

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

**( YÜKSEK LİSANS TEZİ )**

**PSİKIYATRI HEMŞİRELERİNİN AGRESYON  
ALGILAMALARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN  
BELİRLENMESİ**

**ŞENAY PEKRİZ**

**DANIŞMAN  
YARD.DOÇ.DR.HÜLYA BİLGİN**

**PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM  
DALI/PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

**İSTANBUL-2009**

## TEZ ONAYI

Aşağıda tanıtımı yapılan tez, jüri tarafından başarılı bulunarak Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

31 / 07 / 2009

Prof.Dr.Emine Kökoğlu y.  
Enstitü Müdürü

Kurum : İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Program Adı : Psikiyatri Hemşireliği  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans  Doktora   
Anabilim Dalı : Psikiyatri Hemşireliği  
Tez Sahibi : Şenay Özdemir Pekriz  
Tez Başlığı : "Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Algılamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi"  
Sınav Yeri : Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu  
Sınav Tarihi : 28 / 07 / 2009

### Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı

- 1.Prof.Dr.Sevim Buzlu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 2.Yard.Doç.Dr.Hülya Bilgin ( Danışman ) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 3.Yard.Doç.Dr.Neslihan Özcan İ.Ü.Bakırköy Sağlık Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 4.Yard.Doç.Dr.Gül Ünsal Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi
- 5.Yard.Doç.Dr.Yasemin Kutlu İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

ŞENAY PEKRİZ



## **İTHAF**

Canım Aileme ithaf ediyorum

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmasının her aşamasında yardım ve desteğini esirgemeyen, bilgi ve deneyimini benimle paylaşan değerli danışman hocam Yard.Doç.Dr. Hülya Bilgin'e,

Destek ve yardımlarından dolayı sayın Prof.Dr. Sevim Buzlu'ya,

Araştırmanın gerçekleştirilmesi sürecinde araştırmaya katılarak yardımcı olan hemşire arkadaşlarıma,

Her konuda ilgi ve yardımlarını esirgemeyen Fadime Kaya, Özgü Uluman ve Esra Albal'a,

Maddi ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olan aileme, eşime ve meslektaşım Demet Avcı'ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER .....	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	Xİİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ .....	XİV
ÖZET .....	XV
ABSTRACT.....	XVİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. AGRESYONUN TANIMI.....	3
2.2. AGRESYONUN ETYOLOJİSİ: .....	3
2.2.1. Biyolojik Kuramlar .....	4
2.2.2. Psikolojik Kuramlar .....	5
2.2.3. Sosyal Kuramlar.....	6
2.3. AGRESYON TÜRLERİ.....	6
2.4. PSİKİYATRİ BAKIMINDA AGRESYON .....	7
2.4.1. Psikiyatri Bakımında Agresyon Prevalansı.....	8
2.4.2. Agresyon Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler.....	9
2.4.3. Psikiyatri Bakımında Hemşirelerin Agresyona Karşı Tutumları .....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	14
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi: .....	14
3.2. Araştırma Soruları:.....	14
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi: .....	14
3.3.1. Araştırmaya Katılım Kriterleri:.....	15
3.4. Veri Toplama Aracı .....	16
3.4.1. Bilgi Formu (Ek-1): .....	16
3.5. Etik Konular ve Verilerin Toplanması.....	16

