düşünürlerle karşı olarak öfke duygusunun kendisinin değil dışarıya ifade edilmiş tarzının olumsuz olduğunu düşünen pek çok kuramcı bulunmaktadır. Gerçek şudur ki öfke hissettiğimiz ve ifade ettiğimiz kök ve başlıca duygularımızdan birisidir (Bölümü, 2017). Burada önemli olan husus öfke duygumuzu ifade ediş tarzımızdır. İfade ediş tarzımızın normalliği belirleme aşamasında algılarımızı yönlendirmesi kadar bireylerin bu duyguyu yaşama ve ifade şekillerine olan bakış açısında sıklıkla farklılık göstermektedir. Öyle ki bireylerin yaş durumlarının önemi olmaksızın erkeklerin öfke ve öfkeyi dışa vurmuş şekilleri çoğu toplum tarafından daha ılımlı ve kabul edilebilir bir bakış açısıyla değerlendirilmektedir (Dilekler, Törenli, & Selvi, 2014).

Öfke çoğu zaman belirli veya belirsiz bir kişi veya özneye karşı durum veya düşünceden ötürü katlanılamayan durumlarda hissedilen genellikle kötü duygular hissedilmesine neden olan bazen de zarar vermek istenmesine kadar ileri gidilebilen zihinsel sürece ait bir davranış yani tutumdur (Atatür, 2011). Öfke genellikle pek çok kompleks süreci kapsamaktadır. Kötü duygu ve düşünceler uyandırsa da altta yatan nedenlerin iyice değerlendirilip sürecin bu doğrultuda tanımlanması duygunun sağlıklı dışavurumu açısından elzemdir. Öfke olgusunun temelinde üzerinde çok durulmasa da benlik saygımızla bağlantılı, bireyin kendisine saygı ve önem gösterilmediğini düşünüp buna tepki olarak kendince başkaldırı niteliği taşıyan bir benlik haykırışı mevcuttur.

Bu sürece bağılı olarak benliğinin zedelendiğini ve kendisine saygı gösterilmediğini düşünen birey kendisini bu içine düştüğü olumsuz durumdan koruyabilmek için yoğun direnç duvarları arkasına saklanmayı tercih eder. Bu süreçte öfke duygusuyla sarılan ve sarsılan birey gereksinimlerini, kişisel kıymetini ve çoğu zaman yol göstericisi olduğuna inandığı inançlarını koruyabilmek için kendisini bu değerlerinin askeri ve koruyucusu statüsüne yerleştirir. Her birey gibi öfke duygusuyla hiddetlenen bireyler de değerli olduklarını duymak ve hissetmek isterler. Buna bağılı olarak kendilerine verilen önemin ışığında davranış ve düşüncelerinin onaylanmasını ve bunu destekleyecek şekilde önemlilik hallerinin diğer bireyler tarafından pekiştirilmelerini beklerler. Bu beklentileri karşılanmadığında bireyler kederlenirler ve genellikle öfke duygularında artma göstererek hiddet seviyesine varan dışavurumlarda bulunabilirler. Öfke duygusunun kök kaynağı ne veya kim olursa olsun her birey öfke duygusuna sahiptir ve öfke hissiyatı diğer duygularımız kadar normal ve çoğu zaman iyileştirici öğeler barındırabilecek insani ve bir o kadar da doğal bir faktördür.

Öfke duygusunun oluşum ve itki süreci incelendiğinde çarpıtılmış bir zihinsel sürecin ön plana çıktığı görülmektedir (Dilekler, Törenli, & Selvi, 2014). Birey çoğu zaman somut durumun, düşüncenin ya da etkilenilen yaşantının negatif niteliklerinden olumsuz etkilenir ve bu süreci olduğundan farklı ve fazla oranda abartır. Hatta çoğu zaman bireyler bu negatif nitelikleri o kadar abartır ve süreci o kadar bastırır ki ortaya gerçek durumla uyuşmayan farklı bir hikaye de çıkabilir. Öfke duygusu her zaman yaşanan bir olayın üzerine hissedilmez. Bazı durumlarda geçmiş yaşantı da yaşanan bir durum veya hissiyat gelecekteki öfke duyumunun sebebi olabilir. Literatür çoğu zaman öfkeli bireyleri kırılmış ve hayal kırıklığı sonucu duyguları incinmiş kişiler olarak tanımlamaktadır. Bu hayal kırıklığı hissi genellikle kök yaşantılarımızda bizim için çok kıymetli olan hayatımızın kilit noktası görevini üstlenebilecek bireyler tarafından maruz kaldığımız travma ve reddediliş acılarının sonucu olarak yıllar sonra bile varlığını sürdürebilmektedir. Bu tip bireyler erişkin yaşlarında bile travma ve reddediliş karşısında yıllar öncesindeki incinmişlikleri kadar derin acılar çekebilmektedir ve bu hüzün halini öfke olarak dışa vurabilmektedirler. Öfke duygusu genel olarak bireylerin sahip olmak istemedikleri bir duygudur (Efilti, 2006).

Çünkü öfkeli birey başkasına olduğu kadar çoğu zaman en büyük yara ve zararı kendisine verebilmektedir. Öfke duygusu ağır basan bireyler incelendiğinde kök inançlarında benzer kalıpyargıların olduğu görülmektedir. Bu bireyler genel olarak dünyaya karşı yoğun bir güvensizlik duygusu içerisindeyler. Dünyanın ve insanların çok tehlikeli olduğuna bu nedenle hiç kimseye güvenmemeleri gerektiğine inanırlar. Hissettikleri ve dışa vurdukları bu öfke duygusu, çocukluk zamanlarında maruz kaldıkları ihmal, istismar, aşağılanma, hor görülme, reddedilme iletilerine karşı kırılmışlıkları ve hüsrana uğramaları sonucu hissettikleri acı hissiyatının günümüze yansıyan gölgesidir.

2.5. Öfkede Temel Mekanizmalar

Freud'un öğretileri ve çalışmaları incelendiğinde bireyin duygu ve davranışlarının kişinin farkında olmadığı pek çok süreç tarafından yönetildiği görülmektedir. Freud bu süreci literatürde bilinçdışı süreçler olarak ifade etmektedir. Bilinçdışı süreçlerimiz değerlendirildiğinde bu süreci etkileyen iki önemli bileşen gündeme gelmektedir. Bunlar arzularımız ve dürtülerimizdir (Sevinç, 2019).

Bilinçdışımız çoğu zaman bu iki etken tarafından yönetilmektedir. Dürtülerimizin birincil amacı organizmayı ödüle ulaştırmak ve acıdan kaçmaktır. Tüm psikoloji literatürü incelendiğinde herkesin hemfikir olduğu bir süreç vardır. O da organizmanın nihai amacının doyuma ulaşmak için acıdan kaçmak ve birincil amacının hazzı ulaşmak olduğudur. Acıdan kaçan ve hazzı ulaşan birey dürtülerini doyurabilmekte ve organizmanın anksiyete durumunu yatıştırabilmektedir. Fakat dürtülerimizin doyurulması sadece acıdan kaçma süreciyle tamamlanacak bir durum değildir. Freud'a göre dürtülerimizin sağlıklı doyumu ruhsal bileşenlerimizi oluşturan katmanların ahenkli ve eşgüdümlü faaliyet ve organizasyonuna bağlıdır. Ruhsal bileşenlerimiz id, ego ve süperegö adı verilen üç önemli ruhsal yapı taşından oluşmaktadır. Freud'un tanımladığı bu ruhsal bileşenler arasındaki uyum id, ego ve süperegönün sağlıklı entegrasyonuna bağlıdır.

Öfke kavramını farklı literatür çevreleri tarafından değerlendirecek olursak karşımıza genellikle aynı anlama gelen fakat farklı çıkarımları oluşturan pek çok tanım çıkacaktır. Fakat buna rağmen öfkeyi nesne olarak temsil ettiği şeyin ötesinde, algısal olarak pek çok anlama gelecek şekilde tanımlamaları içerse de tanımları tüm durumlara uyarlayabileceğimiz şekilde açıklamak henüz mümkün görünmemektedir. Çünkü öfke kavramı kendi içerisinde pek çok optimum katmanlara sahiptir. Bunun yanında öfke duygusunun bireyi tehdit eden nesne veya durumlara karşı yöneltilen bir duygu olduğu fikri çerçevesinde çoğu araştırmacı hemfikirdir. Örneğin Navaco (1998) öfkeyi, “Negatif bir durumun yansıması olarak duyumsanan birey ya da nesnelerce kışkırtılmış bir karşılığın veya hasımlığı barındıran negatif bir duygu “ olarak açıklamıştır. Feindler’in (2006) açıklamaları incelendiğinde öfke kavramını düş kırıklığı, üzüntü veya incinmişlikten kızgınlık ve öfkeye kadar ulaşabilen bir çeşitlilik zemininde ifade edilebileceği belirtilebilmektedir.

Power ve Dalglish’in (2008) öfke tanımına bakacak olursak öfkeyi belirli alt katmanlara ayırdığını görebiliriz (Dilekler, Törenli, & Selvi, 2014). Öyle ki bu duygular hiddet, incinme, elem, düşmanlık, kıskançlık, düş kırıklığı, haset, engellenme, kızgınlık vb. şeklinde sıralanabilir. Power ve Dalglish’e göre “öfke ve kızgınlık içerik olarak birbirlerine fazlaca yakın duygulardır. Fakat bu iki benzer duygu karşılaştırıldığında öfkenin kızgınlığa göre daha yoğun bir duygu olduğu ve bireylerarası yansımasının daha fazla görüldüğü bir duygu yoğunluğu olduğu görülmektedir.” Davranışlara yansıma süreci incelendiğinde öfkenin kızgınlığa göre öç (intikam) alma isteğini daha fazla uyandıran bir duygu olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kişi öfkesini bastıramayıp öç alma yoluna başvurduğunda saldırgan davranışlarında artma görülmesi oldukça yüksek bir olasılıktır (Dilekler, Törenli, & Selvi, 2014).

Öfke konusu incelendiğinde bu duygunun doğallığı ve hissettirdikleri kadar davranışa yansıyacak kadar şiddetli saldırganlık dürtülerini hareketlendirebilecek güçlü itkilere sahip bu duygunun nasıl yönetileceği sorunu öfke kavramının kendisi kadar önemli bir mevzudur.

Öfke ve yönetimi konusunda çalışmalar yapan Psikolog Dr. Jerry Deffenbacher, bazı bireylerin diğer kişilere oranla öfke dürtülerinin daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Hatta bu bireylerin normal bir insana oranla daha hızlı öfkelenip tepki verdiklerini gözlemlemiştir. Deffenbacher’e göre bu tür bireyler davranış boyutunda herhangi bir hiddet veya saldırganlık göstermeseler de çevreleri

tarafından aksi ve geçimsiz bireyler olarak tanımlanmaktadır. Bu bireylerin devamlı asabiyet hali içinde olduğu sıklıkla fark edilebilmektedir. Fakat bu durum şiddete başvurmadıkları için olumlu bir sonuç olarak değerlendirilse de bu tür yoğun öfke duyguları barındırıp içine atıp sessizleşen bireyler bir süre sonra kendilerini hastalık gibi kişiyi negatif etkileyen durumlara maruz bırakabilmektedirler (Dahlen & Deffenbacher, 2001). Durum odaklı bakışın dışında bu tür kişilerin kişilik örüntüleri incelendiğinde kök kısımda sabit kalan ve anksiyeteye karşı düşük toleranslı kişilik dinamiklerinin olduğu görülmektedir. Bu tür düşük toleranslı bireyler stres faktörlerine ve reddedilmeye karşı aşırı duyarlıdırlar. Taraflarına karşı yapılan herhangi bir engelleyici ve kırııcı müdahalede oldukça öfkelenir ve kontrolü kaybederler. Öfke ve dinamikleri incelendiğinde bu duyguya sebebiyet veren olguların kategorizasyonu araştırmacılar tarafından uzun süreler tartışma konusu olmuştur. Kısacası öfkeye neden olan faktörler kişisel midir, yoksa çevresel faktörlerin etkisi daha mı fazladır soruları öfke kavramının kök sorunlarından birisidir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde bu sorulara en sık verilen cevapların biyolojik (genetik) ve fiziksel etkenlerin olduğu görülmektedir. Bu etkenlere ek olarak bazı çalışmalar öfkenin nedenleri arasında ekonomik ve sosyal dinamiklerin varlığını da göstermektedir. Kişiler öfke duygusuna yoğun bir şekilde saplandıkları zaman bunun üzüntü, mutluluk, kaygı vb. duygular gibi olağan duygulardan öfkeyi farklılaştırıp sanki çok kötü bir hissiyatın için bulunduklarını düşünüp utanç duydukları için çoğu zaman öfkelerini ifade etmeme yolunu tercih ederler. Bu tip bireylerin aile yaşantıları incelendiğinde öfke örüntüsünün çocukluk çağının geçtiği aile ortamından yüksek düzeyde etkilendiği apaçık bir gerçektir. Duyguları tahrip edici, katı kuralları olan, duyguları sağlıklı zemin ve iletişimde ifade etmeye açık olmayan ailelerin bireyleri genellikle çok hiddetli ve asabi diye nitelendirdiğimiz kişilerin, içinde yetiştikleri aile profili olmaktadır (Dilekler, Törenli, & Selvi, 2014).

Öfke geçmiş çocukluk yaşantılarımızla da bağlantılı pek çok bilinçdışı süreçleri kapsamaktadır. Bu nedenle öfke yönetiminin sağlıklı yapılabilmesi için bu bilinçdışı süreçlerin çok iyi analiz edilmesi gerekmektedir. Bireyler zaman zaman bilinçdışı süreçleri olduğu kadar bilinçli süreçleri de öfke yönetimi sürecine dahil edebilmektedirler. Bu öfke yönetiminin en önemli aşamaları üç maddede açıklanabilmektedir. Bunlardan birincisi öfkeyi ifade etmektir. İkincisi öfkeyi bastırmayı tercih etmektir. Üçüncü olarak son yaklaşım ise öfke durumunda sakin

kalmayı tercih etmektir. Tüm bu yaklaşımlar değerlendirildiğinde öfkeyi yaşamamanın en sağlıklı ve güvenli yolu öfkeyi davranışsal ve şiddete varan yöntemlerle değil daha defansif tepkilerle karşılamak ve değerlendirmektir. Öfke yapısı gereği bastırılabilen, farklı bir duyguya çevrilebilen ve farklı nesne veya kişilere yansıtılabilen bir duygu niteliği taşımaktadır. Farklı bir duyguya çevrilmeyen ya da yönlendirilmeyen öfke eğer kişinin bu yüksek tahrip edici duyguları iç dünyasına bastırırsa kişide yüksek tansiyona, kalp ve damar rahatsızlıklarına ya da depresyon gibi ruhsal rahatsızlıklara sebebiyet verebilmektedir.

Öfkenin bastırılması durumunda ruhsal rahatsızlık ve kişilik bozuklukları azımsanmayacak seviyede bireylerin sağlığını ve sosyal kimliklerini etkileyebilmektedir. Bu tip bireyler çoğu zaman öfke möbetlerin de pasif agresyon yöntemlerini tercih edebilmektedirler. Kişiler bu pasif agresif davranışları genellikle insanları alaya almak, kırıcı konuşmak, küçümsemek, uyumsuz ve küstah tavırlar takınmak gibi dolaylı davranışlarla göstermektedirler. Bu nedenden ötürü bu tür bireyler insanlarla sağlıklı ve sağlam iletişim bağları kuramazlar, oluşan problemleri yapıcı bir şekilde çözümleyemezler (Dahlen & Deffenbacher, 2001).

2.6. Öfke ve Kuramsal Yaklaşımlar

Dünyada öfke kavramının incelenmesini hızlandıran pek çok gelişme yaşanmıştır. Öncelikle Avrupa'da hızla yayılan işçi hak eylemleri ve ABD de görülen insan hakları eylemleri ve bu süreçte kadın ve erkeklerin haklarının arasındaki adaletsizliğe bağlı gelişen ayaklanmalar ve adalet arayışları öfke kavramının daha yakından incelenmesine zemin hazırlamıştır. Bu dönemdeki gelişmeler incelendiğinde toplumsal yaşamda kartopu gibi büyüyen mücadele ve ayaklanma hareketinin önüne geçilememesi bu duygunun anlaşılması gerektiğine olan ihtiyacı arttırmıştır (Bölümü, 2017).

Öfke kavramının anlaşılmasının tarihsel süreci incelendiğinde karşımıza birbirine yakın olmayan uzun yılları kapsayan bir süreç çıkmaktadır. 1800'li yıllar dünyadaki gelişmelere bağlı olarak öfke kavramına yeni yönelimlerin başladığı yıllar olmuştur. Bu yıllarda öfke tüm katmanlarıyla aydınlatılamasa da öfkenin kendisinin ne olduğuna dair ilgi ve araştırmalarda artış gösterilmiştir. 1970'li yıllara gelindiğinde öfkenin terim anlamı üzerinde yoğunlaşan çalışmalar artık öfkenin duygu olarak ne olduğu ve kişilerde neye hizmet ettiği şeklindeki duygu yaklaşımıyla tanımlanmaya

başlanmıştır. Öfkenin bu şekilde duygu öznesi içindeki tanımına erişebilmek uzun senelerin geçmesi sonucu ulaşılabilmektedir.

Öfke tanımının içeriğiyle ilgili ilk çok boyutlu çalışmalar yapan araştırmacılardan birisi de Navaco'dur (1975). Navaco'nun öfkenin literatürdeki yerine yönelik açıklamaları o dönem oldukça dikkat çekmiştir. Çünkü Navaco öfke nosyonunun uzunca yıllar bir problem olarak görülmemesini ve psikoloji camiası tarafından üzerinde çok durulmayıp ötekileştirilen bir duygu olmasını eleştirmiştir (Novaco, 1979). Öfke kavramının psikoloji literatürü tarafından uzunca seneler önemsenmemesinin nedeni öfke duygusunun başlı başına bir konu olarak seçilmesinden çok saldırganlık ve şiddet gibi hiddetin davranışsal boyutlarının içinde değerlendirilmesidir.

Şiddet ve saldırganlığın araştırmacılar tarafından incelenmesi ve anlaşılabilmesi somut göstergeler içerdiği için her zaman daha kolay olmuştur. Fakat öfke kavramı somut göstergelerden çok kişiden kişiye değişen öznel çıkarımları ve boyutları oluşturmaktadır. Bu nedenle öfke kavramının nesnel zemine oturtulup çerçevesinin oluşturulması araştırmacılar açısından daha zor bir durum olmaktadır. Bu süreç çalışmacıların öfke kavramını önemsemiyor görünüp gölgede bırakmalarının en önemli nedenini oluşturmaktadır (Özmen, 2004).

1960'lı yıllardan sonra Novaco ile gündeme gelen öfke tanımı şu anda varlığını sürdürerek araştırma konularının önceliği haline gelmiştir. Öfke kavramının içeriği incelendiğinde günümüzde pek çok psikoloji araştırmacısı öfke kavramı üzerine açıklamalar getirebilmektedir. 2001 yılına gittiğimizde Westermayer'in öfke kavramını kaygı kavramıyla karşılaştırarak açıklamıştır. Westermayer'e göre öfke, kaygı yani anksiyete duygusunda olduğu gibi emosyonel, fiziksel ve biyolojik kaynaklı pek çok katmanı içeren bir duygu örüntüsünü oluşturmaktadır. Westermayer'e göre bireyler yaşamda kalma iç güdüsüyle hareket etmektedir. Bu hayatta kalma sürecinde öfke, bireyi harekete geçiren ve bazen de koruyan bir itki görevi üstlenmektedir (Özmen, 2004).

Şuan içinde bulunduğumuz yıllara geldiğimizde öfke ve hiddet davranışlarının şuan bile toplumsal yapı için büyük sorun teşkil ettiği görülmektedir. Üzerinden geçen uzun yıllar öfke kavramının görünürlüğünü arttırmış fakat öfkenin azaltılması veya

yok edilmesine yönelik iyileşmeyi sağlayamamıştır. Bu durum toplumun tüm kesimlerini olduğu kadar özellikle öfkeli insanlarla birebir iletişimde olmak zorunda olan kişi ve kurumları endişelendirmektedir. Çünkü öfke duygusunun yıkıcı davranışsal yansımaları korumasız birçok kişiyi tehlike altında ve savunmasız bırakmaktadır. Bu nedenle kişilerdeki bu yıkıcı davranışsal süreçlerin iyi değerlendirilip etkili önlemlerin alınması gerekmektedir. Çünkü öfkeyi tanımlamak kadar öfkeyi denetleyebilecek becerilerin kazanılması öfkenin tanımı kadar önemli bir handikap sürecidir.

Öfke duygusuna bağlı yıkıcı davranışların sosyal ayağı incelendiğinde yalnızca bireylere verdiği zararlar kadar toplumsal düzeyde verimliliğin azalmasına ve sosyal doyumu azalmasına bağlı olarak ekonomik boyutu da negatif etkilediğinin sonucuna ulaşabilmekteyiz. Öfkenin toplumsal yıkıcılığı da göz önüne alındığında öfke de iyileştirme programlarının yürütülmesi elzem hale gelmektedir. Bu zorunlu programların oluşturulabilmesi için öfke kavramının kuramsal alanı çok iyi analiz edilip açıklanmalıdır.

2.7. Kuramsal Bakış

Öfke duygusunun tarihçesi incelendiğinde öfkenin yakın zamanlara gelindiğinde literatürde daha fazla bahsedildiği ve öfke üzerine araştırmalar yapıldığı görülmektedir. Öfke kavramını tanımlayabilmek için bu alandaki kuramsal yaklaşımların tanımlamaları büyük önem kazanmaktadır. Öfke kavramının psikolojik bir sisteme ait olduğu yaklaşımlar değerlendirilirken ihmal edilmemelidir (Smedslund, 1993).

Öfke duygusunun literatür çerçevesinde günümüze yakın çerçevesinin oluşması 1900'lü yıllardan sonra görülmeye başlanmıştır. Literatürde öfke kavramı üzerine açıklamalar getiren pek çok araştırmacı ve kurum bulunsa da bu alanda dikkat edilmesi gereken en önemli yaklaşımlar psikoloji alanındaki kuramsal yaklaşımlardır. Tarihsel sıralama dikkate alındığında öfke duygusu üzerine kuramsal çalışmalar yapan ilk kuramcılar James ve Lang olduğu görülmektedir. Her ne kadar James ve Lang kuramı içerisinde birlikte anılsalar da James ve Lang öfke üzerine çalışmalarını ayrı zamanlarda yapmışlardır. Fakat öfke üzerine yaptıkları açıklamaların birbirlerinin açıklamalarına yakın olmasından ve kuram çalışmalarının zaman aralıklarının

birbirlerine yakın olmasından ötürü literatürde isimleri aynı kuram içinde birlikte kullanılmaktadır.

James ve Lang Kuramı, öfke kavramı üzerine kuramsal alt yapıyı oluşturan ilk çalışma ürünü olması açısından oldukça önemli bir kuramdır. Bu kuram incelendiğinde, kişilerin sosyal çevresinden gelen uyaranların fizyolojiye etkileriyle bireylerde fiziksel ve davranışsal tepkilerin açığa çıktığı anlaşılmaktadır (Özmen, 2004). Bu kuram bireylerdeki duygusal yaşantının çevreden gelen uyaranların biyolojik ve fizyolojik süreci aktive etmesiyle oluştuğunu belirtmektedir. Bu süreçte yaşanan duyguya ve yoğunluğuna göre bireylerde pek çok farklı bedensel tepkiler görülebilmektedir. Örnek verecek olursak çevresel uyaranları algılayan ve bunu yorumlayan bir birey korkması veya öfkelenmesi gereken bir nesne algılsa fizyolojik olarak karşı tepki verecektir. Bu durumda bireylerde genellikle yüksek tansiyon, nabız seviyesinde artış, soğuk soğuk terleme, göz hareketlerinde büyüme, nefes alışverişinde değişiklik ve hızlanma görülebilmektedir. Bu fizyolojik sürecin uzaması bireylerde daha şiddetli duygu ve nöbetlerin oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Bu bilgiler ışığında kuramı değerlendirdiğimizde duygusal yaşantının bedensel ve davranışsal yaşantıdan sonra meydana geldiği ve sonucuna ulaşabilmekteyiz. Başka türlü açıklayacak olursak kişinin meydana çıkardığı davranışların sonunda bireyler duygusal tepkiler ortaya çıkarmaktadır ve duygularını deneyimlemektedir (Özmen, 2004).

Seneca'ya göre “öfke sahip olduğumuz diğer noksanlıklar gibi zihnimizi baştan çıkarma gayretine girişmez fakat aklımızı zoraki olarak kaçıır.” Bu sebeptendir ki öfke duygusu diğer duygulara kıyasla en yıkımcı unsurları olan kabahatimizdir (Feniks, 2020). Eğer öfke yönetimi sağlanamazsa ardında kalıntılarla dolu bir birey bırakır. Seneca'ya göre, “hiçbir birey kendisini öfke duygusundan arınmış ve korumada hissetmemelidir çünkü öfke duygusu en kırılgan ve narin bireyleri bile öfkelenildiğinde gözü dönen, katı, zulmeden, hiddet dolu davranışlara sürükleyebilmektedir.” Birey olarak öfke duygusunu engelleyebileceğimiz iç düşüncelere bağlanmak yerine aldığımız öfke eğitimi ve kişilik yönetimi süreçlerimize güvenmeliyiz.

Çoğu birey sanılanın aksine kendilerinde öfke duygusunu uyandıracak etmenlerin neler olduğunu bilmemektedir. Bu bilinmemelik yüzünden her birey öfkeye ve onun yıkıcı etkilerine her zaman açık hale gelmektedir. Yine Seneca'ya göre, “bireyi huzura kavuşturan en büyük mutluluk tehlikenin en büyüğü öfke

duygusundan kaçmaktır. Çünkü öfke duygusunun yol arkadaşları; kaçıklık, canilik, zulmedenlik ve gazap gibi çirkin yıkıcı noksanlıklardır (Feniks, 2020).

Cannon-Bard kuramını incelediğimizde fiziksel reaksiyonlarımızın ve duygularımızın birbirlerinden farklı olarak ortaya çıkmadığı sonucuna varırız. Birey herhangi bir uyarıcıyla karşılaştıktan sonra fiziksel reaksiyonlarımız ve duygularımız eş zamanlı olarak meydana gelmektedir (Özmen, 2004). Bu duruma örnek verecek olursak; öfke veya korku duygularını harekete geçirecek bir ileti algılandıktan sonra meydana gelen duyguya verilen reaksiyon, hissedilen duygu ile eş zamanlı gerçekleşir. Birey iletiyi algıladıktan sonra meydana gelen duygu ve fiziksel reaksiyonların zamanlaması veya öncelik sıralaması önem arz etmemektedir. Bunun nedeni iletiye bağlı duygu ve reaksiyonların eş zamanlı yani aynı anda gerçekleşmesidir. Canon-Bard ve James-Lang kuramlarını incelediğimizde iki kuramın da çerçevesini duygu ve davranış örüntüsünün oluşturduğunu gözlemlemekteyiz (Özmen, 2004).

Öfke kavramını içeren kuramlar ve çalışmalar incelendiğinde içeriğinin günümüzde de çok değişmediği fark edilmektedir. Genel geçer görüşe göre öfke duygusunun yıkıcı etkisinin bastırılması ve denetlenebilmesi için meydana getirdiği fiziksel reaksiyonların önlenmesi gerekmektedir. Öfke duygusu ve diğer duygular karşılaştırıldığında öfke kavramına olan ilginin daha fazla olduğu görülmektedir. Bunun nedeni incelendiğinde öfke duygusunun şiddete kadar varabilecek yüksek fiziksel hiddet davranışlarına neden olmasıdır. Öfke ile ilgili çalışmalar uzun bir süre Canon- Bard kuramı üzerinde yoğunlaşırken öfke üzerine en geniş boyutlu açıklamayı Sigmund Freud getirmiştir. Fakat Sigmund Freud'un getirdiği açıklamalar öfke kavramının saldırganlık terimiyle uzun bir süre beraber anılmasına zemin hazırlamıştır. Bu çalışma Freud'un Psikanaliz kuramı çerçevesinde detaylı olarak ele alınmaktadır.

Psikanalitik yaklaşıma göre; öfke duygusunun oluşumu doyumu sağlanamayan cinsel veya yıkımacı iç güdülerin etkilerine bağlıdır. Psikanalitik kurama göre bireyin içsel dürtülerinin doyurulması gerekmektedir. Eğer bireyin içsel dürtüleri doyuma ulaştırılmazsa bu durum bireyde ruhsal gerginliğe sebebiyet verir. Bunun sonucunda bu ruhsal rahatsızlığı dengelemeye çalışan organizma bireyde öfke duygusunun oluşmasına neden olur. Bu süreçte bilinçdışı çatışmaların etkisi çok yüksektir. Psikanaliz kuramı yaşadığımız bilinçaltı çatışmaları doyuma kavuşturabilmemiz için savunma mekanizmaları adı verilen sistemi kullandığımızı ve öfke duygusunu

çarpıtabilmek için bireyin savunma mekanizmalarını devreye sokarak saldırganlık yoluyla öfke duygusunu açığa çıkaran çatışmayı çözmeye çalıştığını ifade etmektedir (Yöndem & Bıçak, 2008).

Öfke her zaman sanıldığı gibi kötü etkilere olan bir duygu değildir. Kişi öfkesini sağlıklı bir ortamda ve ruh halinde dengelediğinde öfke durumu kişinin katarsız yaşayarak belirli bir seviyenin üstündeki yıkıcı duygularının dengelenmesini sağlamaktadır. Fakat bu durumda yaşanan öfke dış realitenin saptırılmasına sebep oluyorsa bu durumda öfkenin sağlıklı zemine oturtulabilecek tarafı işlev kaybına uğrayabilmektedir. Öte yandan psikanalitik kurama göre eğer birey hissettiği öfke duygusunu dışa değil içe yansıtırsa bu durumda öfkenin yıkıcı etkisi kişinin kendisine yani içsel bütünlüğe zarar verecek şekilde ortaya çıkacak öfkenin bastırılması gibi negatif durumlarda kişinin benlik saygısını etkileyebilecek olumsuz kişilik algılarına neden olabilecektir. Psikanalitik kuramın öne sürdüğü engellenme ve saldırganlık kuramı bu durumu daha net açıklamaktadır.

Engellenme ve saldırganlık kuramına göre öfke ve saldırganlık doğuştan getirdiğimiz duygularımız arasındadır ve bireyin yapısının bir parçasıdır. Bu kuram kişilerin hedefledikleri amaçlara ulaşma yolunda engellenmeleri sonucunda öfke duygusuna kapıldıklarını ifade eder (Avcı, 2020). Bu kurama göre öfke ve saldırganlık dürtülerimizin biyolojik etkileri çok fazladır. Bireyin bu dürtü mekanizmasıyla içinde biriktirdiği psişik enerji saldırganlığın nedenidir. Engellenme ve saldırganlık kuramının anlamlandırılabilmesi için psikanalitik kuramdaki ölüm güdüsünün anlaşılması gerekmektedir. Ölüm güdüsünün temel taşı bireyin acıdan kaçmak istemesi ve bu amacının sonucunda yaşadığı gerilimden kurtulmak isteme arzusunun itici gücünün etkisidir. Bu sebeple bireyin nihai amacının yaşadığı elem verici duygulardan kaçmak olduğu için birey için yaşamın amacı ölüm olmaktadır.

Ölüm iç güdüsü yapısı itibariyle yıkıcı bir güdüdür. Eğer ölüm iç güdüsü bireylerde içsel bileşenlere yönlendirilmişse bireylerde suicid girişiminde bulunmaya kadar gidebilecek etkilere neden olabilmektedir. Dışsal bileşenlere yansıtılmış ise hiddete ve saldırgan davranışlara neden olabilmektedir. Kısacası kişinin dışa yansıttığı saldırganlık dürtüleri temelde ölüm iç güdüsünün işlevine bağlıdır. Bu süreç biyolojik ve sosyal yansımaları açısından önemli etkiye sahiptir. Çünkü bu dürtülerin doğuştan geliyor olması sosyal zeminde bireyler arası yıkıcı davranışların kaosa sürüklenmesine zemin hazırlayıcı gücünün varlığını göstermektedir. Bu sebeple ölüm içgüdüsünün

varlığı ve analizi iyi değerlendirilip organizmanın doğasıyla uyumunun dengelenmesi gerekmektedir.

Engellenme ve saldırganlık kuramı bireyin rahatsız edici gerilimden kurtulmak için çaba sarf ettiğini ve bu girişimi sırasında herhangi bir engellenmeye maruz kaldığında gerilimi dengeleyemeyip dışsal çevre için yıkıcı etkileri çok fazla olan saldırganlık davranışlarıyla engellenmeye reaksiyon gösterdiğini açıklamaktadır (Avcı, 2020). Bu hipotez çerçevesinde varılacak sonuçlardan biri herhangi bir sebep veya süreçle engellenme durumunun öfke duygusunun kaynağı ve nedeni olduğudur. Birey engellendiği zaman bu durumu öfke duyarak dengelemeye ve katarsız yaşamaya çalışır. Bu kurama göre ulaşabileceğimiz diğer bir sonuç ise öfke ve saldırganlık güdülerinin biyolojik özellik taşımasından ötürü istemesekte insan organizması var olduğu sürece varlığını sürdürecektir olmasıdır. Her ne kadar öfke ve saldırganlık güdümüz doğuştan gelen bir nitelik taşısa da bazı kuramlar eğer kişi isterse öfke ve saldırganlık güdüsünü yönetebileceğini öne sürmüştür. Bu kuramların başında bilişsel davranışçı kuramlar gelmektedir.

Bilişsel davranışçı kuram eğer kişi isterse engellenme durumuyla karşılaştığı süreçte yaşadığı bu engel durumunun geçerli ve tutarlı olduğunu düşünüp kabul ederse kişide öfke ve saldırganlık gibi yıkıcı davranışların ortaya çıkmayacağını ileri sürmektedir.

Sosyal Öğrenme Kuramına göre öfke ve öfkeye bağlı saldırganlık eylemleri ve bu eylemlerin sebep olduğu sonuçlar bireylerin bu süreçleri gözlemlemesi sonucu öğrenme yoluyla gerçekleşmektedir. Çocuklar aile içinde veya çevrelerinde sorunların öfke veya saldırganlık davranışlarıyla çözülebildiğini gözlemliyorlarsa bunu içselleştirip öğrenme yoluyla problem çözme davranışı olarak kullanma olasılıkları yüksektir (Taşçı Eser & Üstün, 2011). Bu kurama göre yıkıcı davranışlara sebep olan duyguların dışa yansıtılması üç temel süreci barındırmaktadır. Birincisi davranışın yapılma ve gözlemlenme sıklığına bağlı pekiştirici süreçlerdir. İkincisi eylemin yapısı ve üçüncüsü zihinsel süreçte eyleme atfedilen duygusal anlamlardır. Bu üç temel incelendiğinde kişilerin dürtüsel zorlanmalarda yıkıcı davranışlara başvurup başvurmayacağı bu üç temel sürecin etkileşimine ve kişilerin sosyal yaşamlarındaki geçmiş öğrenilmiş anlamlandırmalarına bağlıdır.

Sosyal öğrenme sürecini açıklayan en önemli kuramcılardan birisi Bandura'dır. Bandura'ya göre sosyal öğrenme, kişilerin sosyal yaşantısı içinde meydana gelen öğrenme şekillerinden birisidir. Sosyal öğrenme sürecinde kişi içgüdülerinin yönlendirmesinden bağımsız olarak sosyal yaşantısı içinde gözlemlediği davranışların öğrenimi sonucunda o davranışı ortaya çıkaran ağıta sahip olmakta ve öğrenilen davranışın pekiştirilmesiyle öğrenmenin kalıcılığı sağlanmaktadır (Özmen, 2004). Fakat bu kuram da birçok eleştiriye maruz kalmıştır. Çünkü uzun bir süre gözlemlenmesine rağmen kişilerde öğrenilmiş davranış olarak ortaya çıkmayan pek çok davranışın varlığı söz konusu olmaktadır. Bu eleştirilere karşı Bandura bu süreci dört nedene bağlamıştır: birincisi bireyin gözlemlediği davranışa karşı dikkatidir. İkincisi kişinin dikkat ettiği davranışı sağlıklı bir şekilde hatırlama sürecidir. Üçüncüsü kişinin dikkat ettiği ve hatırladığı davranışı gerçek yaşantısına da yansıtıp gerçekleştirmesidir. Son olarak tüm bu süreçlerden sonra öğrendiği ve gerçekleştirdiği davranış sonucunda bireyin ödüllendirileceğine inanmasıdır. Tüm bu süreç incelendiğinde bu kuramın model olarak öğrenmeyi merkeze aldığı fark edilmektedir (Starr, Campbell, & Herrick, 2002). Bu kurama göre kişi bir davranışı öğrenebilmesi için her zaman ödüllendirilmesi gerekmemektedir. Kişinin davranışı öğrendiği modelin nitelikleri ve kişi ifade ettiği anlam öğrenme sürecinde model olmanın önemi öne çıkarmaktadır. Örneğin bir çocuk otorite ve güç kaynağı olarak gördüğü bir modelin başkasıyla tartışmasını ve sonucunda saldırganlıkla kendisini ifade edip savunduğunu gördüğünde güç ve otorite sahibi olabilmenin anlamını saldırgan davranışlarla anlamlandırabilecek ve bu sebeple kendisini ifade etme yolu olarak öfke duygusu yüksek olduğu anlarında gücünü ifade edebilmek için kavgaya ve saldırganlık davranışını öfke ifadesi olarak tercih edecektir. Bu süreçte bir birey diğer bir bireye saldırgan ve yıkıcı davranışlarla yaklaştığında karşısındaki kişide doğal olarak saldırgan tepkiyle karşılık verebilmektedir. Bandura'nın sosyal bilişsel kuramı da bu olguları destekleyecek bilgiler içermektedir (Starr, Campbell, & Herrick, 2002).

Gestalt kuramı öfkeyi; kişilerin sosyal yaşantısı içinde bireylerin birbirlerini etkileme süreciyle yakından ilgili olan ve temel bileşenlerini ruhsal, biyolojik ve sosyal çerçevenin oluşturduğu bir duygu olarak tanımlamaktadır. Gestalt kuramına göre bireylerin yaşamsal deneyimleri sosyal etkileşimiyle olan ilişkinin sonucuyla bağlantılıdır.

Kişiler arzu ve gereksinimlerinin doyumunu sosyal yaşantılarındaki iletişimin doyumuyla sağlarlar. Bu kuram çerçevesinde öfke değerlendirildiğinde hissedilen bu duygularda bireylerin kişilerin sosyal yaşantılarıyla yakından ilgilidir. Gestalt öfke kavramını kişi ve sosyal yaşantı yani çevre örüntüsünde ele alır, öfkenin sosyal yaşantının bir sonucu olduğunu belirtir ve bireylerin öfke ve saldırganlık problemlerinin çözümünün bu iki temel çerçevede değerlendirilmesine bağlı olduğunu belirtmektedir. Yaklaşımına göre öfke duygusunun sebebi ve dışa vurulması sonucundaki maksat arasındaki etkileşim öfkenin önemli bileşenidir. Öfke duygusunun sebebi sosyal yaşantıyla olan etkileşim, duygunun maksadı ise diğer bireyler ve nesnel etkenler olabilmektedir (LeCroy, 1988).

Çoğu zaman bireyler öfke duygusunun sebebini oluşturmaları bile dışa yansıtıldığı hedefi halini alabilmektedir. Bu süreç kişilerin bu duyguları ve nihai maksatlarını değerlendirebilmelerini zorlaştırmakta ve bireylerin kişi ve sosyal yaşantılarıyla sorun yaşamasına zemin hazırlamaktadır. Gestalt kuramı bu çerçevede bireylerin gerek kendileriyle olan iletişimin sağlıklı olması gerekse dış çevreyle olan etkileşimin dengelenmesi ve bir bütün içinde değerlendirilmesi üzerinde durmaktadır. Tüm bu yaşantılar değerlendirildiğinde bireylerin öfke duygularına ilişkin farkındalık ve iç görüşünün oluşabilmesi için duygularını iyi anlamlandırabilmeleri gerekmektedir. Gestalt kuramına göre değişim bu farkındalığın sağlıklı anlamlandırılmasına bağlıdır (Özmen, 2004).

Varoluşçu kuramların öfkeye bakış açısı incelendiğinde; hayatın anlamsızlığı olgusu ön plana çıkmaktadır. Varoluşçu yaklaşım öfke gibi yıkıcı duyguların insanın varoluşunun sonlanmasına, hayatın anlam ifade etmemesine ilişkin kızgınlığın ifadesi olarak ifade etmektedir. Bu kuram hiddet ve öfkenin organizmanın bir parçası olduğuna ve bireyler arasında seviye olarak farklılık gösterebileceğine ve kişiye özgü olduğuna dikkat çekmektedir. Birey hayat karşısındaki gelişmelerde kendilerini yetersiz ve çaresiz hissettiklerinde bu engellenmeye karşı öfke duygusuyla karşılık vermektedirler. Bireylerin her zaman kendilerini dış dünyaya karşı güçlü ve engellenmemiş hissetmeleri mümkün olamayacağı için öfke duygusu bireyler için kaçınılmazdır. Varoluşçu kuramlara göre öfke duygusu kişinin hayata karşı yaşadığı anlamsızlık duygularına ve yaşanan negatif durumlara karşı hissettiği acizlik ve beceriksizlik duygularının yanıtını oluşturmaktadır. Bu yaklaşım sadece anda yaşanan duyguların etkilerine değil geçmişte yaşanmış duyguların ve yaşanmışlıkların

günümüze yansıyan etkilerine de değinmektedir. Geçmiş yaşantıda yaşanan negatif duyguların günümüze yansımaya devam etmesi şu andaki etkileşimin sağlık olabilmesi önündeki engeli meydana getirebilmektedir (Giorgi, Fischer, & Eckartsberg, 1971-1983).

Davranışçı kuramların öfke duygusuna bakış açısı değerlendirildiğinde zihinsel ve düşünsel süreçlerin organizma tarafından tekrarlayan davranışlar sonucu anlamlandırma sürecinin etkileşimiyle bağlantılı olduğu sonucu görüşüne bağlı olarak ifade edilmektedir. Bu kuramın başında gelen önemli kuramcılardan birisi de Skinner'dir.

Skinner öfke duygusunu daha önce yaşantılar yoluyla öğrenmiş olduğumuz durumlara karşı gösterdiğimiz reaksiyon olarak açıklamaktadır. Eğer organizma bu reaksiyon sonucunda herhangi bir ödül sistemiyle karşılaşırsa gösterilen davranışın tekrarlanması olasılığı artacaktır. Ödül ve tekrar döngüsü bu kuramın temel taşlarından birisidir. Bu kuram çerçevesinde yapılan çalışmalar gösteriyor ki eğer bir çocuk market veya farklı sosyal ortamlarda bir şey istediğinde bu isteğini kabul ettirebilmek için fevri davranışlar gösterip, inatlaşıp ve bunun sonucunda arzuladığı amacına ulaşabiliyorsa karşılığında aldığı bu ödül algısını benimseyip öğrenecek ve bir sonraki benzer yaşantısında arzusuna ulaşabilmek için yine öfke ve fevri davranış gösterme yolunu seçecektir. Çünkü artık çocuk öfkesinin onu istek ve hedeflerine giden yolda arzusuna ulaşma gayesinin anahtarı olduğunu öğrenmiştir.

2.8. Şiddet ile İlgili Kuramlar

Şiddet kavramı ile ilgili pek çok araştırma gerçekleştirilmiş ve şiddetle ilgili teoriler ortaya atılmıştır. Şiddet kavramı açıklandığında karşımıza saldırganlık kavramını da çıkarmaktadır. Şiddet daha genel bir ifade ediş tarzı olarak algılanıyor olsa da saldırganlığı da bünyesinde barındırabilmektedir. Saldırganlık şiddetin daha yıkıcı ve eyleme geçirilmiş halini ifade etmektedir. Saldırganlık kendisini yönlendirdiği bireyde zedeleyici, hırpalayıcı, zarar verici yıkımlara neden olabilmektedir. Saldırganlık fiziksel olgularla daha yakından ilgili gibi dursa da saldırganlık kişinin psikolojik ve sosyal yönlerini ifade tarzını içermektedir ve bu durumu açıklayabilmek için birçok yaklaşım ileri sürülmektedir (Serdar Körük, 2020).

2.8.1. Biyolojik Temelli Yaklaşım

Bu yaklaşım saldırganlık ve şiddet davranışlarının gösterilmesinde bireylerin doğuştan getirdiği kalıtsal özelliklerin etkili olduğunu ileri sürmektedir. Bu kuram mizaç kavramı olarak açıkladığı bu süreci kalıtsal yolla geçiş olarak anlamlandırmakta ve genetik özelliklerle ilişkilendirmektedir. Ayrıca genetik faktörler taşıması kişilerin yaşamı boyunca etkisi altında kalacağı gerçeğini de ifade etmektedir. Bu yaklaşıma göre genetik örüntüde zor mizaca sahip olarak doğmuş kişiler çocukluk ve yetişkinlik yaşantılarında kolay iletişim kuramayan, uyum becerisi olmayan, kontrol dürtüsü yetersiz ve fevri dürtüsel hareketler gerçekleştiren bireyler olarak yaşamaktadırlar (Serdar Körük, 2020). Ortaya konulan çalışmalar bu tür zorlayıcı karakter örüntüsüne sahip çocukların ilerleyen yıllarda antisosyal kişilik özelliği göstermelerinin ve buna bağlı kötü madde kullanma alışkanlıklarının diğer normal mizaçlı çocuklara oranla daha fazla olduğunu göstermektedir.

2.8.2. İçgüdü Temelli Yaklaşımlar

içgüdü temelli yaklaşımlar saldırganlık ve şiddet gibi olguların çevresel faktörlerden ziyade bireylerin içsel yaşantıları ile yakından ilgili olduklarını ileri sürmektedirler. Bu noktada çevresel uyaranlardan çok içsel yönelimler önem kazanmaktadır. Etyolojik kuram ve Psikanalitik kuram bu yaklaşım çerçevesinde açıklanmıştır.

2.8.3. Etyolojik Yaklaşım

Bu kuram bireylerdeki saldırgan davranışları evrimsel çerçevede ele almaktadır. Bu kurama göre evrensel tabandaki tüm bireyler ortak bir saldırganlık içgüdüsüne sahip olmaktadır. Bu saldırganlık içgüdü bireylerle özdeşleşmiştir ve gereklidir. Kişiler doğuştan gelen bu içgüdü sayesinde yaşamlarını devam ettirebilmekte, avlanıp beslenebilmekte ve kendilerini dış tehditlere karşı korunaklı hale getirebilmektedirler. Bu çerçeveden değerlendirildiğinde hayatta kalma amacı taşıyan insanoğlu saldırganlık içgüdülerini bastırma da tamamen yok edememektedir. Bu nedenle saldırganlık içgüdü çevresel etkenlere bağlı değil tamamen bireylerin içsel ve varoluşsal dinamiklerinin genetik toplamıdır (Serdar Körük, 2020).

2.8.4. Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik kuram deyince akla gelen ilk isim Sigmund Freud'dur. Psikanalitik kuramın temellerini atan Freud saldırganlık ve şiddet üzerine de pek çok görüş ileri sürmüştür. Psikanalitik yaklaşım bireylerin sadece zor zamanlarda şiddete başvuran ve normal zamanda sevgi ve uyum yaklaşımları sergileyen organizmalar olmadıklarını, normalin üstündeki saldırganlık içgüdülerinin insan doğasının içgüdüsel bir parçası olduğunu ileri sürmektedir (Serdar Körük, 2020).

Saldırganlık ve şiddet davranışlarının içgüdüsel olarak genetik kalıtıma dayanan görüşleri açıklayan kuramların yanında saldırganlığı öğrenilen bir süreç olarak ele alan yaklaşımlarda bulunmaktadır. Saldırganlığı çevresel faktörlerin etkisiyle öğrenilen bir süreç olarak ele alan yaklaşım *Sosyal Öğrenme Kuramıdır*. Saldırganlık olgusuyla yüzleşen bir birey daha sonraki yaşantısında benzer uyarılarla karşılaştığında o davranışı uyarılarla öğrendiği için kendisi de uyarılara tepki olarak öğrenmiş olduğu davranışları sergileyecektir. Bu nedenle şiddet ve saldırganlık öğrenilebilir ve devamlılığı getirilebilir olgular olarak karşımıza çıkmaktadır (Bıçkıcı, 2013).