3.5.1. Verilerin değerlendirilmesi: .....	17
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	17
4. BULGULAR.....	18
4.1. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL-MESLEKİ ÖZELLİKLERİ (n=165).....	19
4.2. HEMŞİRELERİN AGRESYON DENEYİMLERİ VE ALGILAMALARI (n=165) .....	21
4.3. HEMŞİRELERİN AGRESİF DAVRANIŞ YAŞAMA (TANIK OLMA/MARUZ KALMA) VE ALGILAMALARI ÜZERİNDE KİŞİSEL-MESLEKİ ÖZELLİKLERİN ETKİSİ.....	31
4.3.1. Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumları (Tanık Olma/Maruz Kalma) Üzerinde Kişisel-Mesleki Özelliklerin Etkisi .....	31
4.3.2. Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Üzerinde Kişisel-Mesleki Özelliklerin Etkisi .....	43
4.4. HEMŞİRELERİN AGRESYON ALGILAMALARI ÜZERİNDE AGRESYON DENEYİMLERİNİN ETKİSİ .....	62
4.4.1. Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumlarının (Tanık Olma/Maruz Kalma) Agresyon Algılamalarına Etkisi.....	62
4.4.2. Hemşirelerin Agresyonla İlgili Diğer Deneyimlerinin Agresyon Algılamalarına Etkisi .....	75
5. TARTIŞMA .....	93
5.1. Hemşirelerin Kişisel-Mesleki Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması .....	93
5.2. Hemşirelerin Agresyon Deneyimleri ve Algılamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması .....	93
5.3. Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumları (Tanık Olma/Maruz Kalma) ve Algılamaları Üzerinde Kişisel-Mesleki Özelliklerin Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması .....	98
5.3.1. Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumları (Tanık Olma/Maruz Kalma) Üzerinde Kişisel-Mesleki Özelliklerin Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması ....	98
5.3.2. Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Üzerinde Kişisel-Mesleki Özelliklerin Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması.....	103
5.4. Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Üzerinde Agresyon Deneyimlerinin Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması.....	107
5.4.1. Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumlarının (Tanık Olma/Maruz Kalma) Agresyon Algılamalarına Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması .....	108

5.4.2. Hemşirelerin Agresyonla İlgili Diğer Deneyimlerinin Agresyon Algılamalarına Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması.....	110
5.5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	119
5.5.1. SONUÇLAR.....	119
5.5.2. ÖNERİLER.....	122
KAYNAKLAR.....	123
FORMLAR.....	129
ETİK KURUL KARARI.....	136
ÖZGEÇMİŞ.....	144

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Agresyon Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler.....	11
Tablo 3-1: Hastanelere Göre Hemşirelerin Örnekleme Girme Oranları.....	15
Tablo 3-2: İstatistiksel Yöntemler .....	17
Tablo 4-1: Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri (N=165).....	20
Tablo 4-2: Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumları (Tanık Olma/Maruz Kalma) (N=165).....	22
Tablo 4-3: Hemşirelere Göre Farklı Hastalık Tanılarında Agresif Davranış Görülme Riski (N=165) .....	24
Tablo 4-4: Hemşirelere Göre Hastaların Agresif Davranış Sergileme Nedenleri (N=165) .....	25
Tablo 4-5: Hemşirelerde Agresif Davranışların Sonuçları (N=165) .....	26
Tablo 4-6: Hemşirelerin Agresyon Algılamaları (N=165).....	29
Tablo 4-7: Hemşirelerin Yaşı ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165) .....	32
Tablo 4-8: Hemşirelerin Cinsiyeti ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165) .....	33
Tablo 4-9: Hemşirelerin Medeni Durumu ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165) .....	34
Tablo 4-10: Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165) .....	36
Tablo 4-11: Hemşirelerin Çalıştığı Kurum ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165) .....	37
Tablo 4-12: Hemşirelerin Çalıştığı Bölüm ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165) .....	39
Tablo 4-13: Hemşirelerin Psikiyatride Çalışma Süresi ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165) .....	41
Tablo 4-14: Hemşirelerin Agresyon ve Agresyonla Başetme Eğitimi Alma Durumu ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165) .....	42
Tablo 4-15: Hemşirelerin Cinsiyeti ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	44