2.9. Sağlıkta Şiddet

Her geçen gün sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarına karşı gösterilen olumsuz tutum ve ifadelerin artış göstermesi araştırmacıların sağlıkta şiddet kavramının üzerine yoğunlaşmasına ve sağlıkta şiddetin nedenleri üzerine çalışmalar yapılmasına zemin hazırlamıştır. Sağlık kurumlarında görülen bu olumsuz tutumlar toplum halk sağlığının ve çalışanlar bazında iş güvenliği olgusunun tehlikeye girdiğinin göstergesi olmaktadır.

Uluslararası çalışmalarda dahil birçok araştırma alanında sağlık alanında çalışanlara karşı öfke ve şiddetin nedenleri araştırılmış ve pek çok bulguya ulaşılmıştır. Sağlık çalışanlarına karşı gösterilen bu şiddet durumları bireylerin cinsiyetine, mesleğine, eğitim durumuna, ekonomik standartlarına göre farklılık göstermektedir. Buna karşılık şiddet gören sağlık çalışanların çalıştıkları bölüm ve sağlık sistemi içindeki ünvanları da bu şiddet olgusunun farklılıklarında önem taşımaktadır.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları bölümlere göre şiddet olgusuna maruz kalma olasılıkları dünya çapında pek çok araştırmaya konu olmuştur. İngiltere’de yapılmış olan bir çalışma bu durumu açıklamak için kullanılabilecek önemli bulgular ortaya koymaktadır. Bu çalışma sonucuna göre şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının oranı çalıştıkları bölümlere göre incelendiğinde, acil servis bölümünde çalışan sağlıkçıların (%30)’unu, cerrahi branşlarda çalışan sağlıkçıların (%36)’sını, (%42)’sini ise diğer branşlarda çalışan sağlık çalışanları oluşturmaktadır (Yıldız, 2019). Tüm bu oranlar incelendiğinde acil serviste maruz kalınan şiddet ve öfke durumlarının diğer servislerin toplamına oranla daha yoğun yaşandığı görülebilmektedir. Acil servis ortamının kalabalık olması, hasta sirkülasyonunun daha fazla olması, tedavi için bekleme sürelerinin uzaması ve acil servise başvuran bireylerin aciliyetinden ötürü sabırsızlıkları acil servislerde görülen kaos ve şiddet olaylarının fazla olmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle acil servis bölümleri çoğu ülkelerde şiddet olaylarının en fazla yaşandığı branş olarak öne çıkmaktadır.

Acil servisler dışında hasta ve sağlık çalışanı temasının üst düzeyde olduğu servisler gerginliğin fazla olması sebebiyle şiddet olaylarının çokça yaşandığı alanlara adını yazdırabilmektedir. Sağlık kurumlarının hasta ve hasta yakını sirkülasyonu diğer bölümlere görece daha az olan patoloji, laboratuvar, görüntüleme alanları gibi bölümlerde şiddet olaylarının daha az sıklıkta yaşandığı belirlenmiştir.

Şiddete maruz kalan bireyler incelendiğinde hastanın tedavisi ve bakımıyla birebir ilgilenen sağlık çalışanlarının hastayla teması daha az olan sağlık çalışanlarına oranla daha fazla şiddete maruz kaldığı görülmektedir.

Acil servis, cerrahi ve dahili servisler dışında psikiyatri servisleri de şiddet oranının yüksek olduğu bölümler arasında yer almaktadır. Almanya’da gerçekleştirilmiş olan bir çalışmanın sonucunda psikiyatri servisinde bulunan sağlık çalışanlarının (%96,7) oranında sözel şiddete maruz kaldıkları tespit edilmiştir. Yine bu alanda Türkiye’de gerçekleştirilen bir araştırmada fiziksel şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının (%82)’sinin psikiyatri servisinde bu olguyla karşılaştığı belirtilmiştir (Yıldız, 2019). Yapılan diğer araştırmalarda acil servis başta olmak üzere cerrahi branşlar, dahili servisler, yoğunbakım üniteleri ve anestezi klinikleri şiddet olaylarının en sık yaşandığı kritik bölümler olarak açıklanmıştır.

Şiddetin hangi bölümlerde daha fazla görüldüğü konusu kadar sağlık alanındaki hangi meslek gruplarında nasıl farklılık gösterdiği de literatür açısından önem arz etmektedir. Bu alanda İngiltere’de yapılan araştırmalar incelendiğinde şiddete maruz kalanların büyük bir kısmını %43,4 oranla hemşirelerin oluşturduğu görülmektedir. Hemşireleri %13,8 oranıyla doktorlar takip etmektedir. Bu sonuçlar doktorların hemşirelere oranla çok daha az şiddete maruz kaldığını göstermektedir.

Şiddete maruz kalanların görevlerine göre dağılımının gösterildiği diğer bir çalışmaya göre; şiddete maruz kalanların (%10,34)’ünün acil tıp teknisyeni, (%22,99)’unun sağlık memuru, (%66,67)’sinin hemşire olduğu belirlenmiştir (Yıldız, 2019).

2011 yılında İtalya’da Zampieron ve arkadaşlarının gerçekleştirmiş olduğu bir araştırmada hemşirelerin bir yıl içinde maruz kaldıkları şiddet düzeyi incelenmiş ve hemşirelerin (%49)’unun şiddetle karşılaştığı araştırma sonucunda tespit edilmiştir. Karşılaşılan bu şiddetin (%82) oranında sözel şiddet olduğu belirtilmiştir (Yıldız, 2019).

İtalya’da yapılan bu çalışmanın sonucunda Avustralya’da da hemşireler üzerinde çalışmalar yapılmış ve şiddete maruz kalma oranı açısından benzer bulgular saptanmıştır. Fakat hemşirelerin çalıştıkları bölüm ve disiplinlere bağlı olarak kendi aralarında da şiddete maruz kalmada farklılıklar gözlemlendiği fakat rakamsal açıdan anlamlı bir farklılığın ortaya konulamadığı gözlenmiştir.

Diğer taraftan doktorlara uygulanan şiddet oranları incelendiğinde bu gruba uygulanan şiddet düzeyinde yüksek olduğu gözlenmektedir. İsrail’de 2005 yılında gerçekleştirilen bir araştırmada doktorların (%56)’sının en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını, doktorların (%9)’unun ise en az bir kez fiziksel şiddete maruz kaldıkları belirtilmektedir (Yıldız, 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu kısmında; araştırmanın modeli, çalışma grubu, yararlanılan ölçekler ve bu ölçeklerin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları ve sonuçları, verilerin toplanma yöntemi, veri analizi ve yorumlanması ile ilgili bilgiler sunulacaktır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan çalışmada ilişkisel tarama modeli tercih edilmiştir. İlişkisel tarama modeli kapsamında kavramlar arasındaki ilişkilerin incelenmesinde korelasyonel model kullanılmıştır. Demografik değişkenlere ve katılımcıların verdikleri yanıtlara göre anlamlı farklılıkların incelenmesinde gruplar arası farklılıklar araştırılmıştır.

3.2. Çalışma Grubu

Çalışmanın evrenini Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisine başvuran 18 yaş üstü hasta yakınları ile dahiliye ve genel cerrahi servislerinde bulunan 18 yaş üstü hasta yakınları oluşturmaktadır.

Araştırmanın Örneklemine sayısı, çalışma boyunca elde edilecek veri sayısına göre üç servis içinde eşit bölünebilecek veri sayısına göre belirlenmiştir.

Çalışmaya “*kolayda örneklem yöntemi*” ile 01/02/2021 – 01/05/2021 (3 ay) tarihleri arasında Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran; 150 acil servise gelen hasta yakınları, 150 dahiliye servisine gelen hasta yakınları ve 150 genel cerrahi servisine başvuran 18 yaş üstü hasta yakınlarının dahil edilmesi planlanmıştır. Yanlış ve eksik bilgi verdiği görülen 25 katılımcı veri setinden çıkarılmıştır. Çalışma sonucunda 425 katılımcıya ulaşılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak, Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss- Perry Saldırganlık Ölçeği ve Sosyo-Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır.

3.3.1. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Araştırmaya katılan bireyler hakkında bilgi almak amacıyla araştırmacı tarafından sosyo- demografik bilgi formu hazırlanmıştır. Sosyo-demografik bilgi formunda bireyin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, işi, gelir düzeyi, kronik hastalıkları, daha önce sağlık çalışanıyla tartışıp tartışmadığı, sağlıkta şiddetin nedenleri gibi sorular yer almaktadır. Form 20 soru ve 16 alt maddeden oluşmaktadır.

3.3.2. Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği

Öfke tarz ifadesi ile ilgili ölçek oluşturma çalışmaları çerçevesinde yapılan araştırmalar sonucunda öfke sadece süreklilik- durumsallık ikilemi ile incelenmesinin yanında, bu durumun nasıl ifade edileceğinin araştırılmasının da ne kadar önemli olduğu yönündeki düşünceler ortaya konulmuştur (Özer, 1994). Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği bu çalışmalar sonucunda oluşturulmuş olup Sürekli Öfke için 10 madde ve Öfke Tarz Ölçeği için sekiz maddeyi içeren üç alt ölçekten (24 madde) oluşmaktadır. Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği 10+24 maddeden oluşmak üzere toplam 34 maddeden oluşmaktadır. Oluşturulan bu üç alt ölçek bünyesinde farklı durumları ölçmektedir. Bu alt ölçekler Öfke-İçte, Öfke-Dışa ve Öfke-Kontrol olarak isimlendirilmiştir. Öfke-İçte; kişi tarafından hissedilen öfke duygusunun bastırılarak içte tutulmasını, Öfke-Kontrol; öfkenin inkar, bastırma, mantığa bürünme gibi savunma yöntemleriyle kontrol altında tutulmaya çalışılmasını, Öfke-Dışa ise öfkenin bastırılmadan direk dışa vurumunu ölçmek için geliştirilmiştir. Öfkeyi ölçen diğer bir ölçek olan Sürekli Öfke ölçeği bireylerin genellikle kendilerini nasıl hissettiklerini belirtmeleri, Öfke Tarz ölçeğinde ise genellikle hangi sıklıkta önermelerde geçen davranışlar şeklinde davrandıklarını ifade etmeleri istenir. Bu ölçeklerde Öfke Tarz ölçeğine ait olan maddeler rastgele bir şekilde sıralanmışlardır. Bu sıralama ölçeğin İngilizce dilinde yazılmış olan orijinal metnine bağlı kalınarak yapılmıştır.

Öfke-Tarz ölçeğinin maddelerini incelediğimizde “Kızdığımda veya Öfkeli olduğimde” maddesi her üç maddede bir tekrarlanmaktadır. Kişi bu maddeleri okuduktan sonra “hemen her zaman”, “çoğu zaman”, “bazen”, “hemen hiçbir zaman” maddelerinden birisini seçip işaretleyerek davranışlarını belirtir. Öfke-Tarz ölçeğinde alt ölçeklerin her birinde toplam 8 madde bulunmaktadır. Öfke-Tarz ölçeğinde bulunan tüm maddeler düz özellik taşımaktadır. Ölçekteki maddeler öfke duygusunun yokluk durumundan değil öfkenin varlığı doğrultusunda ölçümlerini yaparlar.

Maddelere verilen tepki cevapları doğrultusunda puanlamalar şu şekilde yapılır: “hemen her zaman” (4), “çoğu zaman” (3), “bazen” (2), “hemen hiçbir zaman” (1).

Öfke-Tarz ölçeğinin Türkçeye çevrilme aşamasına baktığımızda iki aşamada gerçekleştiği görülmektedir. Birinci aşamada Öfke-Tarz ölçeği maddeleri hem İngilizce hem de Türkçe diline oldukça hakim doktora eğitimi derecesine sahip beş psikolog arasında Türkçeye en yakın şekilde çevirebilmeleri için eşit olarak bölünmüştür. Bu gruba hakem grubu denilmiştir. Her bir hakem psikoloğun verdiği cevaplar orijinal metindeki İngilizce maddelerinin altına sıralanmıştır. Her bir psikoloğun çevirisinin diğerlerinin uyarladıkları çevirilerle uygun olup olmadığı sıkı kontrol altına alınmış olup tutarsızlık durumunda incelemeye alınarak katı bir prosedür uygulanmıştır. Bu uygulamadan sonra birinci aşamayı bitirip oluşan ölçek maddeleri bu sefer 25 kişilik hakem psikolog gruplarına dağıtılmıştır. Bu 25 kişilik gruptan ölçeğin İngilizce maddelerini okuyup oluşturulan Türkçe çevirilerden anlamı en uygun ve en yakın olanını seçmeleri istenmiştir. Bu çeviri seçiminden sonra Türkçe ölçek maddeleri arasından en fazla seçilen madde o ölçeğin İngilizce maddesinin Türkçe karşılığı olarak kabul edilmiştir.

Öfke- Tarz ölçeğinin faktör analizine tabi tutulması sonucunda, orijinalinde bulunduğu gibi, maddeler öfkenin kontrolünü ölçen Öfke-Kontrol; dışa vurumunu ölçen Öfke-Dışa ve içte tutulmasını ölçen Öfke- İçte alt ölçeklerini yansıtan faktörlere yığılmıştır. Öfke-Kontrol, Öfke-Dışa ve Öfke-İçte ölçeklerinin alfa değerleri, sırasıyla; .80-.90, .69-.91 ve .58-.76 arasında bulunmuştur. A. Kadir Özer tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçekte öfkeyi ifade etme biçimleri ölçülmektedir. Sürekli Öfke Ölçeği’nden alınabilecek puan 10 ile 38 arasında değişirken, Öfke-Öfke Tarz Ölçeği’nden alınabilecek puan 34 ve 113 arasında değişmektedir (Özer, 1994).

3.3.3. Buss – Perry Saldırganlık Ölçeği

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ), Buss-Durkee Düşmanlık Envanteri’nden uyarlanmış olup 4 alt boyut ve toplam 29 maddeden oluşmaktadır. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ) (Buss ve Perry 1992) tüm dünya literatüründe en sık kullanılan saldırganlık ölçekleri arasında yer almaktadır. Ölçek Türkçeye H. Andaç Demirtaş Madran tarafından uyarlanmış ve geçerlilik ile güvenilirlik testleri yapılmıştır. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği için yapılan araştırma sonuçlarını incelediğimizde bu ölçeğin Türkçeye çevrilen formunun güvenilir ve geçerli bir alt

yapıya sahip olduğu araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği pekçok farklı dile çevirisi yapılmış bir ölçektir. Çince, Yunanca, Rusça, Japonca, İspanyolca, Felemenkçe, Slovakça ölçeğin çevrildiği diller arasındadır. Tüm bu farklı dillere uyarlama aşamasında ölçeğin dört faktörlü yapısının korunduğu belirtilmiştir.

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'nin Türkçeye çevrilme aşaması iki şekilde gerçekleşmiştir. Önce çevirisi yapılmış sonra da tekrar çeviri şeklinde düzenlenmiştir. Çeviri işlemlerinden sonra bu ölçek iki farklı üniversitede (Ankara Üniversitesi ve Başkent Üniversitesi) öğrenim gören ve yaşları 17 ile 20 arasında değişen 220 farklı öğrenciye uygulanmıştır. Bu uygulama sırasında ölçeğin ölçüt geçerliliğini belirleyebilmek adına 220 öğrenciden Çok Boyutlu Öfke Ölçeği'nin "öfkeyle ilgili davranışlar" alt ölçeğini cevaplamaları istenmiştir.

Ölçeğin faktör analizi sonuçlarına baktığımızda Türkçeye çevrilen formunun özgün olan ölçekle uyum gösterdiğini ve öfke ve sözel saldırganlık, düşmanlık, fiziksel saldırganlık olmak üzere dört faktör içerdiğini görmekteyiz. Ölçeğin güvenilirliğini belirlemek amacıyla test-tekrar test güvenilirliği ve test-yarılama güvenilirliği belirlenmiş olup, iç tutarlılık katsayısı hesaplanmıştır.

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'nin puanlarını incelediğimizde elde edilen toplam puanlar ile alt ölçeklerden elde edilen puanlar arasında cinsiyet açısından herhangi bir farklılık olup olmadığı da araştırılmış olup, ölçeğin ölçüt geçerliliği de araştırılmıştır.

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği'ne dair yapılan detaylı araştırmalar sonucunda ölçeğin iç tutarlılık katsayısına dair bulgular elde edilmiştir. Bu sonuçlar şöyledir: Toplam puan için 0,89, düşmanlık 0,77, öfke 0,83, sözel saldırganlık 0,72 ve fiziksel saldırganlık için 0,85.

Buss-Durkee Düşmanlık Envanteri'nden (BDDE) (Buss ve Durkee 1957) uyarlanmış olan ölçek, 29 maddeden oluşan 5 aralıklı Likert türü bir ölçektir. Fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, düşmanlık ve öfke olmak üzere saldırganlığın dört farklı boyutunu ölçmeyi amaçlamaktadır. Her bir faktörün iç tutarlılığı (Cronbach alfa) katsayısı yoluyla ölçülmüştür. Fiziksel saldırganlık alt ölçeği, başkalarına fiziksel olarak zarar verme ile ilişkili 9 soru; sözel saldırganlık alt ölçeği, başkalarını sözel yolla incitmeyi içeren 5 soru; öfke alt ölçeği, saldırganlığın duygusal boyutunu

ölçmeyi hedefleyen 7 soru; düşmanlık alt ölçeği ise saldırganlığın bilişsel boyutunu ölçmeyi hedefleyen 8 soru içermektedir. İç tutarlılık (Cronbach alfa) katsayısı, tüm ölçek için 0,85, fiziksel saldırganlık alt ölçeği için 0,78, düşmanlık alt ölçeği için 0,71, öfke alt ölçeği için 0,71 ve sözel saldırganlık alt ölçeği için 0,48 olarak belirlenmiştir (Ulu & İkis, 2016). Ölçekten alınabilecek puan 33 ile 127 arasında değişmektedir.

Saldırganlık Türkiye’de oldukça sık görülen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle Türkiye’de saldırganlık boyutu ve saldırganlığa yönelik pek çok ölçek kullanılmaktadır. Kullanılan ölçeklerin sayısının artmasıyla ölçek güvenilirlik ve geçerlilikleri için yapılan çalışmalar hız kazanmıştır. Buna bağlı olarak saldırganlığı tüm boyutlarıyla ölçen ve kapsayabilen ölçeklerin varlığı önem kazanmıştır. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği’de bu ölçeklerden birisidir. Bu ölçek Türkiye’de çok fazla kullanılmasına rağmen Ölçeğin Türkçe formuna ve güvenilirlik- geçerlilik bulgularına ilişkin ulaşılabılır ve yayımlanmış bir çalışma bulunmamaktadır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Ölçekler ve Formlar kağıt formu şeklinde katılımcılara verilerek katılımcı onay formu alındıktan sonra uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi ve Yorumlanması

Araştırma konusu kapsamında 425 katılımcının öfke ifade tarzları ve saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu bağlamda araştırma sürecinde toplanan verilerin analizinde SPSS-22 istatistik programı kullanılmıştır. Yapılan her analiz, tablo formatında organize edilerek bu bölümde rapor edilmiştir.

Yapılan analizlerde ilk olarak katılımcıların demografik bilgilerine ve sağlık çalışanlarına yönelik düşüncelerine ait frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Ayrıca, katılımcıların öfke ifade tarzları ve saldırganlık düzeylerine yönelik tanımlayıcı istatistikler (minimum değer, maksimum değer, aritmetik ortalama ve standart sapma) hesap edilmiştir. Daha sonra, araştırma verilerinin normal dağılım varsayımını karşılama durumu incelenmiştir. Bu incelemede, araştırma verilerine yönelik çarpıklık ve basıklık değerleri referans alınmıştır.

Araştırma amaçları kapsamında yapılan analizlerde parametrik analiz yöntemleri tercih edilmiştir. Bu bağlamda, katılımcıların öfke ifade tarzları ve saldırganlık düzeyleri demografik değişkenlere göre incelenirken regrersyon analizi, bağımsız gruplar t testi ve tek yönlü anova analizleri kullanılmıştır. Tek yönlü anova analizinde meydana gelen anlamlı farklar ise post-hoc testlerinden LSD çoklu karşılaştırma ile incelenmiştir. Ayrıca, öfke ifade tarzları ile saldırganlık arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir.



4. BULGULAR

Bu araştırma, sağlıkta şiddetin nedenlerini konu edinmektedir. Araştırma konusu kapsamında acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen 448 hasta yakınının öfke ifade tarzları ve saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu bağlamda araştırma sürecinde toplanan verilerin analizinde SPSS.26 paket programı kullanılmıştır. Yapılan her analiz, tablo formatında organize edilerek bu bölümde rapor edilmiştir.

Yapılan analizlerde ilk olarak katılımcıların demografik bilgilerine ve sağlık çalışanlarına yönelik düşüncelerine ait frekans ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Ayrıca, katılımcıların öfke ifade tarzları ve saldırganlık düzeylerine yönelik tanımlayıcı istatistikler (minimum değer, maksimum değer, aritmetik ortalama ve standart sapma) hesap edilmiştir. Daha sonra, araştırma verilerine ait z puanları hesap edilmiş ve verilerin normal dağılım varsayımını karşılama durumu incelenmiştir.

Elde edilen verilerin analiz edilmesinden önce normallik varsayımları sınanmıştır. Araştırma ölçek ve alt boyutlarından elde edilen toplam puanların z puanı dağılımları incelenmiştir. Yanlış ve eksik bilgi verdiği görülen ve ± 3 z puanı üzerinde değeri olan 25 katılımcı veri setinden çıkarılmıştır. Kalan 425 kişi üzerinden toplam puanların dağılımları incelendiğinde normal dağılım varsayımının karşılandığı görülmüş ve parametrik testlerin kullanılmasına karar verilmiştir.

Araştırma amaçları kapsamında yapılan analizlerde parametrik analiz yöntemleri tercih edilmiştir. Bu bağlamda, katılımcıların öfke ifade tarzları ve saldırganlık düzeyleri demografik değişkenlere göre incelenirken regresyon analizi, bağımsız örnek *t*-testi ve Tek Yönlü Varyans Analizleri (ANOVA) kullanılmıştır. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma analizi uygulanmıştır. Ayrıca, öfke ifade tarzları ile saldırganlık arasındaki ilişki Pearson Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Saldırganlık puanları yordayıcılarının incelenmesinde doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Çizelge 4.1. Katılımcıların Demografik Bilgileri İçin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Değişken	Kategori	n	%
Cinsiyet	Erkek	200	47,1
	Kadın	225	52,9
Yaş	18-24	107	25,2
	25-34	180	42,4
	35-44	75	17,6
	45-64	63	14,8
Medeni durum	Evli	204	48,0
	Bekar	221	52,0
Çalışma durumu	Evet	293	68,9
	Hayır	132	31,1
Sigara kullanımı	Evet	184	43,3
	Hayır	241	56,7
Alkol kullanımı	Evet	80	18,8
	Hayır	345	81,2
Eğitim durumu	İlkokul/ortaokul	99	23,3
	Lise	146	34,4
	Üniversite ve üzeri	180	42,4
Yaşanılan yer	Büyükşehir	293	68,9
	İl / İlçe	132	31,1
Maddi durum	Düşük	92	21,6
	Orta	299	70,4
	Yüksek	34	8,0
Hizmet alınan bölüm	Acil servis	137	32,2
	Genel Cerrahi Servisi	145	34,1
	Dahiliye Servisi	143	33,6
Sağlık personeli ile tartışma	Evet	129	30,4
	Hayır	296	69,6
Sağlık çalışanına şiddet	Evet	21	4,9
	Hayır	404	95,1
Şiddeti hak arama aracı görme	Evet	21	4,9
	Hayır	353	83,1
	Kısmen	51	12,0
Sağlık çalışanlarının şiddeti hak etmesi	Katılıyorum	14	3,3
	Kısmen Katılıyorum	65	15,3
	Katılmıyorum	346	81,4
Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi	Evet	275	64,7
	Hayır	52	12,2
	Kararsızım	98	23,1
Toplam		425	100,0

Yapılan çalışmaya 200 erkek (%47,1) ve 225 kadın (%52,9) olmak üzere toplam 425 kişi katılmıştır. 18-24 yaş aralığında 107 kişi (%25,2), 25-34 yaş aralığında 180 kişi (%42,4), 35-44 yaş aralığında 75 kişi (%17,6) ve 45-64 yaş aralığında 63 kişi (%14,8) vardır. Evli olan 204 kişiye (%48,0) karşın bekar olan 221 kişi (%52,0) vardır. Katılımcılardan 293'ü (%68,9) çalışırken 132'si (%31,1) çalışmamaktadır. Sigara kullanan 184 kişi (%43,3) ve kullanmayan 241 kişi (%56,7) vardır. Alkol kullanan 80 kişi (%18,8) ve kullanmayan 345 kişi (%81,2) vardır.

İlkokul/ortaokul mezunu 99 kişi (%23,3), lise mezunu 146 kişi (%34,4), üniversite ve üzeri eğitim seviyesinde 180 kişi (%42,4) bulunmaktadır. Büyükşehirde yaşayan 293 kişi (%68,9) ve il/ilçede yaşayan 132 kişi (%31,1) vardır. Çalışmaya maddi durumu düşük olan 92 kişi (%21,6) orta olan 299 kişi (%70,4) ve yüksek olan 34 kişi (%8,0) katılmıştır. Hastanenin acil servisinde hizmet alan 137 kişi (%32,2), genel cerrahi servisinde hizmet alan 145 kişi (%34,1) ve dahiliye servisinde hizmet alan 143 kişi (%33,6) vardır.

Daha önce sağlık personeli ile tartışan 129 kişi (%30,4) ve tartışmayan 296 kişi (%69,6) vardır. Sağlık çalışanına şiddet göstermiş 21 kişiye (%4,9) karşın 404 kişi (%95,1) şiddet göstermemiştir. Şiddeti hak arama davranışı olarak gören 21 kişi (%4,9), kısmen gören 51 kişi (%12,0) ve görmeyen 353 kişi (%83,1) vardır. Sağlık çalışanın şiddeti hak ettiğine katılan 14 kişi (%3,3), kısmen katılan 65 kişi (%15,3) ve katılmayan 346 kişi (%81,4) vardır. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenebileceğini düşünen 275 kişi (%64,7), düşünmeyen 52 kişi (%12,2) ve kararsız olan 98 kişi (%23,1) bulunmaktadır.

Çizelge 4.2. Katılımcıların Yanıtlarına Göre Sağlık Çalışanlarına Şiddetin Sebepleri

Sağlıkta Şiddetin Nedenleri	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
Bekleme	311	73,2	114	26,8
Hasta ve yakınının sabırsız ve stresli olması	358	84,2	67	15,8
Tedavi memnuniyetsizliği	290	68,2	135	31,8
Muayenede ihmal	261	61,4	164	38,6
Sağlık çalışanlarının hastalara yeterli ilgi göstermemesi	249	58,6	176	41,4
Muayene önceliğinde adaletsizlik	241	56,7	184	43,3
Sağlık çalışanlarının hastadan çok prosedürle uğraşması	235	55,3	190	44,7
Konsültan hekimin geç gelmesi	519	51,5	206	48,5
Yardımcı personel yetersizliği	255	60,0	170	40,0
Kötü haber alma	268	63,1	157	36,9
Sağlık kurumunun yetersizliği	239	56,2	186	43,8
Aciliyeti olmayan taleplerin sağlık çalışanları tarafından reddi	258	60,7	167	39,3
Sağlık çalışanlarındaki tecrübesizlik	171	40,2	254	59,8
Medyada sağlık çalışanları aleyhine yapılan haberler	246	57,9	179	42,1
Sağlık çalışanlarına olan bakış açısının olumsuz olması	244	57,4	181	42,6
Hasta ve hasta yakınlarının öfke-kontrol probleminin olması	352	82,8	73	17,2

Çizelge 4.2’den hareketle sağlıkta şiddetin sebeplerine yönelik katılımcıların düşünceleri incelendiğinde; bekleme (%73,2), hasta ve yakınının sabırsız ve stresli

olması (%84,2), tedavi memnuniyetsizliği (%68,2), muayenede ihmal (%61,4), sağlık çalışanlarının hastalara yeterli ilgi göstermemesi (%58,6), muayene önceliğinde adaletsizlik (%56,7), sağlık çalışanlarının hastadan çok prosedürle uğraşması (%55,31), konsültan hekimin geç gelmesi (%51,5), yardımcı personel yetersizliği (%60,0), kötü haber alma (%63,1), sağlık kurumunun yetersizliği (%56,2), aciliyeti olmayan taleplerin sağlık çalışanları tarafından reddi (%60,7), sağlık çalışanlarındaki tecrübesizlik (%40,2), medyada sağlık çalışanları aleyhine yapılan haberler (%57,9), sağlık çalışanlarına olan bakış açısının olumsuz olması (%57,4) ve hasta ve hasta yakınlarının öfke-kontrol probleminin olması (%82,8) şeklindedir.

Çizelge 4.3. Araştırma Ölçek ve Alt Boyutları İçin Betimleyici İstatistik

Ölçek	Min	Max	$\bar{x}$	ss
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	34	113	74,27	11,64
Sürekli öfke	10	38	19,37	5,65
Öfke dışa atımı	8	29	15,12	4,21
Öfke içe atımı	8	31	17,03	4,47
Öfke kontrol	8	32	22,75	5,75
Saldırganlık Ölçeği	33	127	70,96	19,72
Fiziksel saldırganlık	5	42	18,88	7,19
Düşmanlık	8	40	21,84	6,88
Sözel saldırganlık	5	24	13,36	3,58
Öfke	7	34	16,88	5,52

Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyut toplam puanları için hesaplanan en büyük-küçük, ortalama ve standart sapma değerleri Çizelge 4.3'te verilmiştir.

Çizelge 4.4. Araştırma Ölçek ve Alt Boyutları İçin İç Tutarlılık Katsayılarının Hesaplanması

Ölçek	Cronbach Alfa
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	0,824
Sürekli öfke	0,864
Öfke dışa atımı	0,792
Öfke içe atımı	0,733
Öfke kontrol	0,882
Saldırganlık Ölçeği	0,918
Fiziksel saldırganlık	0,836
Düşmanlık	0,818
Sözel saldırganlık	0,578
Öfke	0,702

Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyutları için hesaplanan iç tutarlılık katsayıları Çizelge 4.4'te verilmiştir. Elde edilen değerler ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılık düzeylerinin istatistiksel olarak iyi düzeyde olduğu görülmüştür.

Çizelge 4.5. Cinsiyet Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Cinsiyet	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Erkek	200	73,17	12,49	-1,835	423	0,067
	Kadın	225	75,24	10,77			
Sürekli öfke	Erkek	200	19,33	5,77	-0,169	423	0,866
	Kadın	225	19,42	5,55			
Öfke dışa atımı	Erkek	200	15,17	4,42	0,242	423	0,809
	Kadın	225	15,07	4,02			
Öfke içe atımı	Erkek	200	16,87	4,57	-0,688	423	0,492
	Kadın	225	17,17	4,38			
Öfke kontrol	Erkek	200	21,81	6,08	-3,216	423	0,001
	Kadın	225	23,58	5,31			
Saldırganlık Ölçeği	Erkek	200	73,97	19,63	3,001	423	0,003
	Kadın	225	68,28	19,46			
Fiziksel saldırganlık	Erkek	200	20,79	6,89	5,329	423	0,000
	Kadın	225	17,18	7,03			
Düşmanlık	Erkek	200	22,24	6,97	1,137	423	0,256
	Kadın	225	21,48	6,79			
Sözel saldırganlık	Erkek	200	13,54	3,64	0,925	423	0,355
	Kadın	225	13,21	3,52			
Öfke	Erkek	200	17,41	5,35	1,888	423	0,060
	Kadın	225	16,40	5,64			

Kadın ve erkekler katılımcıların öfke kontrol boyutu ($t_{(423)}=-3,216$; $p<0,01$), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ($t_{(423)}=3,001$; $p<0,01$) ve fiziksel saldırganlık boyutu ($t_{(423)}=5,329$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo incelendiğinde, kadın katılımcıların öfke kontrol puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksekken Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve fiziksel saldırganlık puan ortalamaları anlamlı şekilde düşüktür.

Çizelge 4.6. Yaş Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Yaş	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	18-24	107	75,26	10,87	0,583	3	0,627
	25-34	180	73,96	11,10		421	
	35-44	75	74,65	12,03			
	45-64	63	72,98	13,87			
Sürekli öfke	18-24	107	19,38	5,86	0,304	3	0,822
	25-34	180	19,15	5,38		421	
	35-44	75	19,89	5,32			
	45-64	63	19,38	6,47			
Öfke dışa atımı	18-24	107	15,39	3,97	0,922	3	0,430
	25-34	180	14,78	3,87		421	
	35-44	75	15,63	4,54			
	45-64	63	15,02	5,04			
Öfke içe atımı	18-24	107	17,26	4,65	0,746	3	0,525
	25-34	180	16,89	4,38		421	
	35-44	75	17,49	4,18			
	45-64	63	16,48	4,76			
Öfke kontrol	18-24	107	23,22	5,55	1,725	3	0,161
	25-34	180	23,14	5,52		421	
	35-44	75	21,64	5,89			
	45-64	63	22,11	6,41			
Saldırganlık Ölçeği	18-24	107	73,51	20,54	1,485	3	0,218
	25-34	180	68,87	17,97		421	
	35-44	75	70,68	18,52			
	45-64	63	72,90	23,87			
Fiziksel saldırganlık	18-24	107	18,93	7,56	1,441	3	0,230
	25-34	180	18,39	6,80		421	
	35-44	75	18,59	6,48			
	45-64	63	20,54	8,27			
Düşmanlık	18-24	107	23,28	7,37	2,212	3	0,086
	25-34	180	21,31	6,40		421	
	35-44	75	21,69	6,42			
	45-64	63	21,08	7,65			
Sözel saldırganlık	18-24	107	13,97	3,77	1,819	3	0,143
	25-34	180	12,96	3,27		421	
	35-44	75	13,39	3,48			
	45-64	63	13,46	4,09			
Öfke	18-24	107	17,34	5,93	1,764	3	0,153
	25-34	180	16,21	4,94		421	
	35-44	75	17,01	5,46			
	45-64	63	17,83	6,30			

Yaş değişkenine göre katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.7. Medeni Durum Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Medeni durum	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Evli	204	74,18	11,86	-0,152	423	0,879
	Bekar	221	74,35	11,46			
Sürekli öfke	Evli	204	19,57	5,57	0,681	423	0,496
	Bekar	221	19,19	5,73			
Öfke dışa atımı	Evli	204	15,14	4,38	0,092	423	0,927
	Bekar	221	15,10	4,05			
Öfke içe atımı	Evli	204	17,17	4,44	0,635	423	0,526
	Bekar	221	16,90	4,50			
Öfke kontrol	Evli	204	22,30	5,82	-1,542	423	0,124
	Bekar	221	23,16	5,67			
Saldırganlık Ölçeği	Evli	204	71,83	20,49	0,879	423	0,380
	Bekar	221	70,15	19,00			
Fiziksel saldırganlık	Evli	204	19,40	7,46	1,440	423	0,151
	Bekar	221	18,40	6,91			
Düşmanlık	Evli	204	21,94	6,80	0,284	423	0,777
	Bekar	221	21,75	6,97			
Sözel saldırganlık	Evli	204	13,44	3,57	0,396	423	0,692
	Bekar	221	13,30	3,59			
Öfke	Evli	204	17,06	5,71	0,658	423	0,511
	Bekar	221	16,71	5,35			

Medeni durum değişkenine göre katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.8. Çalışma Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Çalışma durumu	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Evet	293	73,63	11,58	-1,677	423	0,094
	Hayır	132	75,67	11,69			
Sürekli öfke	Evet	293	18,94	5,60	-2,381	423	0,018
	Hayır	132	20,34	5,67			
Öfke dışa atımı	Evet	293	14,80	4,02	-2,316	423	0,021
	Hayır	132	15,82	4,53			
Öfke içe atımı	Evet	293	16,68	4,52	-2,437	423	0,015
	Hayır	132	17,81	4,26			
Öfke kontrol	Evet	293	23,22	5,81	2,522	423	0,012
	Hayır	132	21,70	5,48			
Saldırganlık Ölçeği	Evet	293	68,63	19,25	-3,675	423	0,000
	Hayır	132	76,12	19,86			
Fiziksel saldırganlık	Evet	293	18,50	6,99	-1,634	423	0,103
	Hayır	132	19,73	7,57			
Düşmanlık	Evet	293	20,82	6,72	-4,656	423	0,000
	Hayır	132	24,10	6,71			
Sözel saldırganlık	Evet	293	13,08	3,50	-2,473	423	0,014
	Hayır	132	14,00	3,67			
Öfke	Evet	293	16,24	5,39	-3,609	423	0,000
	Hayır	132	18,30	5,56			

Çalışan ve çalışmayan katılımcıların sürekli öfke boyutu ($t_{(423)}=-2,381$; $p<0,05$), öfke dışa atım boyutu ($t_{(423)}=-2,316$; $p<0,05$), öfke içe atımı ($t_{(423)}=-2,437$; $p<0,05$), öfke kontrol ($t_{(423)}=2,522$; $p<0,05$), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ($t_{(423)}=-3,675$; $p<0,001$), düşmanlık boyutu ($t_{(423)}=-4,656$; $p<0,001$), sözel saldırganlık boyutu ($t_{(423)}=-2,473$; $p<0,05$) ve öfke boyutu ($t_{(423)}=-3,609$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo incelendiğinde, çalışmayan katılımcıların öfke kontrol puan ortalamaları anlamlı şekilde düşüken sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu, öfke içe atımı, öfke kontrol, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksektir.

Çizelge 4.9. Eğitim Durumu Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Eğitim durumu	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p	Fark
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	İlkokul/ortaokul	99	72,25	12,80	4,230	2	0,015	3>1,2
	Lise	146	73,36	12,12		422		
	Üniversite ve üzeri	180	76,11	10,30				
Sürekli öfke	İlkokul/Ortaokul	99	19,10	6,41	0,179	2	0,836	
	Lise mezunu	146	19,54	5,37		422		
	Üniversite ve üzeri	180	19,39	5,45				
Öfke dışı atımı	İlkokul/Ortaokul	99	15,86	4,85	2,075	2	0,127	
	Lise mezunu	146	14,80	4,08		422		
	Üniversite ve üzeri	180	14,97	3,89				
Öfke içi atımı	İlkokul/Ortaokul	99	16,49	4,46	2,319	2	0,100	
	Lise mezunu	146	16,73	4,62		422		
	Üniversite ve üzeri	180	17,56	4,31				
Öfke kontrol	İlkokul/Ortaokul	99	20,80	5,96	12,454	2	0,000	2>3,1
	Lise mezunu	146	22,29	5,69		422		
	Üniversite ve üzeri	180	24,19	5,32				
Saldırganlık Ölçeği	İlkokul/Ortaokul	99	75,67	19,98	8,626	2	0,000	3<1,2
	Lise mezunu	146	73,23	19,84		422		
	Üniversite ve üzeri	180	66,53	18,65				
Fiziksel saldırganlık	İlkokul/Ortaokul	99	20,67	7,69	6,025	2	0,003	3<1,2
	Lise mezunu	146	19,20	6,88		422		
	Üniversite ve üzeri	180	17,64	6,95				
Düşmanlık	İlkokul/Ortaokul	99	22,93	6,74	5,079	2	0,007	3<1,2
	Lise mezunu	146	22,60	7,71		422		
	Üniversite ve üzeri	180	20,62	6,04				
Sözel saldırganlık	İlkokul/Ortaokul	99	13,78	3,11	4,356	2	0,013	3<1,2
	Lise mezunu	146	13,82	3,90		422		
	Üniversite ve üzeri	180	12,77	3,48				
Öfke	İlkokul/Ortaokul	99	18,29	5,78	10,595	2	0,000	3<1,2
	Lise mezunu	146	17,61	5,17		422		
	Üniversite ve üzeri	180	15,50	5,37				

Eğitim durumu kategorilerine göre katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ($F_{(2,422)}=4,230$; $p<0,05$), öfke kontrol boyutu ($F_{(2,422)}=12,454$; $p<0,001$), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ($F_{(2,422)}=8,626$; $p<0,001$), fiziksel saldırganlık boyutu ($F_{(2,422)}=6,025$; $p<0,01$), düşmanlık boyutu ($F_{(2,422)}=5,079$; $p<0,01$), sözel saldırganlık boyutu ($F_{(2,422)}=4,356$; $p<0,05$) ve öfke boyutu ($F_{(2,422)}=10,595$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre öfke kontrol boyutu için bütün kategoriler kendi arasında farklılık gösterirken diğer boyutlar için temel farklılık üniversite ve üzeri eğitim kategorisinden kaynaklanmaktadır.

Tablo incelendiğinde, üniversite ve üzeri eğitim durumundaki katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ve öfke kontrol boyutu toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksek bulunurken ilkokul/ortaokul mezunu katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Bunun yanında üniversite ve üzeri eğitim durumundaki katılımcıların Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksek bulunurken ilkokul/ortaokul mezunu katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur.

Çizelge 4.10 Sigara Kullanımı Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Sigara kullanımı	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Evet	184	75,14	12,08	1,347	423	0,179
	Hayır	241	73,60	11,28			
Sürekli öfke	Evet	184	19,67	5,99	0,956	423	0,340
	Hayır	241	19,15	5,38			
Öfke dışa atımı	Evet	184	15,93	4,42	3,547	423	0,000
	Hayır	241	14,49	3,93			
Öfke içe atımı	Evet	184	17,02	4,45	-0,048	423	0,962
	Hayır	241	17,04	4,49			
Öfke kontrol	Evet	184	22,51	5,74	-0,736	423	0,462
	Hayır	241	22,93	5,76			
Saldırganlık Ölçeği	Evet	184	74,51	19,11	3,282	423	0,001
	Hayır	241	68,24	19,79			
Fiziksel saldırganlık	Evet	184	20,25	7,12	3,478	423	0,001
	Hayır	241	17,83	7,07			
Düşmanlık	Evet	184	22,42	6,61	1,523	423	0,128
	Hayır	241	21,39	7,06			
Sözel saldırganlık	Evet	184	14,07	3,36	3,606	423	0,000
	Hayır	241	12,83	3,65			
Öfke	Evet	184	17,77	5,46	2,951	423	0,003
	Hayır	241	16,19	5,48			

Sigara kullanan ve kullanmayan katılımcıların öfke dışa atım boyutu ($t_{(423)}=3,547$; $p<0,001$), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ($t_{(423)}=3,282$; $p<0,01$), fiziksel saldırganlık boyutu ($t_{(423)}=3,478$; $p<0,01$), sözel saldırganlık boyutu ($t_{(423)}=3,606$; $p<0,001$) ve öfke boyutu ($t_{(423)}=2,951$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo incelendiğinde, sigara içen katılımcıların öfke dışa atım boyutu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksektir.

Çizelge 4.11. Alkol Kullanımı Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Alkol kullanımı	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Evet	80	76,71	12,38	2,094	423	0,037
	Hayır	345	73,70	11,41			
Sürekli öfke	Evet	80	20,61	6,05	2,186	423	0,029
	Hayır	345	19,09	5,52			
Öfke dışa atımı	Evet	80	16,25	4,40	2,692	423	0,007
	Hayır	345	14,86	4,12			
Öfke içe atımı	Evet	80	17,96	4,22	2,084	423	0,038
	Hayır	345	16,81	4,50			
Öfke kontrol	Evet	80	21,89	5,87	-1,484	423	0,138
	Hayır	345	22,94	5,71			
Saldırganlık Ölçeği	Evet	80	78,26	20,79	3,732	423	0,000
	Hayır	345	69,26	19,10			
Fiziksel saldırganlık	Evet	80	21,51	7,30	3,690	423	0,000
	Hayır	345	18,27	7,03			
Düşmanlık	Evet	80	23,70	6,82	2,707	423	0,007
	Hayır	345	21,41	6,83			
Sözel saldırganlık	Evet	80	14,55	4,09	3,329	423	0,001
	Hayır	345	13,09	3,39			
Öfke	Evet	80	18,50	5,86	2,947	423	0,003
	Hayır	345	16,50	5,38			

Alkol kullanan ve kullanmayan katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ($t_{(423)}=2,094$; $p<0,05$), sürekli öfke boyutu ($t_{(423)}=2,186$; $p<0,05$), öfke dışa atım boyutu ($t_{(423)}=2,692$; $p<0,01$), öfke içe atım boyutu ($t_{(423)}=2,084$; $p<0,05$), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ($t_{(423)}=3,732$; $p<0,01$), fiziksel saldırganlık boyutu ($t_{(423)}=3,690$; $p<0,001$), düşmanlık boyutu ($t_{(423)}=2,707$; $p<0,01$), sözel saldırganlık boyutu ($t_{(423)}=3,329$; $p<0,01$) ve öfke boyutu ($t_{(423)}=2,947$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo incelendiğinde, alkol içen katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu, öfke içe atım boyutu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksektir.

Çizelge 4.12. Yaşanılan Yer Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Yaşanılan yer	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Büyükşehir	293	74,45	11,99	0,487	423	0,627
	İl / İlçe	132	73,86	10,86			
Sürekli öfke	Büyükşehir	293	19,59	5,51	1,158	423	0,248
	İl / İlçe	132	18,90	5,95			
Öfke dışa atımı	Büyükşehir	293	15,23	4,25	0,785	423	0,433
	İl / İlçe	132	14,88	4,12			
Öfke içe atımı	Büyükşehir	293	17,11	4,58	0,580	423	0,562
	İl / İlçe	132	16,84	4,22			
Öfke kontrol	Büyükşehir	293	22,53	5,89	-1,177	423	0,240
	İl / İlçe	132	23,23	5,41			
Saldırganlık Ölçeği	Büyükşehir	293	70,87	19,88	-0,141	423	0,888
	İl / İlçe	132	71,16	19,45			
Fiziksel saldırganlık	Büyükşehir	293	18,79	7,10	-0,376	423	0,707
	İl / İlçe	132	19,08	7,39			
Düşmanlık	Büyükşehir	293	21,71	7,22	-0,570	423	0,569
	İl / İlçe	132	22,12	6,08			
Sözel saldırganlık	Büyükşehir	293	13,55	3,56	1,560	423	0,119
	İl / İlçe	132	12,96	3,59			
Öfke	Büyükşehir	293	16,82	5,40	-0,312	423	0,755
	İl / İlçe	132	17,00	5,80			

Yaşanan yer değişkenine göre katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 4.13 Maddi Durum Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Maddi durum	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p	Fark
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Düşük	92	74,22	14,54	0,106	2	0,900	
	Orta	299	74,18	10,73		422		
	Yüksek	34	75,15	10,88				
Sürekli öfke	Düşük	92	19,67	6,31	1,456	2	0,234	
	Orta	299	19,12	5,33		422		
	Yüksek	34	20,76	6,41				
Öfke dışa atımı	Düşük	92	15,25	4,45	1,052	2	0,350	
	Orta	299	15,19	4,20		422		
	Yüksek	34	14,12	3,56				
Öfke içe atımı	Düşük	92	17,34	5,21	0,299	2	0,741	
	Orta	299	16,93	4,21		422		
	Yüksek	34	17,09	4,60				
Öfke kontrol	Düşük	92	21,96	5,77	1,133	2	0,323	
	Orta	299	22,94	5,78		422		
	Yüksek	34	23,18	5,35				
Saldırganlık Ölçeği	Düşük	92	76,48	20,32	4,706	2	0,010	1>2,3
	Orta	299	69,52	19,41		422		
	Yüksek	34	68,71	18,70				
Fiziksel saldırganlık	Düşük	92	20,29	7,35	2,526	2	0,081	
	Orta	299	18,40	7,14		422		
	Yüksek	34	19,29	6,88				
Düşmanlık	Düşük	92	24,02	7,67	6,454	2	0,002	1>2,3
	Orta	299	21,34	6,52		422		
	Yüksek	34	20,26	6,68				
Sözel saldırganlık	Düşük	92	14,26	3,43	3,841	2	0,022	1>2,3
	Orta	299	13,15	3,58		422		
	Yüksek	34	12,85	3,63				
Öfke	Düşük	92	17,90	5,51	2,096	2	0,124	
	Orta	299	16,63	5,48		422		
	Yüksek	34	16,29	5,74				

Maddi durum kategorilerine göre katılımcıların Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ($F_{(2,422)}=4,706$; $p<0,05$), düşmanlık boyutu ($F_{(2,422)}=6,454$; $p<0,01$) ve sözel saldırganlık boyutu ($F_{(2,422)}=3,841$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre temel farklılığın maddi durumu düşük katılımcılardan kaynaklandığı görülmüştür. Tablo incelendiğinde, maddi durumu düşük olan katılımcıların Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, düşmanlık boyutu ve sözel saldırganlık boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksek bulunurken maddi durumu yüksek olan katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur.