Tablo 4-16: Hemşirelerin Medeni Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	46
Tablo 4-17: Hemşirelerin Büyüdüğü Yer ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	48
Tablo 4-18: Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	50
Tablo 4-19: Hemşirelerin Çalıştığı Kurum Şekli ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	52
Tablo 4-20: Hemşirelerin Sorumluluk Düzeyi ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	54
Tablo 4-21: Hemşirelerin Mesleki Deneyim Süresi ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	56
Tablo 4-22: Hemşirelerin Psikiyatride Deneyim Süresi ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	58
Tablo 4-23: Agresyon ve Agresyonla Başetme Yöntemleri Eğitimi Alma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	60
Tablo 4-24: Hemşirelerin Meslek Hayatında Fiziksel Agresif Davranışa Tanık Olma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	63
Tablo 4-25: Hemşirelerin Meslekte Fiziksel Agresif Davranışa Maruz Kalma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	65
Tablo 4-26: Hemşirelerin Psikiyatride Fiziksel Agresif Davranışa Tanık Olma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	67
Tablo 4-27: Hemşirelerin Özel Yaşamlarında Sözel Agresif Davranışa Tanık Olma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	69
Tablo 4-28: Hemşirelerin Özel Yaşamlarında Fiziksel Agresif Davranışa Tanık Olma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	71
Tablo 4-29: Hemşirelerin Özel Yaşamlarında Fiziksel Agresif Davranışa Maruz Kalma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	73
Tablo 4-30: Hemşirelere Göre Şizofreni Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	75
Tablo 4-31: Hemşirelere Göre Sanrısız Bozukluk Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	76

Tablo 4-32: Hemşirelere Göre Bipolar Bozukluk Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	77
Tablo 4-33: Hemşirelere Göre Anksiyete Bozukluğu Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	78
Tablo 4-34: Hemşirelere Göre Dissosiyatif Bozukluk Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	78
Tablo 4-35: Hemşirelere Göre Mental Retardasyon Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	79
Tablo 4-36: Hemşirelere Göre Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	80
Tablo 4-37: Hemşirelere Göre Hastaların Agresif Davranış Sergilemelerinin Hastalıkla İlgili Nedenleri ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	81
Tablo 4-38: Hemşirelere Göre Hastaların Agresif Davranış Sergilemelerinin Kişilerarası İlişkilerle İlgili Nedenleri ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	83
Tablo 4-39: Hemşirelere Göre Hastaların Agresif Davranış Sergilemelerinin Ortam ve Kurallar ile İlgili Nedenleri ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) ..	85
Tablo 4-40: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Öfke ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	86
Tablo 4-41: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Korku ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	87
Tablo 4-42: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Anksiyete ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	88
Tablo 4-43: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Apati ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	88
Tablo 4-44: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Çaresizlik ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	89
Tablo 4-45: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Kendini Suçlama ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	90
Tablo 4-46: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Güvensizlik ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	91
Tablo 4-47: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Sosyal İlişkilerde Bozulma ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165) .....	91

Tablo 4-48: Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümde Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyleri ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165).....	92
--	----

**ŞEKİLLER LİSTESİ**

Şekil 2-1: Mantıksal Eylem Teorisi .....	12
Grafik 4-1: Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümde Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyleri (N=165).....	27
Grafik 4-2: Hemşirelere Göre Çalıştıkları Bölümde Zorunlu Yatış Uygulanma Sıklığı (N=165).....	28

## **SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

S.B. : Sağlık Bakanlığı

## ÖZET

Pekriz, Ş. (2009). Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Algılamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği AD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Araştırma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin agresyon algılamalarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş olup, tanımlayıcı bir araştırma özelliğindedir.

Araştırmanın örneklemini; psikiyatrik tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulduğu 3 Sağlık Bakanlığı hastanesi, 3 Üniversite Hastanesi ve 3 Özel Hastanede çalışan 165 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmanın verileri, hemşirelerin kişisel, mesleki özelliklerini, agresyon deneyimlerini ve agresyon algılamalarını kapsayan 39 sorudan oluşan, literatür ve uzman görüşü doğrultusunda hazırlanan Bilgi Formu ile toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler (yüzdeler dağılımı, aritmetik ortalama, standart sapma, median, minimum-maksimum değerler ) ve Pearson, Yates, Fisher Kikare Analizleri uygulanmıştır.

Hemşirelerin, yaş ortalamasının  $32\pm 0,73$  olduğu; %57,6'sının (n=95) 30 yaş ve altı grubu oluşturduğu; %83,6'sının (n=138) kadın; %53,3'ünün (n=88) evli; %38,2'sinin (n=63) şehirde büyüdüğü; %45,5'inin (n=75) sağlık meslek lisesi mezunu olduğu; 49,1'inin (n=81) S.B.'na bağlı psikiyatri veya devlet hastanelerinde çalıştığı, %75,8'ünün (n=125) akut psikoz ve diğer akut (alkol-madde, çocuk/ergen, adli, nevroz vb.) servislere, %77,6'sının (n=128) servis-poliklinik hemşiresi olarak, %64,8'inin (n=107) nöbet/vardiya usulü çalıştığı, %66,7'sinin (n=110) mesleki deneyim süresinin 5 yıldan fazla, %60,6'sının (n=100) 5 ve 5 yıldan az bir süredir psikiyatri servisinde çalıştığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin agresyon algılamalarını, cinsiyet,medeni durum, büyüdüğü yer, eğitim durumu, çalıştığı kurum şekli, sorumluluk düzeyi, hemşirelikte ve psikiyatride deneyim süresi, agresyonla başatme eğitimi alma durumu, meslekte ve özel yaşamda fiziksel agresif davranışa tanık olma ve maruz kalma durumu, psikiyatride fiziksel, özel yaşamda sözel agresif davranışa tanık olma durumu ve bölümde kendini güvende hissetme düzeyinin etkilediği belirlenmiştir.

Genel olarak, çalışmaya katılan hemşirelerin agresyon algılamaları negatif yönde ve yıkıcı bir olgu olduğu şeklindedir.

Anahtar Kelimeler: Agresyon, deneyim, psikiyatri hemşiresi, algılama.

## ABSTRACT

Pekriz, Ş. (2009). The Determination of Factors Related to Perceptions of Aggression Among Psychiatric Nurses. Istanbul University Health Sciences Institute, Department of Psychiatric Nursing, Master Thesis, Istanbul.

This study was conducted to determine factors related to perceptions of aggression among nurses who work in psychiatric wards. Research design was based on descriptive method.

The study population consisted of 165 nurses working in 3 university hospital, 3 state hospital and 3 private hospital. Those hospitals have responsibility to provide psychiatric diagnosis, treatment and care facilities.

The instrument used was a questionnaire that included 39 questions regarding personal and educational, professional background, previous experience of aggression and perceptions of aggression. A questionnaire was prepared in terms of literature and experts' views.

In data analysis, descriptive statistics (percentage, means, standart deviation, median, minimum-maximum scores) and Chi Square Tests (Pearson, Yates and Fisher) were performed.

Of the nurses, the mean age was 32 years ( $\pm 0,73$ ); 57,6% (n=95) were 30 years and below; 83,6% (n=138) were female; 53,3% (n=88) were married; 38,2% (n=63) grew up urban; 45,5% (n=75) graduated from vocational high school. 49,1% (n=81) of the respondents work in psychiatric state hospitals that affiliated to Health Ministry. 75,8% (n=125) in acute wards (psychosis, alcohol-substance misuse, child/adolescence, forensic, neuroses etc.). Their work positions were mainly (77,6%, n=128) clinical nurse. About two-thirds (64,8%, n=107) of the participants work shift/turn of duty. 66,7% of respondents have work experience in nursing of more than 5 years and 60,6% have work experience in psychiatry of less than 5 and 5 years.

The perceptions of aggression among nurses were influenced by gender, marital status, growing place, educational level, type of institution, work position, experience duration in nursing and psychiatry, training of aggression management, previous aggression experiences in nursing and private life (to be witnessed and victimization). Furthermore, being witnessed to physical assaults in psychiatry and verbal assaults in private life were powerful factors on perceptions of aggression as well as the level of feeling in safe.