Çizelge 4.14 Hizmet Alınan Bölüm Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Bölüm	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p	Fark
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Acil	137	76,50	13,09	3,933	2	0,020	1>2,3
	Genel Cerrahi	145	72,83	9,44		422		
	Dahiliye	143	73,57	11,96				
Sürekli öfke	Acil	137	20,55	6,22	5,035	2	0,007	1>2,3
	Genel Cerrahi	145	19,15	5,23		422		
	Dahiliye	143	18,47	5,32				
Öfke dışa atımı	Acil	137	16,15	4,62	7,838	2	0,000	1>2,3
	Genel Cerrahi	145	15,06	3,91		422		
	Dahiliye	143	14,19	3,87				
Öfke içe atımı	Acil	137	17,70	4,63	2,864	2	0,058	
	Genel Cerrahi	145	16,43	3,85		422		
	Dahiliye	143	16,99	4,81				
Öfke kontrol	Acil	137	22,10	5,61	4,658	2	0,010	3>1,2
	Genel Cerrahi	145	22,19	5,78		422		
	Dahiliye	143	23,93	5,70				
Saldırganlık Ölçeği	Acil	137	76,48	21,77	9,494	2	0,000	1>2,3
	Genel Cerrahi	145	70,12	18,55		422		
	Dahiliye	143	66,52	17,57				
Fiziksel saldırganlık	Acil	137	20,83	7,88	9,320	2	0,000	1>2,3
	Genel Cerrahi	145	18,68	6,67		422		
	Dahiliye	143	17,21	6,57				
Düşmanlık	Acil	137	23,29	7,40	5,087	2	0,007	1>2,3
	Genel Cerrahi	145	21,54	6,38		422		
	Dahiliye	143	20,75	6,65				
Sözel saldırganlık	Acil	137	14,12	3,90	5,198	2	0,006	1>2,3
	Genel Cerrahi	145	13,22	3,45		422		
	Dahiliye	143	12,78	3,26				
Öfke	Acil	137	18,23	5,67	7,281	2	0,001	1>2,3
	Genel Cerrahi	145	16,68	5,47		422		
	Dahiliye	143	15,78	5,19				

Hizmet alınan bölüm kategorilerine göre katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ($F_{(2,422)}=3,933$; $p<0,05$), sürekli öfke boyutu ($F_{(2,422)}=5,035$; $p<0,01$), öfke dışa atım boyutu ($F_{(2,422)}=7,838$; $p<0,001$), öfke kontrol boyutu ($F_{(2,422)}=4,658$; $p<0,05$), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ($F_{(2,422)}=9,494$; $p<0,001$), fiziksel saldırganlık boyutu ($F_{(2,422)}=9,320$; $p<0,001$), düşmanlık boyutu ($F_{(2,422)}=5,087$; $p<0,01$), sözel saldırganlık boyutu ($F_{(2,422)}=5,198$; $p<0,01$) ve öfke boyutu ($F_{(2,422)}=7,281$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre öfke kontrol boyutu için temel farklılık dahiliye servisi kategorisinden kaynaklanırken diğer toplam puanlar için temel farklılık acil servisinden kaynaklanmaktadır. Tablo incelendiğinde, acil sevisinden hizmet alan

katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışı atım boyutu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken dahiliye sevisinden hizmet alan katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Bunun yanında dahiliye sevisinden hizmet alan katılımcıların öfke kontrol puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken acil sevisinden hizmet alan katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur.

Çizelge 4.15. Sağlık Çalışanı ile Tartışma Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Tartışma	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Evet	129	79,98	11,47	7,059	423	0,000
	Hayır	296	71,77	10,83			
Sürekli öfke	Evet	129	22,29	6,08	7,477	423	0,000
	Hayır	296	18,10	4,95			
Öfke dışı atımı	Evet	129	17,12	4,67	6,803	423	0,000
	Hayır	296	14,25	3,67			
Öfke içe atımı	Evet	129	18,91	3,92	5,951	423	0,000
	Hayır	296	16,21	4,45			
Öfke kontrol	Evet	129	21,67	5,77	-2,572	423	0,010
	Hayır	296	23,22	5,69			
Saldırganlık Ölçeği	Evet	129	78,60	21,70	5,452	423	0,000
	Hayır	296	67,63	17,83			
Fiziksel saldırganlık	Evet	129	21,47	8,16	5,049	423	0,000
	Hayır	296	17,75	6,41			
Düşmanlık	Evet	129	23,98	6,51	4,318	423	0,000
	Hayır	296	20,91	6,84			
Sözel saldırganlık	Evet	129	14,54	4,17	4,588	423	0,000
	Hayır	296	12,85	3,16			
Öfke	Evet	129	18,61	5,64	4,372	423	0,000
	Hayır	296	16,12	5,30			

Daha önce sağlık çalışanı ile tartışma yaşayan ve yaşamayan katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ($t_{(423)}=7,059$; $p<0,001$), sürekli öfke boyutu ($t_{(423)}=7,477$; $p<0,001$), öfke dışı atım boyutu ($t_{(423)}=6,803$; $p<0,001$), öfke içe atım boyutu ($t_{(423)}=5,951$; $p<0,001$), öfke kontrol boyutu ($t_{(423)}=-2,572$; $p<0,05$), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ($t_{(423)}=5,452$; $p<0,001$), fiziksel saldırganlık boyutu ($t_{(423)}=5,049$; $p<0,001$), düşmanlık boyutu ($t_{(423)}=4,318$; $p<0,001$), sözel saldırganlık boyutu ($t_{(423)}=4,588$; $p<0,001$) ve öfke boyutu ($t_{(423)}=4,372$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo incelendiğinde, daha önce sağlık çalışanı ile tartışma yaşayan katılımcıların öfke

kontrol boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde düşükken Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu, öfke içe atım boyutu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksektir.

Çizelge 4.16. Sağlık Çalışanına Şiddet Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Şiddet	n	$\bar{x}$	ss	t	sd	p
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Evet	21	88,62	15,39	6,031	423	0,000
	Hayır	404	73,52	10,93			
Sürekli öfke	Evet	21	26,33	9,19	6,026	423	0,000
	Hayır	404	19,01	5,17			
Öfke dışa atımı	Evet	21	20,48	5,75	6,251	423	0,000
	Hayır	404	14,84	3,92			
Öfke içe atımı	Evet	21	20,57	4,80	3,786	423	0,000
	Hayır	404	16,84	4,38			
Öfke kontrol	Evet	21	21,24	5,20	-1,233	423	0,218
	Hayır	404	22,82	5,77			
Saldırganlık Ölçeği	Evet	21	96,00	24,44	6,228	423	0,000
	Hayır	404	69,66	18,58			
Fiziksel saldırganlık	Evet	21	28,81	8,96	6,834	423	0,000
	Hayır	404	18,36	6,71			
Düşmanlık	Evet	21	27,57	7,57	3,985	423	0,000
	Hayır	404	21,54	6,72			
Sözel saldırganlık	Evet	21	16,95	3,61	4,838	423	0,000
	Hayır	404	13,18	3,48			
Öfke	Evet	21	22,67	5,86	5,071	423	0,000
	Hayır	404	16,57	5,34			

Daha önce sağlık çalışanına şiddet gösteren ve göstermeyen katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ($t_{(423)}=6,031$; $p<0,001$), sürekli öfke boyutu ($t_{(423)}=6,026$; $p<0,001$), öfke dışa atım boyutu ($t_{(423)}=6,251$; $p<0,001$), öfke içe atım boyutu ($t_{(423)}=3,786$; $p<0,001$), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ($t_{(423)}=6,228$; $p<0,001$), fiziksel saldırganlık boyutu ($t_{(423)}=6,834$; $p<0,001$), düşmanlık boyutu ($t_{(423)}=3,985$; $p<0,001$), sözel saldırganlık boyutu ($t_{(423)}=4,838$; $p<0,001$) ve öfke boyutu ($t_{(423)}=5,071$; $p<0,001$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Tablo incelendiğinde, daha önce sağlık çalışanına şiddet gösteren katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu, öfke içe atım boyutu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksektir.

Çizelge 4.17. Şiddeti Hak Arama Olarak Görme Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Hak arama	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p	Fark
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Evet	21	78,33	11,86	7,671	2	0,001	3>2
	Hayır	353	73,29	10,47		422		
	Kısmen	51	79,37	16,77				
Sürekli öfke	Evet	21	20,62	6,05	6,867	2	0,001	3>2
	Hayır	353	18,93	5,18		422		
	Kısmen	51	21,90	7,66				
Öfke dışa atımı	Evet	21	16,62	5,44	5,068	2	0,007	3>2
	Hayır	353	14,83	3,84		422		
	Kısmen	51	16,51	5,57				
Öfke içe atımı	Evet	21	18,48	4,87	6,552	2	0,002	3>2
	Hayır	353	16,68	4,31		422		
	Kısmen	51	18,84	4,90				
Öfke kontrol	Evet	21	22,62	6,86	0,360	2	0,698	
	Hayır	353	22,84	5,65		422		
	Kısmen	51	22,12	6,03				
Saldırganlık Ölçeği	Evet	21	83,43	23,28	11,228	2	0,000	2>1,3
	Hayır	353	68,99	18,33		422		
	Kısmen	51	79,47	23,44				
Fiziksel saldırganlık	Evet	21	24,33	9,21	17,000	2	0,000	2>1,3
	Hayır	353	18,01	6,51		422		
	Kısmen	51	22,69	8,55				
Düşmanlık	Evet	21	26,00	7,77	6,449	2	0,002	2>1,3
	Hayır	353	21,35	6,63		422		
	Kısmen	51	23,53	7,51				
Sözel saldırganlık	Evet	21	15,14	3,58	7,654	2	0,001	2>1,3
	Hayır	353	13,07	3,41		422		
	Kısmen	51	14,71	4,18				
Öfke	Evet	21	17,95	7,05	3,320	2	0,037	2>1,3
	Hayır	353	16,57	5,40		422		
	Kısmen	51	18,55	5,40				

Şiddeti hak arama davranışı olarak görme kategorilerine göre katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ($F_{(2,422)}=7,671$; $p<0,01$), sürekli öfke boyutu ($F_{(2,422)}=6,867$; $p<0,01$), öfke dışa atım boyutu ($F_{(2,422)}=5,068$; $p<0,01$), öfke içe atım boyutu ($F_{(2,422)}=6,552$; $p<0,01$), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ($F_{(2,422)}=11,228$; $p<0,001$), fiziksel saldırganlık boyutu ($F_{(2,422)}=17,000$; $p<0,001$), düşmanlık boyutu ($F_{(2,422)}=6,449$; $p<0,01$), sözel saldırganlık boyutu ($F_{(2,422)}=7,654$; $p<0,01$) ve öfke boyutu ($F_{(2,422)}=3,320$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ve alt boyutları için temel farklılık kısmen ile hayır kategorisinden

kaynaklanırken Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyut puanları için temel farklılık kısmen kategorisinden kaynaklanmaktadır.

Tablo incelendiğinde, şiddeti kısmen hak arama davranışı olarak gören katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu ve öfke içe atım boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken hak arama davranışı olarak görmeyen katılımcıların anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Bunun yanında şiddeti hak arama davranışı olarak gören katılımcıların Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken hak arama davranışı olarak görmeyen katılımcıların anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.



Çizelge 4.18 Sağlık Çalışanlarının Şiddeti Hak Etmesi Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Şiddeti hak etme	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p	Fark
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Katılıyorum	14	75,93	13,28	7,793	2	0,000	2>3
	Kısmen	65	79,31	12,74		422		
	Katılıyorum	346	73,25	11,13				
	Katılmıyorum	14	18,43	7,74	6,880	2	0,001	2>3
Sürekli öfke	Katılıyorum	65	21,72	6,59		422		
	Kısmen	346	18,97	5,26				
	Katılmıyorum	14	16,36	5,33	5,409	2	0,005	2>3
	Katılıyorum	65	16,54	5,10		422		
Öfke dışı atımı	Katılıyorum	346	14,80	3,91				
	Katılmıyorum	14	17,36	5,08	6,233	2	0,002	2>3
	Katılıyorum	65	18,78	4,09		422		
	Kısmen	346	16,68	4,44				
Öfke içi atımı	Katılıyorum	14	23,79	5,65	0,471	2	0,625	
	Katılmıyorum	65	22,26	5,55		422		
	Kısmen	346	22,79	5,80				
	Katılıyorum	14	70,07	24,21	10,776	2	0,000	2>3
Saldırganlık Ölçeği	Katılmıyorum	65	81,17	22,11		422		
	Katılıyorum	346	69,08	18,50				
	Katılmıyorum	14	20,79	9,07	9,431	2	0,000	2>3
	Katılıyorum	65	22,20	8,58		422		
Fiziksel saldırganlık	Katılıyorum	346	18,18	6,64				
	Katılmıyorum	14	20,36	7,84	8,865	2	0,000	2>3
	Kısmen	65	25,06	6,75		422		2>1
	Katılıyorum	346	21,29	6,71				
Düşmanlık	Katılmıyorum	14	12,50	3,88	8,823	2	0,000	2>3
	Katılıyorum	65	15,03	3,91		422		2>1
	Kısmen	346	13,09	3,42				
	Katılmıyorum	14	16,43	6,54	5,142	2	0,006	2>1
Öfke	Katılıyorum	65	18,88	5,85		422		
	Kısmen	346	16,52	5,35				
	Katılmıyorum							
	Katılıyorum							

Sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiğini düşünme kategorilerine göre katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ($F_{(2,422)}=7,793$; $p<0,001$), sürekli öfke boyutu ($F_{(2,422)}=6,880$; $p<0,01$), öfke dışa atım boyutu ($F_{(2,422)}=5,409$; $p<0,01$), öfke içe atım boyutu ($F_{(2,422)}=6,233$; $p<0,01$), Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ($F_{(2,422)}=10,776$; $p<0,001$), fiziksel saldırganlık boyutu ($F_{(2,422)}=9,431$; $p<0,001$), düşmanlık boyutu ($F_{(2,422)}=8,865$; $p<0,001$), sözel saldırganlık boyutu ($F_{(2,422)}=8,823$; $p<0,001$) ve öfke boyutu ($F_{(2,422)}=5,142$; $p<0,01$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre temel farklılığın kısmen katılan katılımcılardan kaynaklanmaktadır.

Tablo incelendiğinde, sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiğini kısmen düşünen katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu, öfke içe atım boyutu Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken bu düşünceye katılmayan katılımcıların toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur.

Çizelge 4.19. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi

Ölçek	Şiddetin önlenmesi	n	$\bar{x}$	ss	F	sd	p	Fark
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	Evet	275	74,14	10,99	0,986	2	0,374	
	Hayır	52	76,29	12,34		422		
	Kararsızım	98	73,55	12,98				
Sürekli öfke	Evet	275	18,97	5,24	2,826	2	0,060	
	Hayır	52	20,92	5,32		422		
	Kararsızım	98	19,68	6,73				
Öfke dışa atımı	Evet	275	14,80	3,85	3,104	2	0,046	2>1
	Hayır	52	16,33	4,78		422		
	Kararsızım	98	15,36	4,73				
Öfke içe atımı	Evet	275	16,89	4,31	2,647	2	0,072	
	Hayır	52	18,35	4,22		422		
	Kararsızım	98	16,72	4,92				
Öfke kontrol	Evet	275	23,48	5,57	7,102	2	0,001	1>3,2
	Hayır	52	20,69	5,74		422		
	Kararsızım	98	21,79	5,89				
Saldırganlık Ölçeği	Evet	275	69,32	18,43	2,697	2	0,069	
	Hayır	52	74,08	18,67		422		
	Kararsızım	98	73,89	23,17				
Fiziksel saldırganlık	Evet	275	18,05	6,48	5,294	2	0,005	3,2>1
	Hayır	52	20,48	7,21		422		
	Kararsızım	98	20,36	8,61				
Düşmanlık	Evet	275	21,66	6,83	0,265	2	0,767	
	Hayır	52	22,13	6,46		422		
	Kararsızım	98	22,18	7,29				
Sözel saldırganlık	Evet	275	13,23	3,43	1,275	2	0,280	
	Hayır	52	13,13	3,65		422		
	Kararsızım	98	13,87	3,92				
Öfke	Evet	275	16,39	5,29	3,507	2	0,031	2>1
	Hayır	52	18,33	5,55		422		
	Kararsızım	98	17,48	5,98				

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesini düşünme kategorilerine göre katılımcıların öfke dışa atım boyutu ($F_{(2,422)}=3,104$; $p<0,05$), öfke kontrol boyutu ($F_{(2,422)}=7,102$; $p<0,01$), fiziksel saldırganlık boyutu ($F_{(2,422)}=5,294$; $p<0,01$) ve öfke boyutu ($F_{(2,422)}=3,507$; $p<0,05$) toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Farklılığın hangi kategoriden kaynaklandığının belirlenmesi için yapılan LSD (Post Hoc) çoklu karşılaştırma sonucuna göre öfke dışa atımı için farklılık hayır ile evet kategorisinden; öfke kontrol boyutu için temel farklılık evet kategorisinden; fiziksel saldırganlık boyutu için temel farklılık evet kategorisinden ve öfke boyutu için temel farklılık evet ve hayır kategorisinden kaynaklanmaktadır.

Tablo incelendiğinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önleneceğini düşünmeyen katılımcıların öfke dışa atım puanı anlamlı şekilde yüksekken düşünen katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önleneceğini düşünmeyen katılımcıların öfke kontrol puanı anlamlı şekilde en düşükken düşünen katılımcıların anlamlı şekilde en yüksek bulunmuştur. Son olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önleneceğini düşünmeyen katılımcıların fiziksel saldırganlık ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken düşünen katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur.

Çizelge 4.20. Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

	Saldırganlık Ölçeği	Fiziksel saldırganlık	Düşmanlık	Sözel saldırganlık	Öfke
Öfke-Öfke Tarz Ölçeği	0,567***	0,435***	0,522***	0,520***	0,470***
Sürekli öfke	0,649***	0,585***	0,493***	0,500***	0,620***
Öfke dışa atımı	0,687***	0,629***	0,482***	0,567***	0,667***
Öfke içe atımı	0,514***	0,393***	0,528***	0,367***	0,430***
Öfke kontrol	-0,393***	-0,459***	-0,189***	-0,139**	-0,478***

p<0,01; *p<0,001

Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyutları arasında $r=0,367$ ile $r=0,687$ aralığında pozitif yönde ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuca göre Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ve alt boyut puanları arttıkça Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyut puanları da artacak veya Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ve alt boyut puanları azaldıkça Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyut puanları da azalacaktır. Bunun yanında öfke kontrol boyut puanı ile Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyutları arasında $r=-0,139$ ile $r=-0,478$ aralığında negatif yönde, düşük ve orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu sonuca göre öfke kontrol boyut puanı boyut puanı arttıkça Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyut puanları azalacak veya öfke kontrol boyut puanı azaldıkça Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyut puanları artacaktır.

Çizelge 4.21. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Düşüncelerin Katılımcıların Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Puanlarının Yordayıcıları Olarak İncelenmesi

Bağımlı değişken	Bağımsız değişkenler	B(b)	SH	Beta	t	p
Saldırganlık Ölçeği	<i>Sabit (a)</i>	93,688	4,458		21,013	0,000
	Sağlık çalışanına şiddet yok	-20,175	4,652	-0,212	-4,337	0,000
	Sağlık çalışanı ile tartışma yok	-6,595	2,105	-0,154	-3,133	0,002
	Sağlık çalışanı şiddeti hak etmez	7,394	2,604	0,135	2,839	0,005
$R^2=0,131$; $F_{(3,417)}=21,016$; $p=0,000$						
Fiziksel saldırganlık	<i>Sabit (a)</i>	22,718	0,980		23,181	0,000
	Sağlık çalışanına şiddet var	7,180	1,750	0,207	4,103	0,000
	Saldırganlık hak arama davranışı değildir	-3,264	0,941	-0,170	-3,470	0,001
	Sağlık çalışanı ile tartışma yok	-2,110	0,754	-0,135	-2,799	0,005
$R^2=0,144$; $F_{(3,417)}=23,363$ $p=0,000$						
Düşmanlık	<i>Sabit (a)</i>	24,237	1,766		13,728	0,000
	Sağlık çalışanı ile tartışma var	1,976	0,754	0,132	2,621	0,009
	Sağlık çalışanı şiddeti hak etmez	2,349	0,941	0,123	2,495	0,013
	Sağlık çalışanına şiddet yok	-3,637	1,696	-0,110	-2,145	0,033
	Saldırganlık hak arama davranışdır	3,094	1,571	0,096	1,969	0,050
$R^2=0,088$; $F_{(4,416)}=9,979$ $p=0,000$						
Sözel saldırganlık	<i>Sabit (a)</i>	15,433	0,894		17,263	0,000
	Sağlık çalışanına şiddet yok	-2,704	0,863	-0,157	-3,135	0,002
	Sağlık çalışanı ile tartışma var	1,045	0,390	0,135	2,677	0,008
	Sağlık çalışanı şiddeti hak etmez	1,291	0,483	0,130	2,673	0,008
$R^2=0,091$; $F_{(3,417)}=13,943$ $p=0,000$						
Öfke	<i>Sabit (a)</i>	21,250	1,356		15,669	0,000
	Sağlık çalışanına şiddet yok	-5,305	1,324	-0,199	-4,005	0,000
	Sağlık çalışanı ile tartışma var	1,613	0,598	0,135	2,696	0,007
	Sağlık çalışanına şiddet önlenmez	1,597	0,793	0,095	2,013	0,045
$R^2=0,085$; $F_{(3,417)}=12,917$ $p=0,000$						

Katılımcıların Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve alt boyut puanlarının yordayıcılarının incelenmesinde sağlık çalışanlarına yönelik düşünceleri içeren yanıtlar kukla değişken olarak atanmıştır. Bu bağlamda katılımcıların düşüncelerini içeren kategorik değişkenler için yanıt çeşitliliğine göre yeni değişkenler oluşturulmuş ve 0-1 şeklinde yeniden kodlanarak regresyon analizine bağımsız değişken olarak atanmıştır. Kurulan regresyon modellerinde ‘stepwise’ metodu kullanılmış ve anlamlı olan parametreler tahmin edilmiştir.

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği yordayıcılarının belirlenmesi için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,417)}=21,016$; $p<0,001$).Kurulan ilk modelde sağlık çalışanına şiddet göstermeme, sağlık çalışanı ile tartışmama ve sağlık çalışanının şiddeti hak etmemesi durumları anlamlı parametreler olarak bulunmuştur. Üç değişken birlikte saldırganlık puanının %13'lük kısmını açıklamaktadır. Bu sonuca göre diğer parametreler sabit tutulduğunda Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği puanını sağlık çalışanına şiddet göstermeme durumu 20,175 birim ve sağlık çalışanı ile tartışmama durumu 6,595 birim azaltmaktadır. Bunun yanında diğer parametreler sabit tutulduğunda Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği puanını sağlık çalışanının şiddeti hak etmemesi düşüncesi 7,394 birim arttırmaktadır.

Fiziksel saldırganlık boyutu puanı yordayıcılarının belirlenmesi için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,417)}=23,363$; $p<0,001$).Kurulan modelde sağlık çalışanına şiddet gösterme, sağlık çalışanı ile tartışmama ve saldırganlığın hak arama davranışı olmadığı düşüncesi anlamlı parametreler olarak bulunmuştur. Üç değişken birlikte saldırganlık puanının %14'lük kısmını açıklamaktadır. Bu sonuca göre diğer parametreler sabit tutulduğunda fiziksel saldırganlık boyutu puanını saldırganlığın hak arama davranışı olmadığı düşüncesi 3,264 birim ve sağlık çalışanı ile tartışmama durumu 2,110 birim azaltmaktadır. Bunun yanında diğer parametreler sabit tutulduğunda fiziksel saldırganlık boyutu puanını sağlık çalışanına şiddet gösterme durumu 7,180 birim arttırmaktadır.

Düşmanlık boyutu puanı yordayıcılarının belirlenmesi için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{(4,416)}=9,979$; $p<0,001$).Kurulan modelde sağlık çalışanına şiddet göstermeme, sağlık çalışanı ile tartışma, sağlık çalışanının şiddeti hak etmediği ve saldırganlığın hak arama davranışı olduğu düşüncesi anlamlı parametreler olarak bulunmuştur. Dört değişken birlikte saldırganlık puanının %9'lük kısmını açıklamaktadır. Bu sonuca göre diğer parametreler sabit tutulduğunda

düşmanlık boyutu puanını sağlık çalışanına şiddet göstermeme durumu 3,637 birim azaltmaktadır. Bunun yanında diğer parametreler sabit tutulduğunda düşmanlık boyutu puanını sağlık çalışanı ile tartışma durumu 1,976 birim, sağlık çalışanın şiddeti hak etmediği düşüncesi 2,349 birim ve saldırganlığın hak arama davranışı olduğu düşüncesi 3,094 birim arttırmaktadır.