In general, perceptions of aggression among respondents tend to be negative and offensive.

Keywords: Aggression, experience, psychiatry, nurses, perception.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Agresyon (saldırganlık); toplumun her kesiminde olduğu gibi, sağlık bakım kurumlarında da hastaların ve çalışanların sağlığını, güvenliğini ve esenliğini ciddi boyutlarda tehdit etmektedir (Nolan1999; Abderhalden ve ark. 2002; Jansen ve ark. 2005; Maquire ve Ryan 2007; Camerino ve ark.2008).

Farklı disiplinler ve çeşitli çalışmalarda farklı tanımlanmakla beraber, saldırganlık ve şiddet, genel olarak sözel kötüye kullanımı, zarar verme tehditlerini, kişinin kendisine ya da diğerlerine yönelik fiziksel saldırıları ve eşyalara zarar vermeyi kapsamaktadır (Bilgin ve Buzlu 2006). Nolan'ın (1999) işlemsel tanımında ise şiddet eyleminin, tükürme, tırmalama gibi saldırgan davranışları; tokatlama, yumruklama, tekmeleme ve obje kullanarak fiziksel güç uygulanmasını ve fiziksel temas içermeyen, aşığılayıcı, korkutucu sözel tehditleri kapsadığı belirtilmektedir. Emosyonel deşarjı sağlayarak tedavide pozitif bir etkiye sahip olduğunun da ileri sürüldüğü agresyon, hastanın kendisine, başkalarına ya da nesnelere yönelik fiziki zarar vermesiyle de aynı zamanda yıkıcı bir davranış olarak da tanımlanabilmektedir (Abderhalden ve ark. 2002; Jansen 2005).

Sağlık bakım kurumlarında çalışanlara yönelik saldırganlık ve şiddetle ilgili yapılan çalışmalarda elde edilen verilere göre, psikiyatri servislerinde çalışanlar agresyon ve şiddet içeren davranışlar açısından daha çok risk altındadır (Maquire ve Ryan 2007). Morrison ve Love (2003) psikiyatri servisinde çalışanların diğer servislerde çalışanlara göre iki kat daha fazla risk altında olduklarını vurgulamaktadır. Birçok çalışmaya göre psikiyatri servislerinde agresyon ve şiddet içeren durumların, çeşitli değışkenlerin etkileşiminden doğan ürünler olduğu ileri sürülmektedir. Bu değışkenler arasında, hasta ile ilgili faktörler (cinsiyet, psikopatoloji vb.); çevresel faktörler (servislerin büyüklüğü, kalabalık, ısı, aydınlatma vb.); bakım verenler ve hastalar arasındaki iletişimle ilgili faktörler (provokasyon, frustrasyon vb.) ve bakım verenlerle ilgili faktörler (mesleki eğitim düzeyi, agresyon yönetiminde özel eğitim alma durumu ve tutumlar) yer almaktadır (Nolan 1999; Abderhalden ve ark. 2002; Turgut ve ark. 2006; Woods ve Ashley 2007).

Sağlık ekibi içinde 24 saat bakım veren, diğer sağlık personellerine göre hasta ile etkileşimleri daha fazla olan hemşirelerin, agresyon ve şiddet içeren davranışların ana hedefi olduğu birçok çalışmada belirtilmektedir (Vanderslott 1998; Nolan 1999;

Maquire ve Ryan 2007). Nolan (1999), hemşirelerin psikiyatristlere göre daha fazla oranda (hemşirelerin üçte ikisi, psikiyatristlerin yarısı) hastalardan saldırıya uğradığını belirlerken, Maquire ve Ryan (2007) İrlanda'da psikiyatri servislerinde hemşirelerin uğradıkları sözel ve fiziksel agresyonun % 70- %90 gibi yüksek oranlarda olduğunu belirtmiştir.

Ülkemizdeki duruma bakıldığında ise Bilgin ve Buzlu tarafından 2002 yılında gerçekleştirilen, 162 psikiyatri hemşiresinin hasta ve yakınlarının agresif davranışları karşısındaki tutumlarının incelendiği çalışmada örneklemin yarısının çalıştıkları servislerde hastalar tarafından saldırıya uğradığı belirlenmiştir (Bilgin ve Buzlu 2006).

Hastaların agresif davranışları karşısında hemşirelerin gösterdikleri tutumların hastaya verdikleri tepkilerde önemli rol oynadığı, hemşirenin sahip olduğu bu tutumların belirlenmesinin agresif davranışla etkili şekilde baş etmede yol göstereceği vurgulanmaktadır (Jansen 2005). Hemşirelerin agresyona karşı sahip oldukları tutumlarının bir yönünü de, agresyonu algılama biçimleri oluşturmaktadır. Abderhalden ve ark. (2002) tarafından yapılan bir çalışmada, hemşirelerin agresyon algılamalarında büyük farklılıklar olduğu ve bu farklılıkların hemşireler tarafından olayların bildiriminde, agresyon riskinin tanınmasında ve agresyonla etkili şekilde baş etme yöntemlerinin geliştirilmesinde önemli bir etken olduğu vurgulanmaktadır

Konu ile ilgili çalışma sayısının henüz az olduğu ülkemizde, özellikle psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin agresyon risk tanınmasını gerçekleştirmeleri, agresif davranışların ortaya çıkışını önlemeleri veya en aza indirmeleri ve etkili baş etme yöntemleri geliştirmeleri için gereken öncelikli adımlardan birisini, agresyon algılamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi oluşturacaktır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

Toplumsallaşma süreci ile topluma uyumu sağlayan bir şekilde ya da toplum yaşamını tehlikeye sokan bir şekilde ortaya çıkan ve bireyin bir başkasına kendi duygu, düşünce ve davranışlarını zorla kabul ettirmesi olarak tanımlanan agresyon; biyoloji, fizyoloji, gibi tabii bilimlerin ve sosyal bilimlerin hemen hemen tüm alanlarının üzerinde çalıştığı çok geniş bir fenomendir (Oral ve Atamer 2004; Turgut ve ark. 2006).

### **2.1. AGRESYONUN TANIMI**

Agresyon, bir başka kişiye fiziksel veya psikolojik zarar verme niyetiyle sözlü veya fiziksel davranışta bulunma şeklinde tanımlanmaktadır (Dilbaz 1999; Doğan ve ark.2001)

Emosyonel gerginlik ile ilişkili olduğu düşünülen ve yoğun öfke, ajitasyon, düşük dürtü kontrolü ile birlikte giden agresyon, en geniş tanımıyla hakim olmak, yenmek, yönetmek, haz almak amacıyla güçlü, etkili bir hareket, fiil, işlem; bir işi bozma, engelleme, boşa çıkarmaya karşı düşmanca, yaralayıcı, hırpalayıcı veya tahrip edici amaç taşıyan bir davranış olarak tanımlanmaktadır (Oral ve Atamer 2004; Ayan 2007).

Emosyonel deşarjı sağlayarak tedavide pozitif bir etkiye sahip olduğunun da ileri sürüldüğü agresyon, hastanın kendisine, başkalarına ya da nesnelere yönelik fiziki zarar vermesiyle; kendisinin, yakınlarının veya tedavi ekibinin güvenliğini tehlikeye sokan, tıbbi bakımı engelleyen, kişinin işlevselliğini bozan, yıkıcı sesli, sözlü ve motor davranışlar kümesi olarak da tanımlanmaktadır (Abderhalden ve ark. 2002; Jansen 2005).

### **2.2. AGRESYONUN ETYOLOJİSİ:**

Farklı disiplinler ve çeşitli çalışmalar arasında farklı tanımlanmakla beraber agresyonun kökenine biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden bütüncül yaklaşmak söz konusudur.