Sözel saldırganlık boyutu puanı yordayıcılarının belirlenmesi için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,417)}=13,943$; $p<0,001$). Kurulan modelde sağlık çalışanına şiddet göstermeme, sağlık çalışanı ile tartışma ve sağlık çalışanın şiddeti hak etmediği düşüncesi anlamlı parametreler olarak bulunmuştur. Üç değişken birlikte saldırganlık puanının %9'luk kısmını açıklamaktadır. Bu sonuca göre diğer parametreler sabit tutulduğunda sözel saldırganlık boyutu puanını sağlık çalışanına şiddet göstermeme durumu 2,704 birim azaltmaktadır. Bunun yanında diğer parametreler sabit tutulduğunda sözel saldırganlık boyutu puanını sağlık çalışanı ile tartışma durumu 1,045 birim ve sağlık çalışanın şiddeti hak etmediği düşüncesi 1,291 birim arttırmaktadır.

Öfke boyutu puanı yordayıcılarının belirlenmesi için kurulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F_{(3,417)}=12,917$; $p<0,001$). Kurulan modelde sağlık çalışanına şiddet göstermeme, sağlık çalışanı ile tartışma ve sağlık çalışanına yönelik şiddetin önlenmeyeceği düşüncesi anlamlı parametreler olarak bulunmuştur. Üç değişken birlikte saldırganlık puanının %8'lik kısmını açıklamaktadır. Bu sonuca göre diğer parametreler sabit tutulduğunda öfke boyutu puanını sağlık çalışanına şiddet göstermeme durumu 5,30 birim azaltmaktadır. Bunun yanında diğer parametreler sabit tutulduğunda öfke boyutu puanını sağlık çalışanı ile tartışma durumu 1,613 birim ve sağlık çalışanına yönelik şiddetin önlenmeyeceği düşüncesi 1,597 birim arttırmaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu araştırma, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ve şiddet eğilimlerinin incelenmesi konu edinmektedir. Benzer konularda yapılan araştırmalar incelendiğinde; öfke ve şiddet eğiliminin birlikte incelendiği pek çok araştırma saptanmıştır. Fakat acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınları örnekleminin daha önce kullanılmamış olması, araştırma kapsamında elde edilen sonuçları değerli kılmaktadır. Dolayısıyla, bu araştırmanın ulaştığı sonuçlar literatürdeki çalışmaları zenginleştirmesi ve ileride benzer konularda çalışma yapacak araştırmacılara yol göstermesi açısından önemlidir.

5.1. Öfke İfade Tarzlarına Yönelik Elde Edilen Sonuçların Tartışılması

Araştırma amaçları kapsamında, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ifade tarzları çeşitli sosyodemografik değişkenlere dayalı olarak incelenmiştir. Yapılan incelemelerde, ele alınan ilk değişken sağlık hizmeti alınan bölümdür. Bu değişken kapsamında ulaşılan sonuçlar incelendiğinde öfke ifade tarzlarının toplamında ve sürekli öfke, öfke dışı vurumu, öfke içi vurumu gibi öfke ifade tarzlarında acil servislerde hizmet alan katılımcıların puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Fakat öfke kontrolünde dahiliye servisinde hizmet alan katılımcılar lehine anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Acil serviste hizmet alan katılımcılar ile dahiliye servisinde hizmet alan katılımcıların ruh halleri, düşünceleri, içinde bulundukları psikolojik durum gibi özelliklerin benzer olması beklenemez. Acil servis, genellikle ani olarak gelişen rahatsızlıklar neticesinde hizmet alınan bir bölümdür. Dolayısıyla, katılımcıların üzerlerinde hissettikleri baskı ve yaşadıkları stres öfke ifade tarzlarına doğrudan etki edebilmektedir. Dahiliye servisinde hizmet alan katılımcıların öfke kontrolünde anlamlı düzeyde yüksek puan alması bu durum ile örtüşmektedir. Bayrı (2007) tarafından hemşirelerin öfke ifade tarzları incelenmiş ve genel cerrahi serviste çalışan hemşireler ile dahiliye servisinde çalışan hemşirelerin sürekli öfke ve öfke içi vurumu tarzının bu araştırmada olduğu

gibi denk olduğu belirlenmiştir. Acil servislerde çalışma durumunun aydoğan ve özkan (2018)'in çalışmasında sağlık çalışanları için öfke bağlamında risk faktörü olarak ele alınması da bu durumla ilgilidir. Ayrıca yılmaz (2020) tarafından sağlık çalışanları üzerine yürütölen araştırmada da acil servis çalışanlarının hasta ve hasta yakınları tarafından uğradıkları öfke davranışının önüne geçilebilmesi için ek tedbirlerin gerekli olduğuna vurgu yapılmıştır.

Cinsiyet kapsamında elde edilen sonuçlar incelendiğinde, öfke ifade tarzlarına ait toplam puan ile alt boyutların genelinde anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Dolayısıyla, araştırmaya katılan kadın ve erkeklerin öfke ifade tarzları bakımından denk puanlar aldıklarını ve benzer nitelikler taşıdıklarını söylemek mümkündür. Fakat öfke kontrolü tarzında kadın katılımcılar lehine anlamlı fark bulunması, kadınların erkeklere oranla öfke düzeyleri daha kolay kontrol altına alabildiklerini göstermektedir. Benzer nitelikli araştırmalar incelendiğinde, pek çok çalışmanın bu sonuçlar ile uyumlu olduğu saptanmıştır. Örneğin; akkoç (2011) tarafından yapılan araştırmada acil sağlık çalışanlarının sürekli öfke, öfke içe vurumu ve öfke dışa vurumu tarzlarında cinsiyete bağlı bir fark belirlenememiştir. Stamnitz (2020)'in sağlık çalışanları üzerine yürüttüğü araştırmada, sürekli öfkenin kadın ve erkeklerde denk olarak tespit edilmesi, bu araştırmanın literatürdeki çalışmalar ile bir diğör uyumlu noktasıdır. Ayrıca, kuruoğlu (2009)'nun 19-26 yaş aralığındaki üniversite öğrencilerinin katılımı ile yürüttüğü çalışmada bu araştırmayı destekleyici özelliklerde sonuçlara ulaşılmıştır. Her iki araştırmayı ortak bir zeminde buluşturan sonuçlar; sürekli öfke, öfke içe vurumu ve öfke dışa vurumu tarzlarının cinsiyet değişkenine bağlı olarak anlamlı bir farklılık göstermemesidir. Ek olarak, gültekin ve acar (2020)'in araştırmasında da sürekli öfke, öfke içe vurumu ve öfke dışa vurumu tarzlarının cinsiyet değişkeninden etkilenmediği sonucu elde edilmiştir. Bu durum, araştırmanın cinsiyet ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiye yönelik elde ettiğı sonuçların literatürdeki çalışmalar ile paralel olduğunu işaret etmektedir.

Katılımcıların öfke ifade tarzlarında yaş grubu etkisi değerlendirildiğinde, farklı yaş gruplarındaki bireylerin öfke ifade tarzları toplam puanı ile alt boyutların genelinde benzer özelliklere sahip olduğu belirlenmiştir. Sadece öfke kontrolü tarzında, 18-24 yaş ve 25-34 yaş grubundaki katılımcıların puanı 55-64 yaş grubundaki katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Öfke ifade tarzlarının yaş grubu bağlamında değerlendirildiğı araştırmalar incelendiğinde, bu sonuç ile

uyuşan araştırmaların mevcut olduğu saptanmıştır. Örneğin; aldemir (2021)'in araştırmasında, hemşirelerin öfke ifade tarzları incelenmiş ve yaş grubu kapsamında bu araştırma ile bire bir uyumlu sonuçlar elde edilmiştir. Aldemir (2021)'in araştırmasında, hemşirelerin sürekli öfke, öfke içe vurumu ve öfke dışı vurumu tarzının yaş grubuna göre anlamlı fark göstermediği ve sadece öfke kontrolü boyutunda anlamlı değişiklikler olduğu sonucu elde edilmiştir. Dolayısıyla aldemir (2021)'in araştırması ile bu araştırmanın paralel olduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca, bayrı (2007) tarafından hemşirelerin katılımı ile yürütüldüğü çalışmada, bu araştırmada olduğu gibi öfke dışı vurumu tarzının yaş grubundan etkilenmediği sonucuna ulaşılmıştır. Kaya ve diğerleri (2012) tarafından hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin öfke ifade tarzları üzerine yapılan araştırmada da öfke kontrolü tarzında genç bireyler lehine anlamlı sonuçlar edinilmiştir. Yaş grubu bağlamında, bu araştırma ile benzerlik gösteren bir diğer araştırma ise çalışkur (2009)'un üniversite öğrencileri ile çalıştığı araştırmadır. Bu araştırmada da tıpkı bu araştırmada olduğu gibi sürekli öfke, öfke içe vurumu ve öfke dışı vurumu tarzların yaş grubuna bağlı olarak anlamlı değişiklikler elde edilememiş iken öfke kontrolü tarzında anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırma sonuçları incelendiğinde, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ifade tarzlarında medeni duruma bağlı olarak anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Buna göre evli ve bekar katılımcıların öfke ifade tarzları açısından benzer nitelikler taşıdıklarını söylemek mümkündür. Akkoç (2011) tarafından yapılan araştırmada acil sağlık çalışanlarının sürekli öfke, öfke kontrolü, öfke içe vurumu ve öfke dışı vurumu tarzlarında medeni duruma bağlı bir fark belirlenememiştir. Ayrıca, bayrı (2007) tarafından hemşirelerin öfke ifade tarzları üzerine yürütülen araştırmada, bu araştırmada olduğu gibi evli ve bekar katılımcıların sürekli öfke, öfke kontrolü, öfke içe vurumu ve öfke dışı vurumu tarzının denk olduğu sonucuna varılmıştır. Kaya ve diğerleri (2012) tarafından hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin öfke ifade tarzları üzerine yapılan araştırmada da medeni durum bağlamında anlamlı sonuçlar elde edilememesi, araştırma kapsamında elde edilen sonuçların benzer konularda yapılan çalışmalar ile uyumlu olduğunu ortaya koymaktadır. Nitekim gül, bal ve tumurbağa (2019)'nın adana il merkezinde yaşayan yetişkin bireyler üzerine yürüttükleri araştırmada da bu durum desteklenmiştir.

Acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ifade tarzlarında çalışma durumu etkisi incelendiğinde, toplam puan ile sürekli öfke tarzında bir değişiklik olmadığı sonucu elde edilmiştir. Fakat öfke kontrolü tarzında çalışan katılımcılar ve öfke dışı vurumu ile öfke içe vurumu tarzlarında ise çalışmayan katılımcılar lehine anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışan bireylerin iş hayatında maruz kaldıkları baskı, psikolojik şiddet ve yıldırma gibi davranışlar bu katılımcıların öfke kontrolü konusunda daha başarılı olmasını sağlamış olabilir. Ayrıca, çalışmayan bireylerin öfke dışı vurumu ve öfke içe vurumu tarzlarında aktif olarak bir işte çalışan bireylerden daha yüksek puan alması da bu durumla ilgili olarak açıklanabilir. Tüfekçi-hoşgör (2013)'ün araştırması da birkaç noktada bu durumu açıklar niteliktedir. Evli çiftlerin öfke ifade tarzlarını inceleyen tüfekçi-hoşgör (2013)'ün araştırmasında da öfke ifade tarzlarına ait toplam puanda anlamlı sonuç elde edilememiş iken öfke dışı vurumu tarzında ise çalışmayan bireyler lehine anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Evli bireylerin öfke ifade tarzları pek çok değişkenden etkilenmeye müsaittir. Her ne kadar bu bağlamda, tüfekçi-hoşgör (2013)'ün araştırmasında evli bireyler üzerine çalışılmış olması farklı bir örneklem olarak değerlendirilse de bu araştırma ile ortak bulgulara ulaşması her iki araştırmayı benzer kılmaktadır. Dolayısıyla her iki araştırmanın ulaştıkları birtakım sonuçlar ile birbirlerini doğruladıklarını söylemek mümkündür. Ayrıca gül, bal ve tumurbağa (2019)'nın adana'daki yetişkin bireyler üzerine yürüttükleri araştırmada, öfke ifade tarzlarına ait toplam puan ile sürekli öfkenin çalışma durumu bağlamında benzer özellikler gösterdiği; fakat öfke kontrolü boyutunda çalışmayan bireyler lehine anlamlı sonuçlar elde edildiği belirlenmiştir.

Araştırma bulguları kapsamında eğitim durumunun öfke ifade tarzları üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde; üniversite ve üzeri eğitim durumundaki katılımcıların öfke-öfke tarz ölçeği ve öfke kontrol boyutu toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksek bulunurken ilkokul/ortaokul mezunu katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Fakat öfke kontrolü tarzında eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı fark belirlenmiştir. Buna göre, üniversite mezunu katılımcıların puanı ilkokul, ortaokul ve lise mezunu katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin eğitim durumu arttıkça empati, saygı, hoşgörü, iletişim becerileri vb. Gibi özelliklerinin de artması muhtemeldir. Dolayısıyla üniversite mezunu kişilerin ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarından anlamlı düzeyde

yüksek puan alması araştırma kapsamında elde edilmesi beklenen bir sonuçtur. Lisansüstü eğitime sahip kişilerin de üniversite mezunlarına yakın puan almasına rağmen anlamlı fark elde edilememesinin sebebi, lisansüstü programlardan mezun olan katılımcı sayısının sınırlı sayıda olması olabilir. İlgili çalışmalar incelendiğinde bu sonucu destekleyen araştırmaların mevcut olduğu belirlenmiştir. Örneğin; stamnitz (2020) tarafından sağlık çalışanlarının katılımıyla gerçekleştirilen araştırmada, sürekli öfke ve öfke dışı vurumu tarzlarının eğitim durumuna göre denk olduğu sonucu elde edilmiştir. Ayrıca, akkoç (2011) tarafından yapılan araştırmada acil sağlık çalışanlarının sürekli öfke, öfke kontrolü, öfke içi vurumu ve öfke dışı vurumu tarzlarında eğitim durumuna bağlı bir fark belirlenememiştir.

Acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ifade tarzlarında sigara ve alkol kullanımı etkisi incelendiğinde, her iki durumun da öfke ifade tarzlarını genel olarak tetiklediği belirlenmiştir. Bu kapsamda, sigara kullanan bireylerin öfke ifade tarzlarına ait toplam puan ile öfke dışı vurumu tarzında ve alkol kullanan bireylerin ise öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puan ile sürekli öfke, öfke dışı vurumu ve öfke içi vurumu tarzlarında anlamlı düzeyde yüksek sonuçlara ulaşılmıştır. Sigara ve alkol kullanımının sınırlı da olsa bilinç üzerindeki olumsuz etkisi göz önüne alındığında ve her iki maddenin de kullanılması halinde geçici davranışların gözlenme sıklığı düşünüldüğünde, bu sonucun araştırma kapsamında elde edilmesi gereken bir sonuç olduğu ortaya çıkmaktadır. Öfke ifade tarzları üzerine yürütülen benzer araştırmalarda da bu durum sık sık doğrulanmıştır. Örneğin; aldemir (2021) tarafından hemşirelerin öfke ifade tarzları değerlendirilmiş ve sürekli öfke, öfke kontrolü ile öfke içi vurumu tarzının sigara içme durumundan etkilenmediği saptanmıştır. Ayrıca, elkin ve karadağlı (2015)'nin araştırmasında üniversite öğrencilerinin hem sigara hem de alkol kullanımının öfke ifade tarzlarını yükselttiği sonucu saptanmıştır.

Araştırma sonunda, gelir düzeyinin öfke ifade tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı sonucu elde edilmiştir. Buna göre, düşük, orta ve yüksek düzeyde gelire sahip acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ifade tarzlarına ait toplam puan ile sürekli öfke, öfke kontrolü, öfke dışı vurumu ve öfke içi vurumu tarzları benzerlik göstermektedir. Aldemir (2021) tarafından hemşirelerin öfke ifade tarzlarını incelediği çalışmada da katılımcı puanlarının gelir düzeyi kapsamında farklılaşmadığı sonucu edinilmiştir.

Ayrıca, kaya ve diğerleri (2012) tarafından hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin öfke ifade tarzları üzerine yapılan araştırmada da öfke ifade tarzları ve gelir düzeyi kapsamında paralel sonuçlara ulaşılmıştır. Gültekin ve acar (2020)'ın üniversite öğrencilerine yönelik yapılan araştırmasında bu araştırmanın ulaştığı sonuçlar ile doğrudan uyumlu bulgulara erişilmiştir.

Araştırma bulguları değerlendirildiğinde, yaşanan yer değişkenini öfke ifade tarzları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığı sonucu elde edilmiştir. Buna göre, büyükşehir, il / şehir ve ilçede yaşayan acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ifade tarzlarına ait toplam puan ile sürekli öfke, öfke kontrolü, öfke dışı vurumu ve öfke içi vurumu tarzları benzerlik göstermektedir. Benzer konulardaki çalışmalar değerlendirildiğinde, yaşanan yer ve öfke ifade tarzları arasında ilişki kuran çalışma sayısının yetersiz olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan sınırlı sayıdaki araştırmalarda biri, gültekin ve acar (2020)'ın üniversite öğrencilerine yönelik yaptıkları araştırmadır. Bu araştırmada hem yaşanan yere hem de yaşanan bölgeye bağlı olarak katılımcıların öfke ifade tarzlarına ilişkin puanların farklılık göstermediği sonucuna ulaşılmıştır. Dolayısıyla, araştırmanın yaşanan yer ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişkiye yönelik elde ettiği sonuçlar, literatürü zenginleştirmesi açısından değerlidir.

5.2. Saldırganlık Düzeyine Yönelik Elde Edilen Sonuçların Tartışılması

Araştırma amaçları kapsamında, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının saldırganlık düzeyleri çeşitli sosyodemografik değişkenlere dayalı olarak incelenmiştir. Yapılan incelemelerde, ele alınan ilk değişken sağlık hizmeti alınan bölümdür. Bu değişken kapsamında ulaşılan sonuçlar incelendiğinde saldırganlık düzeyine ait toplam puan ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutlarında acil servislerde hizmet alan katılımcıların puanı genel cerrahi servisi ve dahiliye servisinde hizmet alan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durumun temel sebebi, öfke ifade tarzlarında da açıklandığı gibi acil serviste hizmet alan katılımcıların ruh halleri, düşünceleri, içinde bulundukları psikolojik durum gibi özellikler ile açıklanabilir. Acil serviste hizmet alan katılımcıların genellikle ani olarak gelişen rahatsızlıklar neticesinde hizmet bu bölümde hizmet alması, hissettikleri baskı ve yaşadıkları stres düzeyine doğrudan etki edebilmektedir. Bu durum da doğal olarak

saldırganlık düzeyini yükselterek katılımcıları şiddete yönlendirebilmektedir. Yılmaz (2020) tarafından yapılan araştırmada da acil servis çalışanlarının diğer bölümlere oranla daha fazla saldırganlığa uğradığı belirtilmiştir.

Cinsiyet kapsamında elde edilen sonuçlar incelendiğinde, saldırganlık düzeyine ait toplam puan ile fiziksel saldırganlık boyutunda erkek katılımcılar lehine anlamlı sonuçlar edinilmiştir. Fakat öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutlarında ise kadın ve erkek katılımcıların denk puanlar aldıkları belirlenmiştir. Toplam puan ile fiziksel saldırganlık boyutunda erkek katılımcıların daha yüksek puan alması araştırmanın ulaşması beklenen sonuçlarından biridir. Çünkü erkeklerin genel olarak şiddete meyilli oldukları yapılan pek çok araştırmada ortaya koyulmuştur. Örneğin; avcı-balıcı (2014) tarafından acil servis çalışanları üzerine yürütülen araştırmada, katılımcıların yoğun olarak hasta ve hasta yakınları tarafından saldırganlığa uğradığı belirlenmiştir. Ayrıca, kırman (2018)'in sağlıkçılar üzerine çalıştığı araştırmada da fiziksel saldırganlık düzeyinde bu araştırmada olduğu gibi erkekler lehine anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Kılınç (2016) tarafından sağlık çalışanları üzerine yürütülen araştırmada da erkek katılımcıların fiziksel saldırganlık boyutunda kadın katılımcılardan anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı saptanmıştır. Bu bağlamda, araştırmanın cinsiyet ve saldırganlık düzeyi üzerine ulaştığı bulguların benzer araştırmalar ile paralel nitelikler taşıdığı söylenebilir.

Saldırganlık düzeyinde yaş grubu etkisi incelendiğinde, katılımcı puanlarının denk olduğu belirlenmiştir. Buna göre, 18-24 yaş, 25-34 yaş, 35-44 yaş, 44-55 yaş ve 55-64 yaş grubundaki katılımcıların saldırganlık düzeyine ilişkin toplam puan ile fiziksel saldırganlık, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutları benzer özellikler göstermektedir. Fakat öfke boyutunda 55-64 yaş grubundaki katılımcıların puanı 25-34 yaş grubundaki katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksektir. İlgili çalışmalar incelendiğinde, bu sonuçların pek çok araştırmada desteklendiği belirlenmiştir. Örneğin; akca, yılmaz ve ışık (2014) tarafından sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet incelenmiş ve yaş grubu kapsamında anlamlı değişiklikler bulunamamıştır. Ayrıca bostancı, oda, şebin ve erail (2017)'in araştırmasında, katılımcıların saldırganlık düzeylerinde yaş grubu bağlamında anlamlı bir sonuç olmadığı tespit edilmiştir. Erşan, doğan ve doğan (2009)'ın çalışmasında da beden eğitimi ve spor yüksekokulunda öğrenim gören öğrencilerin saldırganlık düzeylerinde

hem bu araştırma hem de bostancı, oda, şebiri ve erail (2017)'in çalışmasında olduğu gibi yaş grubu kapsamında anlamlı değişiklikler olmadığı sonucu edinilmiştir.

Medeni durum ve saldırganlık düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik sonuçlar değerlendirildiğinde, evli ve bekar katılımcıların saldırganlık düzeylerinin denk olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, saldırganlık düzeyine ait toplam puan ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutlarının medeni durum değişkeninden etkilenmediği söylenebilir. Salırganlık düzeyi üzerine yapılan araştırmalar incelendiğinde, medeni duruma göre farklı sonuçlar elde edildiği belirlenmiştir. Örneğin; şahin (2017) tarafından yapılan araştırmada, 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan bireylerin saldırganlık düzeylerinin medeni durum değişkeninden etkilenmediği belirlenmiştir. Bu bağlamda, 112 acil sağlık hizmetlerinde çalışan kadın ve erkek bireylerin saldırganlık düzeylerinin denk olduğu söylenebilir. Bu araştırma kapsamında da erkek ve kadın katılımcıların saldırganlık düzeyi arasında anlamlı bir farkın tespit edilememesi her iki araştırmanın ortak noktasıdır.

Acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının saldırganlık düzeyleri çalışma durumuna göre incelendiğinde, toplam puan ile öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutlarında çalışmayan katılımcıların puanı çalışan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışma durumu kapsamında anlamlı sonuç bulunamayan yegane boyut ise fiziksel saldırganlık boyutudur. Salırganlık düzeyi üzerine yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde, yürütölen araştırmaların genel olarak çalışma durumu değişkenini ihmal ettiğı belirlenmiştir. Yapılan araştırmalarda benzer olarak anne ve baba eğitim durumunun incelenmesine rağmen çalışma durumunun göz ardı edilmesi literatür adına bir eksiklikler. Bu kapsamda, araştırmanın saldırganlık düzeyi ve çalışma durumu arasındaki ilişkiye yönelik ortaya koyduğu sonuçlar bir boşluğu doldurmaktadır.

Eğitim durumu ve saldırganlık düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik sonuçlar değerlendirildiğinde katılımcıların puanlarında anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Üniversite ve üzeri eğitim durumundaki katılımcıların buss-perry saldırganlık ölçeğı, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksek bulunurken ilkököl/ortaokul mezunu katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Eğitim düzeyi düşük

kişilerde empati, iletişim becerileri vb. Gibi faktörlerin düşük olma ihtimalinin yüksek olması bu kişilerin saldırganlık düzeylerini yüksek çıkması beklenmektedir. Fakat literatürdeki çalışmalarda incelendiğinde her araştırma kapsamında farklı sonuçlar elde edildiği belirlenmiştir. Örneğin; akpınar (2010)'ın yürüttüğü araştırmada saldırganlık düzeyleri eğitim durumu değişkeninden etkilenmezken aksoy (2017)'un çalışan bireyler üzerine yürüttüğü araştırmada ise bu araştırmanın sonuçlarını destekler nitelikte sonuçlar elde edilmiştir. Dolayısıyla yapılan bu araştırma, aksoy (2017)'un çalışması ile paralellik gösterir iken akpınar (2010)'ın çalışması ile ters düşmektedir.

Acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının saldırganlık düzeyleri üzerinde sigara ve alkol kullanma durumunun etkisi değerlendirildiğinde, hem sigara kullanımının hem de alkol kullanımının katılımcıların saldırganlık düzeyine ait toplam puan ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutlarını yükselttiği sonucu elde edilmiştir. Sigara ve alkol kullanımına bağlı olarak düşünce ve davranışları kontrol etmede geçici olarak zorluk yaşanması, bu durumu açıklar niteliktedir. Nitekim literatürdeki pek çok araştırma da bu durumu açıklamaktadır. Tosunöz, öztunç, eskimez ve demirci (2019)'nin hemşirelik öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada saldırganlık düzeyinin sigara ve alkol kullanan bireyler lehine farklılık gösterdiği sonucu edinilmiştir. Ayrıca, akpınar (2010)'ın yaptığı araştırmada da sigara ve alkol kullanımının saldırganlık düzeyinin pek çok alt boyutunda anlamlı değişikliğe sebebiyet verdiği belirlenmiştir. Aksoy (2017)'un sigara ve alkol kullanımı üzerine elde ettiği sonuçlar da hem bu araştırmayı hem de tosunöz, öztunç, eskimez ve demirci (2019) ve akpınar (2010)'ın yaptığı araştırmayı destekleyici özelliklere sahiptir. Kırman (2018) tarafından yapılan araştırmada da sağlıkçıların saldırganlık düzeylerinin alkol kullanımına bağlı olarak artış gösterdiği saptanmıştır.

Gelir düzeyi ve saldırganlık düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik sonuçlar değerlendirildiğinde, düşük, orta ve yüksek düzeyde gelire sahip katılımcıların saldırganlık düzeylerin denk olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, saldırganlık düzeyine ait toplam puan ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutlarının gelir düzeyi değişkeninden etkilenmediği söylenebilir. Saldırganlık düzeyi üzerine yapılan araştırmalar incelendiğinde, gelir düzeyine göre bu araştırma ile paralel nitelikte sonuçlara ulaşıldığı belirlenmiştir. Örneğin; tosunöz, öztunç, eskimez ve demirci (2019)'nin hemşirelik öğrencilerinin katılımı ile yürüttüğü

araştırmada da saldırganlık düzeyinin gelir düzeyine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ayrıca, kırmızı (2018)'ın yaptığı araştırmada da düşük, orta ve yüksek düzeyde gelire sahip sağlıkçıların saldırganlık düzeylerinin benzer olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla, saldırganlık düzeyi üzerine yapılan araştırmalar bütünsel olarak değerlendirildiğinde, gelir düzeyinin bağımsız bir değişken olarak saldırganlık düzeyini etkilemediği söylenebilir.

Yaşanılan yer ve saldırganlık düzeyi arasındaki ilişkiye yönelik sonuçlar değerlendirildiğinde, büyükşehir, il / şehir ve ilçede yaşayan katılımcıların saldırganlık düzeylerin denk olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda, saldırganlık düzeyine ait toplam puan ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutlarının yaşanılan yer değişkeninden etkilenmediği söylenebilir. Saldırganlık düzeyi üzerine yapılan araştırmalar incelendiğinde, yaşanılan yer değişkenine göre bu araştırma ile paralel nitelikte sonuçlara ulaşıldığı belirlenmiştir. Örneğin; kırmızı (2018)'ın yaptığı araştırmada köy, ilçe, şehir ve büyükşehirde yaşayan sağlıkçıların saldırganlık düzeylerinde anlamlı fark belirlenememiştir. Tosunöz, öztunç, eskimez ve demirci (2019)'nin hemşirelik öğrencilerinin katılımı ile yürüttüğü araştırmada da yaşanılan yer değişkeninin bağımsız bir değişken olarak saldırganlık düzeyini etkilemediği sonucu edinilmiştir.

5.3. Öfke İfade Tarzları ile Saldırganlık Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Elde Edilen Sonuçların Tartışılması

Araştırma kapsamında, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ifade tarzları ile saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişki arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Yapılan analizlerin ardından öfke ifade tarzları toplam puanı ile sürekli öfke, öfke dışa vurumu ve öfke içe vurumu tarzlarının saldırganlık toplam puanı ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutları ile pozitif yönlü anlamlı ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, öfke ifade tarzları ile saldırganlık arasında doğru orantı olduğu söylenebilir. Fakat öfke kontrolü tarzının saldırganlık toplam puanı ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutları ile negatif ilişkili olduğu sonucu elde edilmiştir.

Öfke ifade tarzları ve saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişkinin ele alındığı çalışmalar incelendiğinde, pek çok araştırmada bu sonuçların sıkça tespit edildiği bulunmuştur. Fakat yapılan araştırmaların genelinde, örneklem grubu ergen bireyler, lise öğrencileri vb. Gibi yetişkin olmayan bireylerden seçilmiştir. Sağlık çalışanları kapsamında öfke ifade tarzları ve saldırganlığın ortak zeminde buluşturulduğu araştırmalar incelendiğinde, Gürdoğan, Öztürk ve Uğur (2017)'un çalışmasının bu araştırma ile benzer olduğu sonucu elde edilmiştir. Gürdoğan, Öztürk ve Uğur (2017)'un araştırmasında yoğun bakım ünitelerinde çalışanlarının hasta yakınlarından gördükleri şiddet incelenmiştir. Araştırma kapsamında, yoğun bakım şartlarının hasta yakınlarının öfke ifade tarzlarını yükselttiği ve buna paralel olarak sağlık çalışanlarının bu kişiler tarafından saldırganlık düzeylerinin saldırganlığa uğradığı sonucu elde edilmiştir. Bu sonuç da yapılan bu araştırmanın sonuçları ile örtüşmesi bakımından önemlidir. Ayrıca, Şahin (2017) tarafından yapılan araştırmada, 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının öfke ifade tarzları ile saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Araştırma sonunda, bu araştırma ile paralel olarak saldırganlık düzeyi ile sürekli öfke, öfke içe vurumu ve öfke dışı vurumu arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Ayrıca 112 acil sağlık çalışanlarının öfke kontrolü ile saldırganlık düzeyi arasında negatif yönlü ilişki bulunması her iki araştırmanın ortak olan bir diğer sonucudur.

Yapılan analizler sonucunda sağlık çalışanı ile tartışma yaşayan katılımcıların öfke-tarz ve saldırganlık puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, daha öne sağlık çalışanı ile tartışma yaşayan katılımcıların öfke kontrol boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde düşüken öfke-öfke tarz ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke içe atım boyutu, buss perry saldırganlık ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar çerçevesinde daha önce sağlık çalışanına şiddet

Gösteren katılımcıların puanları da analiz edildiğinde öfke-öfke tarz ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışı atım boyutu, öfke içe atım boyutu, buss-perry saldırganlık ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu alt boyutlarla ilgili literatürde yeteri kadar çalışma bulunmamasına rağmen ayrıncı, yenilmez, günay ve kaptanoğlu'nun (2002) yapmış olduğu çeşitli sağlık kurumlarında

ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığıyla ilgi yapmış oldukları çalışmada paralel sonuçlara ulaşıldığı görölmektedir.

Şiddeti hak arama yöntemi olarak görme değişkenine göre katılımcıların öfke-öfke tarz ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu, öfke içe atım boyutu, buss-perry saldırganlık ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Şiddeti kısmen hak arama davranışı olarak gören katılımcıların öfke-öfke tarz ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu ve öfke içe atım boyutu puan ortalamaları incelendiğinde anlamlı şekilde en yüksekken hak arama davranışı olarak görmeyen katılımcıların anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Bunun yanında şiddeti hak arama davranışı olarak gören katılımcıların buss-perry saldırganlık ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken hak arama davranışı olarak görmeyen katılımcıların anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Sağlık çalışanlarının şiddeti hak etmesi değişkenine göre katılımcıların öfke-öfke tarz ölçeği, buss-perry saldırganlık ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası farkın incelenmesi sonucunda elde edilen bulgular incelendiğinde, sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiğini kısmen düşünen katılımcıların öfke-öfke tarz ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu, öfke içe atım boyutu buss-perry saldırganlık ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken bu düşünceye katılmayan katılımcıların toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde en düşük olduğu bulunmuştur. Fakat literatür incelendiğinde sağlıkta şiddeti hak arama yöntemi olarak gören katılımcıları içeren çalışmaların sınırlı sayıda olduğu gözlenmiştir. Buna rağmen ayrıncı, yenilmez, günay ve kaptanoğlu'nun (2002) yapmış olduğu çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığıyla ilgili çalışmada kişilerin problem çözümünde şiddeti daha kolay bir yol olarak görmeleri açısından paralel sonuçlara ulaşıldığı görölmektedir.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi değişkenine göre katılımcıların öfke-öfke tarz ölçeği, buss-perry saldırganlık ölçeği ve alt boyut toplam puan ortalamaları arası farkın incelenmesi sonucunda elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önleneceğini düşünmeyen katılımcıların öfke dışa atım puanı anlamlı şekilde yüksekken düşünen katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önleneceğini düşünmeyen katılımcıların öfke kontrol puanı anlamlı şekilde en düşükken düşünen katılımcıların anlamlı şekilde en yüksek bulunmuştur. Son olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önleneceğini düşünmeyen katılımcıların fiziksel saldırganlık ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken düşünen katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Sağlıkta şiddetin önlenmesi değişkenine göre yapılan çalışmalar incelendiğinde bu konuda görüş bildiren katılımcıları içeren çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu tespit edilmiştir. (Serin, Serin, Bakacak, & Ölmez, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, 2015)'in sağlık çalışanları üzerinde yapmış olduğu çalışma sonuçlarına bakıldığında sağlık çalışanlarına kolay bir şekilde şiddet uygulanabildiği ve bu hak arama sürecindeki düşünceler açısından benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın ana amacı, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ve şiddet eğilimlerinin incelenmesidir. Araştırmanın alt amaçlarında ise katılımcıların öfke ifade tarzları ve saldırganlık düzeylerinin demografik değişkenler bağlamında incelenmesi yer almaktadır. Belirtilen amaçlar kapsamında araştırmanın ulaştığı sonuçlar aşağıda paylaşılmıştır.

6.1. Öfke İfade Tarzına Yönelik Elde Edilen Sonuçlar

Katılımcıların öfke ifade tarzlarında demografik değişkenlerin etkisi incelenirken ele alınan ilk değişken sağlık hizmeti alınan bölüm olmuştur. Bu doğrultuda yapılan analizler, katılımcıların öfke ifade tarzlarında hizmet aldıkları bölümler kapsamında anlamlı farklılıkların oluştuğunu göstermektedir. Buna göre, toplam puan ile sürekli öfke ve öfke dışı vurumu tarzlarında acil serviste hizmet alan katılımcıların puanı genel cerrahi servisi ve dahiliye servisinde hizmet alanlardan, öfke kontrolü tarzında dahiliye servisinde hizmet alan katılımcıların puanı acil servis ve genel cerrahi servisinde hizmet alanlardan ve öfke içi vurumu tarzında acil serviste hizmet alan katılımcıların puanı genel cerrahi servisi hizmet alan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma problemlerine yanıt verebilmek için acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ifade tarzları cinsiyete göre incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde, kadın ve erkeklerin puanlarında anlamlı fark olmadığı sonucu elde edilmiştir. Buna göre, katılımcıların öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puan ile sürekli öfke, öfke dışı vurumu ve öfke içi vurumu tarzları cinsiyete göre benzer özellikler gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonunda, katılımcıların öfke ifade tarzlarının yaş grubuna bağlı olarak anlamlı düzeyde değişiklik göstermediği sonucu edinilmiştir. Buna göre, 18-24 yaş, 25-34 yaş, 35-44 yaş, 45-54 yaş ve 55-64 yaş grubundaki katılımcıların öfke ifade tarzlarına ait toplam puan ile sürekli öfke, öfke dışı vurumu ve öfke içi vurumu tarzlarının denk olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sürecinde toplanan veriler analiz edildiğinde, katılımcıların öfke ifade tarzlarının medeni durum bağlamında değişiklik göstermediği sonucu elde edilmiştir. Bu kapsamda, evli ve bekar katılımcıların öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puan ile sürekli öfke, öfke dışı vurumu ve öfke içi vurumu tarzları benzer özellikler gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ifade tarzları çalışma durumuna göre incelendiğinde, toplam puan ile sürekli öfke tarzında aktif olarak bir işte çalışan ve halihazırda bir işte çalışmayan katılımcıların benzer puanlar aldıkları saptanmıştır. Fakat öfke kontrolü tarzında çalışan katılımcılar ve öfke dışı vurumu ile öfke içi vurumu tarzlarında ise çalışmayan katılımcılar lehine anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır.

Araştırma sonunda, katılımcıların öfke ifade tarzlarının eğitim durumuna bağlı olarak anlamlı düzeyde değişiklik gösterdiği sonucu edinilmiştir. Buna göre, üniversite ve üzeri eğitim durumundaki katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği ve öfke kontrol boyutu toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksek bulunurken ilkokul/ortaokul mezunu katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Bunun yanında üniversite ve üzeri eğitim durumundaki katılımcıların Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksek bulunurken ilkokul/ortaokul mezunu katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur.

Sigara içme durumunun öfke ifade tarzları üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde, bazı anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre, sigara içen katılımcıların öfke dışı atım boyutu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ifade tarzları, alkol kullanımına göre değerlendirildiğinde; alkol içen katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışı atım boyutu, öfke içe atım boyutu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Araştırma bulguları yorumlandığında, katılımcıların öfke ifade tarzlarının gelir düzeyi bağlamında maddi durumu düşük olan katılımcıların, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, düşmanlık boyutu ve sözel saldırganlık boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksek bulunurken maddi durumu yüksek olan katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur.

Yaşanılan yer değişkeninin öfke ifade tarzları üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde, anlamlı sonuçlara ulaşılamamıştır. Buradan hareketle, öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puan ile sürekli öfke, öfke kontrolü, öfke dışı vurumu ve öfke içe vurumu tarzlarında yaşanılan yer değişkeninin etkisi olmadığı sonucunu ulaşılabılır.

6.2. Saldırganlık Düzeyine Yönelik Elde Edilen Sonuçlar

Katılımcıların saldırganlık düzeylerinde demografik değişkenlerin etkisi incelenirken ele alınan ilk değişken sağlık hizmeti alınan bölüm olmuştur. Bu doğrultuda yapılan analizler, katılımcıların saldırganlık düzeylerinde hizmet aldıkları bölümler kapsamında anlamlı farklılıkların oluştuğunu göstermektedir. Buna göre, saldırganlık düzeyine ait toplam puan ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutlarında acil serviste hizmet alan katılımcıların puanı genel cerrahi servisi ve dahiliye servisinde hizmet alan katılımcıların puanından anlamlı düzeyde yüksektir.

Araştırma problemlerine yanıt verebilmek için acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının saldırganlık düzeyleri cinsiyete göre incelenmiştir. Elde edilen bulgular incelendiğinde, toplam puan ile öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutlarında kadın ve erkeklerin benzer özellikler gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Fakat fiziksel saldırganlık boyutuna ilişkin analizlerde erkekler lehine anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Katılımcıların saldırganlık düzeyleri, yaş grubu bağlamında incelendiğinde, anlamlı sonuçlara ulaşılamamıştır. Buna göre, 18-24 yaş, 25-34 yaş, 35-55 yaş, 45-54 yaş ve 55-64 yaşındaki katılımcıların saldırganlık toplam puanı ile fiziksel saldırganlık, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutları birbirlerine denktir. Fakat öfke boyutunda 55-64 yaş grubundaki katılımcıların puanının 25-34 yaş grubundaki katılımcıların puanından yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonunda elde edilen bir başka sonuç, katılımcıların saldırganlık düzeyine yönelik puanların medeni durum kapsamında anlamlı fark göstermemesidir. Buna göre, evli ve bekar katılımcıların saldırganlık toplam puan ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutları birbirlerine denktir.

Araştırma bulguları yorumlandığında, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının saldırganlık düzeylerinin çalışma durumuna göre farklılaştığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, çalışmayan katılımcıların öfke kontrol puan ortalamaları anlamlı şekilde düşüken sürekli öfke boyutu, öfke dışı atım boyutu, öfke içi atımı, öfke kontrol, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksektir bulgusu elde edilmiştir.

Katılımcıların saldırganlık puanları eğitim durumuna göre incelendiğinde, hem toplam puanda hem de alt boyutların genelinde anlamlı farkların mevcut olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda üniversite ve üzeri eğitim durumundaki katılımcıların Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksek bulunurken ilkokul/ortaokul mezunu katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur.

Acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının saldırganlık puanları sigara içme durumu kapsamında değerlendirildiğinde, sigara içen katılımcılar lehine anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Bu sonuçtan hareketle, sigara içen katılımcıların öfke dışı atım boyutu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksektir.

Katılımcıların saldırganlık düzeyleri alkol kullanma durumu kapsamında değerlendirildiğinde, alkol kullanan katılımcılar lehine anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır. Bu sonuçtan hareketle, toplam puan ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutlarında sigara içenlerin puanları alkol kullananlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Araştırma sonunda, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının saldırganlık düzeylerinin gelir düzeyi kapsamında anlamlı düzeyde fark oluşturduğu belirlenmiştir. Buna göre, maddi durumu düşük olan katılımcıların Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, düşmanlık boyutu ve sözel saldırganlık boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksek bulunurken maddi durumu yüksek olan katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur.

Araştırma verileri analiz edildiğinde, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının saldırganlık düzeylerinin yaşanılan yere göre anlamlı düzeyde fark oluşturmadığı sonucu elde edilmiştir. Buna göre, büyükşehir, il/şehir ve ilçede yaşayan katılımcıların saldırganlık düzeyine ilişkin toplam puan ile fiziksel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve sözel saldırganlık boyutları benzer özellikler göstermektedir.

6.3. Öfke İfade Tarzları ile Saldırganlık Düzeyi Arasındaki İlişkiye Yönelik Elde Edilen Sonuçlar

Bu araştırmanın temel amacı, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ve şiddet eğilimlerinin arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Bu kapsamda, katılımcıların öfke ifade tarzları ve saldırganlık düzeyleri arasındaki korelasyonel ilişki incelenmiştir. Araştırma bulguları yorumlandığında, katılımcıların saldırganlık düzeyleri ve buna ait alt boyutların tamamı öfke toplam puanı, sürekli öfke, öfke dışı vurumu ve öfke içe vurumu ile pozitif yönlü ve öfke kontrolü ile negatif yönlü ilişkilidir. Bu sonuçtan hareketle, katılımcıların öfke ifade tarzlarına ilişkin toplam puanı ile sürekli öfke, öfke dışı vurumu ve öfke içe vurumu tarzlarına ait puanlar yükseldikçe saldırganlık düzeyleri de yükselmektedir. Bu bağlamda, ilgili puanlar arasında doğru orantıdan söz edilebilir. Ayrıca, katılımcıların öfke kontrolü tarzına ilişkin puanlar ile saldırganlık düzeyleri arasında ters yönde ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu bağlamda öfke

kontrolü yükseldikçe saldırganlık düzeyleri azalmaktadır. Buna bağlı olarak, katılımcıların öfke kontrolü puanları azaldıkça saldırganlık puanları yükselmektedir.

Yapılan analizler sonucunda sağlık çalışanı ile tartışma yaşayan katılımcıların öfke-tarz ve saldırganlık puanları arasındaki ilişki incelendiğinde, daha öne sağlık çalışanı ile tartışma yaşayan katılımcıların öfke kontrol boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde düşüken Öfke-Öfke Tarz ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke içe atım boyutu, Buss Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu sonuçlar çerçevesinde daha önce sağlık çalışanına şiddet gösteren katılımcıların puanları da analiz edildiğinde Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu, öfke içe atım boyutu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Şiddeti hak arama yöntemi olarak görme değişkenine göre katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu, öfke içe atım boyutu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Şiddeti kısmen hak arama davranışı olarak gören katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu ve öfke içe atım boyutu puan ortalamaları incelendiğinde anlamlı şekilde en yüksekken hak arama davranışı olarak görmeyen katılımcıların anlamlı şekilde düşük bulunmuştur. Bunun yanında şiddeti hak arama davranışı olarak gören katılımcıların Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken hak arama davranışı olarak görmeyen katılımcıların anlamlı şekilde düşük bulunmuştur.

Sağlık Çalışanlarının Şiddeti Hak Etmesi Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi sonucunda elde edilen bulgular incelendiğinde, sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiğini kısmen düşünen katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, sürekli öfke boyutu, öfke dışa atım boyutu, öfke içe atım boyutu Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, fiziksel saldırganlık boyutu, düşmanlık boyutu, sözel saldırganlık boyutu ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken bu düşünceye

katılmayan katılımcıların toplam puan ortalamaları anlamlı şekilde en düşük olduğu bulunmuştur.

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Önlenmesi Değişkenine Göre Katılımcıların Öfke-Öfke Tarz Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği ve Alt Boyut Toplam Puan Ortalamaları Arası Farkın İncelenmesi sonucunda elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önleneceğini düşünmeyen katılımcıların öfke dışı atım puanı anlamlı şekilde yüksekken düşünen katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önleneceğini düşünmeyen katılımcıların öfke kontrol puanı anlamlı şekilde en düşükken düşünen katılımcıların anlamlı şekilde en yüksek bulunmuştur. Son olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önleneceğini düşünmeyen katılımcıların fiziksel saldırganlık ve öfke boyutu puan ortalamaları anlamlı şekilde en yüksekken düşünen katılımcıların anlamlı şekilde en düşük bulunmuştur.

6.4. Öneriler

Bu araştırmanın konusu, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ve şiddet eğilimlerinin incelenmesidir. Bu konuya benzer düzeyde çalışma yürütmek isteyen araştırmacılara yapılan bu araştırma kapsamında birtakım öneriler sunulmuştur. Bu öneriler şu şekildedir:

1. Bu araştırmaya ait bağımlı değişkenler; öfke ifade tarzları ve saldırganlık düzeyidir. İleride yapılacak araştırmalarda, öfke ifade tarzları ve saldırganlık düzeyine ilaveten başka değişkenlerin de ilişkisi değerlendirilebilir. Ek olarak, yeni değişkenlerin bu iki değişken arasındaki aracılık etkisi incelenebilir.
2. Bu araştırmanın evreni, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarından oluşmaktadır. Daha sonra yapılacak araştırmalarda, çok daha farklı özelliklerde evrenler belirlenebilir. Ayrıca farklı evrenler arasında çeşitli karşılaştırmalar yapılabilir.

3. Bu araştırma, tarama modelinde planlanmış bir çalışmadır. Benzer konularda yapılacak araştırmalarda deneme modeli kullanılabilir. Bu sayede, acil servise gelen hasta yakınları ile dahiliye servisi ve cerrahi servisine gelen hasta yakınlarının öfke ve şiddet eğilimleri üzerinde etkisi olan bağımsız değişkenler derinlemesine incelenebilir.
4. Araştırma sürecinde toplanan veriler, nicel tiptedir. Benzer araştırmalarda nicel verilere ilaveten nitel veriler de değerlendirilebilir. Bu bağlamda, araştırma sürecinde ulaşılan nicel sonuçlar, nitel sonuçlarla desteklenebilir.



KAYNAKLAR

- Akca, N., Yılmaz, A., & Oğuz, I.** (2014). Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 1-12.
- Akkoç, M. Ş.** (2011). *Acil servis sağlık çalışanlarının tolerans düzeyleri ile öfke kontrolleri arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Akpınar, F.** (2010). *Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin öfke tarzları ve saldırganlık davranışı üzerine bir inceleme* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aksoy, K.** (2017). Çalışanların Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Saldırganlık Düzeyi Arasındaki İlişki: Afyonkarahisar'da Bir Uygulama. *Türkiye Spor Bilimleri Dergisi*, 1(1), 21-30.
- Aldemir, S.** (2021). *Hemşirelerde uyku kalitesi ile öfke ifade tarzı arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Alu, A.** (2017). Sağlığın Temel Kavramları. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 32-41.
- Arslan, C., Hamarta, E., Arslan, E., & Saygın, Y.** (2010). Ergenlerde saldırganlık ve kişilerarası problem çözmenin incelenmesi. *İlköğretim Online (elektronik)*, 9(1), 379-388.
- Avcı, A.** (2020). Öfke Yönetimi Organizasyonları. *Journal Of Orijinal Studies*, 116-128.
- Avcı-Balcı, S.** (2014). *Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışanların tükenmişlik düzeyleri ile maruz kaldıkları şiddet arasındaki ilişkinin tespitine yönelik bir araştırma* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Aydın, A., & Akgün, S.** (2014). Ergenlikte reaktif-proaktif saldırganlık, öfke ve narsisizm ilişkisi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 29(73), 44-56.
- Aydoğan, A., & Özkan, B.** (2018). Öfke kavramı ve sağlık çalışanı olmak. *Türkiye Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 14-22.
- Bayrı, F.** (2007). *Hemşirelerin öfke ifade biçimleri ve genel sağlık durumları ile ilişkisinin incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Bıçkıcı, F.** (2013). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Neden Olan Faktörler: Bir Devlet Hastanesi Örneği. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 43-56.
- Bilici, M.** (2021). Sağlıkta şiddetin psikolojik boyutları. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü*, 74-77.
- Bostancı, Ö., Barış, O. D. A., Şebin, K., & Erail, S.** (2017). 11–13 yaş öğrencilerin spor yapma durumlarına göre iyimserlik ile saldırganlık düzeylerinin incelenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 19(4), 205-217.
- Bölümü, B. R.** (2017). *Öfke ve Kontrol Programı*. Bilecik: Bilecik Valiliği.

- Büyüköztürk, Ş.** (2010). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları ve Yorum.* (12. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Can, Ç., Göksel, A. G., Yazıcı, Ö. F., & Belli, E.** (2015). Gençlik hizmetleri ve spor il müdürlüğünde görevli personellerin saldırganlık düzeylerinin incelenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2(17), 7-19.
- Cenkseven, F.** (2003). Öfke yönetimi becerileri programının ergenlerin öfke ve saldırganlık düzeylerine etkisi. *Eğitim Bilimleri ve Uygulama*, 2(2), 153-167.
- Çavmak, Ş., & Çavmak, D.** (2017). Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 48-57.
- Çelik, B. G.** (2011, ekim). *Öfkenin Temelleri ve Öfke Kontrolü*. TavsiyeEdiyorum.com: https://www.tavsiyeediyorum.com/makale_7573.htm adresinden alındı
- Çelik, H., & Kocabıyık, O. O.** (2014). Genç yetişkinlerin saldırganlık ifade biçimlerinin cinsiyet ve bilişsel duygu düzenleme tarzları bağlamında incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 4(1), 139-155.
- Dahlen, E., & Deffenbacher, J.** (2001). Anger Management. *American Psychological Association*, 163-181.
- Dilekler, İ., Törenli, Z., & Selvi, K.** (2014). Öfkeye Farklı Açılardan Bakış:Öfkenin mekanizması,farklı psikopatolojilerde öfke ve Terapistin Öfkesi. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 44-59.
- Dilekler, İ., Törenli, Z., & Selvi, K.** (2018). Öfkenin Mekanizması:. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 44-59.
- Elkin, N., & Karadağlı, F.** (2016). Üniversite öğrencilerinin öfke ifade tarzı ve ilişkili faktörler. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 21(1), 64-71.
- Ersöz, N.** (2015, şubat 2). *Tıp ve Biyoloji Yazıları* . necdetersoztip.blog.spot.com adresinden alındı
- Erşan, E., Dogan, O., & Doğan, S.** (2009). Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin saldırganlık düzeylerinin sosyodemografik açıdan değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Medical Journal (CMJ)*, 31(3), 231-238.
- Fava, G., & Tomba, E.** (2009). Increasing Psychological Well-Being and Resilience by Psychotherapeutic Methods. *Journal of Personality*.
- Feniks.** (2020). Öfke. *Feniks* .
- Fişek, P. D.** (1982). Sağlık Hizmetleri Ve İşçi Sağlığı Ailelerinin Sağlık Sorunları. Türk-iş Yayınları.
- George, D. & Mallery, M.** (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. Boston: Pearson.
- Giorgi, A., Fischer, W., & Eckartsberg, R.** (1971-1983). Duquesne Studies in Phenomenological Psychology. *Duquesne University Press* .

- Gül, N., Bal, C. G., & Tumurbağa, M.** (2019). Sürekli öfke ve öfke ifade tarzının demografik özelliklerle ilişkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(2), 63-72.
- Gültekin, D., & Acar, F.** (2020). Beş faktör kişilik özellikleri ile sürekli öfke-öfke ifade tarzları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Journal of International Social Research*, 13(74), 576-589.
- Gürdoğan, E., Öztürk, S., & Uğur, E.** (2017). Yoğun Bakımda Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Öfke Düzeyleri Hasta Yakınlarının Görüşlerini Etkiler mi?. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 4(1), 1-7.
- Hamzaoglu, O.** (2010). Sağlık Nedir? Nasıl Tanımlanmalıdır? *Toplum ve Hekim*, 403 - 410.
- Kaya, N., Kaya, H., Atar, N. Y., Turan, N., Eskimez, Z., Palloş, A., & Aktaş, A.** (2012). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin öfke ve yalnızlık özellikleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2), 18-26.
- Kılınç, M.** (2016). *Sağlık çalışanlarının empatik eğilim düzeyinin saldırgan davranış düzeyleri ile ilişkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Kırman, S.** (2018). *Sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin problem çözme becerileri ile saldırganlık eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Konuk, E.** (2016, 3 4). *Öfke ve Başetme Yolları*. Davranış Bilimleri Enstitüsü: <https://www.dbe.com.tr/tr/yetiskin-ve-aile/3/ofke-ve-bas-etme-yollari/> adresinden alındı
- Kul, S.** (2014). Uygun İstatistiksel Test Seçim Kılavuzu/Guideline For Suitable Statistical Test Selection. *Plevra Bülteni*, 8(2), 26-29.
- Kuruoğlu, D. S.** (2009). *Üniversite öğrencilerinin sürekli öfke düzeyleri, öfke ifade tarzları ile obsesif kompulsif semptomları arasındaki ilişki* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- LeCroy, C. W.** (1988). Anger Management or Anger Expression. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29-39.
- Novaco, R. W.** (1979). The cognitive regulation of anger and stress. *The cognitive regulation of anger and stress* (s. 241- 277). içinde Academic Press.
- Özcan, F., & Yavuz, E.** (2017). Türkiye'de sağlık çalışanları Şiddet Tehdidi Altında. *The Journal of Turkish Family Physician*, 17-44.
- Seedhouse, D.** (2004). *Health Promotion: Philosophy, Prejudice and Practice*. England: John Wiley& Sons Ltd.
- Serdar Körük, Ö. N.** (2020). *Çağımızın Çözüm Arayan Sorunu ŞİDDET*. Ankara: PEGEM AKADEMİ.
- Serin, H., Serin, S., Bakacak, M., & Ölmez, S.** (2015). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32-49.

- Smedslund, J.** (1993). How Shall the Concept of Anger be Defined? *Theory and Psychology*, 5-33.
- Solmaz, B., & Duğan, Ö.** (2018). Sağlık alışanı ile hasta ve yakınları arasında yaşanan şiddetin nedenlerinden "iletişim" üzerine bir inceleme. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 185-206.
- Somunoğlu, S.** (1999). Kavramsal Açıdan Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 52-62.
- Stamnitz, B.** (2020). *Sağlık alışanlarında öfke ifade tarzının empati ve stres düzeyi ile ilişkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Okan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Starr, S., Campbell, L., & Herrick, C.** (2002). Factors Affecting Use Of The Mental Health System By Rural Children. *Issues in Mental Health Nursing* , 291-304.
- şahin, B.** (2017). *112 acil sağlık hizmetleri alışanlarında algılanan stres ile saldırganlık arasındaki ilişkilerde sürekli öfke ve algılanan sosyal desteğin aracılık rolü* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ufuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- şahin, H.** (2005). Öfke ve Öfke Denetiminin Kuramsal Temelleri . *Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1-22.
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S.** (2013). *Using Multivariate Statistics*. (6th Edition). Boston: Pearson.
- Tamer, A.** (2020). *Sosyal Öğrenme Kuramına Göre şiddet ve Saldırganlık* . Hipokampus Akademi : <https://hipokampusakademi.com/sosyal-ogrenme-kuramina-gore-siddet-ve-saldirganlik/> adresinden alındı
- Taşçı Eser, D., & Üstün, B.** (2011). Psikiyatrik Bozukluğu Olan Ergen ve Ebeveynlerinin Öfke İfade Biçimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 111-116.
- Thomas, F., Chase, E., & Aggleton, P.** (2019). Health education and migration. *Health Education Journal*, 3-8.
- Tosunöz, İ. K., Öztunç, G., Eskimez, Z., & Demirci, P. Y.** (2019). Hemşirelik öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin belirlenmesi. *Çukurova Medical Journal*, 44(2), 471-478.
- Tüfekçi-Hoşgör, E.** (2013). *Evli çiftlerin öfke ifade tarzları ile evlilik uyumunun incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Türk, F., & Hamamı, Z.** (2016). Bilişsel - Davranışçı Yaklaşıma Bağlı Olarak Uygulanan Öfke Kontrolü Programlarının Etkililiğinin Değerlendirilmesi: Bir Meta - Analiz alışması . *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1522-1531.
- Ulu, M., & İkis, M.** (2016). Lise öğrencilerinde saldırganlık ve din ilişkisi. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 30(41), 75-96.

- Uludağ, A., & Zengin, N.** (2016). Sağlıkta Şiddete Hasta Şikayetlerinde Yer Alan Olumsuz İfadeler Açısından Bir Bakış: Konya Örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 71-86.
- Yalçıntaş, M.** (2019). *Fen Bilimleri Öğretiminde Kuantum Öğrenme Modeli Kullanmanın İlkokul Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Akademik Merak, Kaygı, Özyeterlik ve Başarı Düzeylerine Etkisi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yeşilbaş, H.** (2016). Sağlıkta Şiddete Genel Bakış. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 44-54.
- Yıldız, M. S. (2019).** Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Ankara İlinde Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 135-156.
- Yılmaz, C.** (2020). *Acil servise başvuran hastaların yakınlarının öfke ifade tarzları ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddete bakış açılarının değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Karabük.
- Yöndem, Z., & Bıçak, B.** (2008). Öğretmen adaylarının öfke düzeyi ve öfke tarzları. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2-15.
- Atatür, B.** (2011, şubat). *Öfke duygusu; Öfke nedir?, Nasıl ortaya çıkar?- Öfke yönetimi*. TavsiyeEdiyorum.com: https://www.tavsiyeediyorum.com/makale_6494.htm adresinden alındı.
- Efili, E.** (2006). *orta öğretim kurumlarında okuyan öğrencilerin saldırganlık, denetim odağı ve kişilik özelliklerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Bilim Dalı Doktora Tezi: <http://acikerisimarsiv.selcuk.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/7809/189202.pdf?sequence=1&isAllowed=y> adresinden alındı.
- Özmen, A.** (2004). *Öfke: Kuramsal Yaklaşımlar ve Bireylerde öfkenin Ortaya Çıkmasına Neden Olan Etmenler*. şubat 14, 2021 tarihinde Uzm.Uğur Kaya: <http://www.antalyaozelegitim.com/blog/aile-danismanligi/ofke-kuramsal-yaklasimlar-ve-bireylerde-ofkenin-ortaya-cikmasina-neden-olan-etmenler.html> adresinden alındı

EKLER

EK 1: Katılımcı Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

EK 2: Sosyo-Demografik Bilgi Form

EK 3: Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği

Ek 4: Buss- Perry Saldırganlık Ölçeği



EK 1: Katılımcı Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu

Sayın katılımcı, Lütfen formları doldurmadan önce aşağıdaki açıklamayı okuyunuz.

Bu araştırma T.C. Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programında, Dr. Öğretim Üyesi Burcu TÜRK danışmanlığında, Psikolog Menekşe ALTUNBAŞ tarafından yürütülen yüksek lisans tez çalışmasıdır. Araştırmanın adı “Acil Servise Başvuran Hasta Yakınları İle Genel Cerrahi ve Dahiliye Servislerinde Bulunan Hasta Yakınlarının Öfke ve Şiddet Eğilimlerinin Karşılaştırılması (Haydarpaşa Numune Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Örneği)” olarak belirlenmiştir. Araştırma bir bağımlı ve üç bağımsız değişken arasındaki ilişkiselliği değerlendirmeye yönelik korelasyonel bir araştırmadır.

Araştırmaya katılım tamamen gönüllülük esasına dayanır. Form ve ölçeklerimiz size elden verilecektir. Araştırmamız esnasında sizden kimliğinizi açığa çıkaracak hiçbir bilgi istenmeyecektir. Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecek ve araştırmacı tarafından da size herhangi bir ücret ödenmeyecektir. Cevaplarınız tamamen gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilmeye alınacaktır. Elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır. Formları doldurmanız yaklaşık olarak 15-20 dakika sürecektir. Formu doldururken, size en yakın olan seçeneği işaretlemeniz, araştırmamız için en güvenli sonucu verecektir. Araştırmaya sizinle birlikte yaklaşık olarak 450 kişi katılacaktır. Katılım sırasında, sorulardan veya herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz, gerekçe göstermeksizin cevaplama işini yarıda bırakabilir ve işlemi tamamen sonlandırabilirsiniz. Araştırma ile ilgili bir sorunuz olursa veya herhangi bir nedenden dolayı bizimle iletişim kurma ihtiyacınız doğarsa, araştırmacı Menekşe ALTUNBAŞ’ a adresinden ulaşabilirsiniz.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Katılımcının Beyanı

Sayın Menekşe Altunbaş tarafından Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Menekşe ALTUNBAŞ' a, mail adresinden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllü Onay Formu

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (dolduracağınız formlarda isminiz alınmayacak, gizliliğiniz korunacaktır)

Adı soyadı ve imzası

.....

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-soyadı, İmzası

Menekşe Altunbaş

.....

EK 2: Sosyo-Demografik Bilgi Form

1. Cinsiyetiniz

Erkek () Kadın ()

2. Yaşınız

18-24 () 25-34 () 35-44 () 45-54 () 55-64 () >65 ()

3. Medeni Durumunuz

Evli () Bekâr ()

4. Çalışıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

5.Eğitim Durumunuz

Okur-yazar değil () İlkokul mezunu () ortaokul mezunu ()Lise mezunu ()Üniversite mezunu () Lisansüstü mezun()

6.Sigara Kullanımı:

Evet () Hayır()

7. Alkol kullanımı:

Evet () Hayır()

8. Yaşamınızın çoğunluğunu geçirdiğiniz yer ?

Büyükşehir (İstanbul, Ankara, İzmir vb.) ()

İl / şehir ()

İlçe ()

Kasaba ()

Köy ()

9. Mesleği:

Çalışmıyor() Emekli () Öğrenci() Ev hanımı() Memur() İşçi()

10. Gelir Düzeyi:

Düşük () Orta () Yüksek ()

11.Kronik Hastalıklar:

Yok () Hipertansiyon() Diyabet () Akciğer Hast.() Diğer ().....

12. Şuan sağlık hizmeti aldığınız bölüm hangisidir :

Acil servis ☐ Genel Cerrahi Servisi ☐ Dahiliye Servisi ☐ Diğer

13. Daha önce sağlık personeliyle tartışma yaşadınız mı?

☐Evet ☐Hayır

14. Herhangi bir sağlık çalışanına şiddet uyguladınız mı?

☐Evet ☐Hayır

15. Daha önce sağlık çalışanına şiddet uyguladıysanız hangi tür şiddet uyguladınız ?

☐Fiziksel şiddet ☐Sözlü şiddet

16. Şiddet uyguladıysanız uyguladığınız kişi hangi meslek mensubuydu ?

☐Hemşire ☐Doktor ☐Hasta bakıcı ☐Diğer sağlık çalışanları

17. Şiddet uygulamanın bir hak arama yöntemi olduğunu düşünüyor musunuz?

☐Evet ☐Hayır ☐Kısmen

18. Bazı kişiler sağlık çalışanlarının şiddeti hak ettiğini düşünür, sizin bu konudaki fikriniz

nedir?

☐Katılıyorum ☐kısmen katılıyorum ☐Katılmıyorum

19. Sizce sağlık çalışanlarına yönelik şiddet önlenabilir mi?

☐Evet ☐Hayır ☐Kararsızım

20.Size göre sağlıkta şiddetin sebepleri nelerdir :

SAĞLIKTA ŞİDDETİN NEDENLERİ	EVET	HAYIR
Bekleme		
Hasta ve Yakınının sabırsız ve stresli olması		
Tedavi memnuniyetsizliği		
Muayenede ihmal		
Sağlık çalışanlarının hastalara yeterli ilgi göstermemesi		
Muayene önceliğinde adaletsizlik		
Sağlık çalışanlarının hastadan çok prosedürle uğraşması		
Konsültan hekimin geç gelmesi		
Yardımcı personel yetersizliği		
Kötü haber alma		
Sağlık kurumunun yetersizliği		
Aciliyeti olmayan taleplerin sağlık çalışanları tarafından reddi		
Sağlık çalışanlarındaki tecrübesizlik		
Medyada sağlık çalışanları aleyhine yapılan haberler		
Sağlık çalışanlarına olan bakış açısının olumsuz olması		
Hasta ve hasta yakınlarının öfke-kontrol probleminin olması		

EK 3: Sürekli Öfke- Öfke Tarz Ölçeği

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

	SİZİ NE KADAR TANIMLIYOR?	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	TÜMÜYLE
1	Çabuk parlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
2	Kızgın mizaçlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Öfkesi burnunda bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Başkalarının hataları yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
5	Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkır.	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Öfkelenirken ağzıma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
8	Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Engellendiğimde içimden birilerine vurmak gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)
10	Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1)	(2)	(3)	(4)

2. BÖLÜM: 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 sonra öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan tanımın üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru ve yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeyin.

	Öfkeli olduğimde veya Kızdığımda...SİZİ NE KADAR TANIMLIYOR?	HİÇ	BİRAZ	OLDUKÇA	TÜMÜYLE
11	Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15	Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
16	İnsanlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19	Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20	İçin için köpürürüm ama göstermem.	(1)	(2)	(3)	(4)
21	Davranışlarımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
22	Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23	İçimde kimseye söyleyemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24	Beni çileden çıkaran her neyse saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25	Öfke kontrolünden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
26	Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
27	Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
28	Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29	Kötü şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30	Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
31	İçimden insanların fark ettiğinden daha fazla sinirlenirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
32	Sinirlerime hakim olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
33	Beni sinirlendirene ne hissettiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34	Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 4: Buss- Perry Saldırganlık Ölçeği

Yönerge: Aşağıdaki her maddeyi okuyarak bu madde sizin için her zaman doğru ise **“Tamamen Katılıyorum”**, genelde doğru ise **“Katılıyorum”**, emin değilseniz **“Kararsızım”**, genelde doğru değilse **“Katılmıyorum”**, hiçbir zaman doğru değilse **“Kesinlikle Katılmıyorum”**, şeklinde işaretleme yapmanız rica olunur.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Bazı arkadaşlarım benim öfkeli biri olduğumu söyler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2	Gerekirse hakkımı korumak için şiddete başvurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3	Birisi bana fazlasıyla iyi davrandığında “acaba benden ne istiyor” diye düşünürüm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4	Arkadaşlarımın görüşlerine katılmadığım zaman bunu onlara açıkça söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5	Öfkeden deliye döndüğümde bir şeyler kırıp dökerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6	İnsanlar benim görüşlerime katılmadıklarında onlarla tartışmaktan kendi alıkoyamam.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7	Zaman zaman bazı olaylara/kişilere yönelik kızgınlığım uzun süre bitmek bilmez.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8	Bazen başkalarına vurma dürtümü kontrol edemiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9	Sakin yapılı biriyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10	Tanımadığım insanlar bana fazla yakın davrandıklarında onlara şüpheyle yaklaşırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11	Daha önce tanımadığım insanları tehdit ettiğim oldu.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12	Çok çabuk parlar ve hemen sakinleşirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13	Birisi bana sataşırsa kolaylıkla onu itip tartaklayabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14	İnsanlar sinirimi bozduklarında kolaylıkla onlar hakkında ne düşündüğümü söyleyebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15	Zaman zaman kıskançlık beni yiyip bitirir.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16	Bir insana vurmanın mantıklı bir gerekçesi olamayacağını düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17	Bazen hayatın bana adaletsiz davrandığını düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
18	Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19	Yapmak istediğim bir şey engellendiğinde kızgınlığımı açıkça ortaya koyarım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20	Zaman zaman insanların arkamdan güldüğü duygusuna kapılırım.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21	İnsanlarla sıkça görüş ayrılığına düşerim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22	Birisi bana vurursa ben de karşılık veririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23	Bazen kendimi patlamaya hazır bir bomba gibi hissediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24	Diğer insanların her zaman çok iyi fırsatlar yakaladıklarını düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25	Birisi beni iterse onunla kavgaya tutuşurum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26	Arkadaşlarımdan arkamdan konuştuklarını biliyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27	Arkadaşlarımdan münakaşacı/tartışmayı seven biri olduğumu söylerler.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28	Bazen olmadık şeylere ortada mantıklı bir neden yokken aniden sinirlenir, tepki gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29	Çoğu insana kıyasla daha sık kavgaya karıştığımı söyleyebilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

		T.C. HALIÇ ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		Yayın Tarihi : 10.12.2015 Revizyon Tarihi : 16.09.2020 Revizyon No : 02 Sayfa No : 1/1	
Tarih: 26.11.2020		Karar No: 174			
Toplantı Sayısı:		Menekşe Altunbaş'ın Dr. Öğr. Üy. Burcu Türk'ün danışmanlığında planladığı "Acil Servise Başvuran Hasta Yakınları ile Genel Cerrahi ve Dahiliye Servislerinde Bulunan Hasta Yakınlarının Öfke ve Şiddet Eğilimlerinin Karşılaştırılması (Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği)" konulu çalışması incelendi, yapılan inceleme sonucunda çalışmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.			
Adı-Soyadı	Alanı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Toplantıya Katılma	İmza
Prof. Dr. Melek Güneş YAVUZER (Başkan)	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Prof. Dr. Burcu IRMAK YAZICIOĞLU	Moleküler Biyoloji ve Genetik	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Doç. Dr. Hatice İlhan Odabaş	Spor Yöneticiliği	Haliç Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Nevra Alkanlı	Biyofizik	Haliç Üniversitesi Tıp Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Burcu Türk	Psikoloji	Haliç Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Gülcan Kendirkıran	Hemşirelik	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Seda Saka	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Çiğdem Yıldırım Maviş	Gıda Mühendisliği	Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	Var ☐ Yok ☒	Evet ☒ Hayır ☐	
Dr.Öğr.Üy. Maral Törenli Çakiroğlu	Hukuk	Haliç Üniversitesi İşletme Fakültesi	Var ☐ Yok ☐	Evet ☐ Hayır ☐	
ETKU:10					

ÖZGEÇMİŞ

Lise öğrenimini Bakırköy 70. Yıl Anadolu Sağlık Meslek Lisesi'nde Hemşirelik bölümünde bitirdi. Lise öğreniminden sonra 2013 yılında Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji Anabilim dalında lisans öğrenimine başladı. 2013- 2014 yılları arasında lisans öğreniminin İngilizce hazırlık bölümünü bitirdi. 2013 yılında lisans öğrenimi devam ederken T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne kadrolu hemşire olarak atandı. Lisans öğrenimi bitene kadar yenidoğan yoğun bakım, dahiliye servisi, genel cerrahi servisi, cildiye servisi, acil servis gibi alanlarda hemşirelik görevine devam etti. Lisans eğitiminden sonra İstanbul Bakırköy Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Naisa Psikolojik ve Danışmanlık Merkezi'nde staj eğitimi görerek klinik açılarından tecrübelerini zenginleştirdi. Eylül 2018' de Haliç Üniversitesi Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı'na başladı. Yüksek Lisans Programına devam ederken Aralık 2019 yılında İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde Hemşire olarak göreve başladı. Yüksek Lisans öğrenimi devam ederken yine İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde Psikolog olarak staja başlayıp kurum içi eğitimlerini tamamladı. 2021 yılında girmiş olduğu Sağlık Bakanlığı Görevde Yükselme ve Unvan değişikliği Sınavı'nı başarıyla tamamladıktan sonra Sağlık Bakanlığı kadrosunda "Psikolog" ünvanıyla atamasını gerçekleştirerek görev yapmaya başladı.