### 2.2.1. Biyolojik Kuramlar

Biyolojik kuramlar, genetik, nörofizyolojik etkenler, nörotransmitterler, beyinde yapısal kusurlar, ilaçlar ve alkol-madde kullanımı, endokrin ve metabolizma gibi agresyon oluşumunu biyolojik temel üzerinde açıklamaya çalışmaktadır.

**Genetik** ile ilgili yapılan birçok kromozom anormallikleri ve ikiz çalışmaları sonucunda genlerdeki farklı kombinasyonların agresyona neden olduğuna ilişkin bulgular elde edilmiştir. Coccaro ve arkadaşları (1997), doğrudan fiziksel agresyon gösterenlerde genetik geçişin %47, dolaylı fiziksel agresyonda %40, sözel agresyonda ise %28 olduğunu bildirmiştir (Abay ve Tuğlu 2000).

**Nörotransmitter**lerin agresif davranış üzerindeki etkisi ise kolinerjik ve katekolaminerjik sistemlerin agresyonu artırırken, serotonerjik sistemlerin agresyonu inhibe etmesinden sorumlu olduğu yönündedir.

**Beyinde yapısal kusurlar açısından** beyin görüntüleme çalışmaları, dürtüsel eylemlerin kontrol ve inhibisyonundan sorumlu, agresyonla ilgili beyin alanlarının amigdala, temporal lob ve limbik sistem olduğunu, bu alanlarda lezyonların agresif davranışları ortaya çıkardığı belirlenmiştir (Çetin ve ark.1996).

**Beyinde nörofizyolojik işlev bozukluklarında** ise agresif davranış ile ilgili olarak temporal lob epilepsisi, beyin hasarı ve organik beyin sendromu ve kafa travmaları gibi durumlar ilişkilendirilmiştir (Tardiff 1987, Kaynak: Abay ve Tuğlu 2000 p.24).

**Endokrin ve metabolizma** ile ilgili çalışmalarda yüksek testesteron seviyeleri ile artmış agresyon arasındaki ilişki belirtilmiştir. Erkeklerde görülmemekle beraber, kadınlarda artmış prolaktin fonksiyonu ile agresyon arasında da bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Tiroid hormonu, progesteron, luteinizan hormon, renin, beta endorfin ve melatonin gibi hormonlar da agresyonla ilişkileri üzerinde durulan diğer hormonlardır (Çetin ve ark.1996).

**İlaç, alkol ve madde kullanımında** ise düşük doz alkolün agresyonu azaltırken, yüksek dozun arttırdığı belirtilmektedir (Kaplan ve Sadock 1989, Kaynak: Çetin ve ark.1996 p.61). Barbitürat ve uçucu maddelerin de agresif davranış üzerinde alkol benzeri etkileri vardır (Kaplan ve Sadock 1989, Kaynak: Çetin ve ark.1996 p.61).

## 2.2.2. Psikolojik Kuramlar

Agresif davranışın oluşumuna ilişkin psikolojik kuramlar; İçgüdü (Psikanalitik ve Etoloji) ve Dürtü (Engellenme-Saldırganlık) Kuramı ile açıklanmaya çalışılmıştır (Dilbaz 1999; Geçtan 1999; Oral ve Atamer 2004).

**Psikanalitik Kuram**'da libido ve psikoseksüel gelişim dönemlerine ağırlık veren Freud, tüm nevroitik çelişkileri cinsellikle açıklamaya çalışmıştır. Bu nedenle, agresyon dürtüsünün de psikoseksüel gelişim süreci içinde ele alındığı görülmektedir. Örneğin, çocuğun oral dönemde dış çıkarması ve nesnelere ısırması; anal dönemde çevresindekilere zarar verme ve onları kontrol etme isteği, agresyonun ilk belirtileri olarak nitelendirilmiştir (Geçtan 1999; Oral ve Atamer 2004).

Freud, daha sonra agresyonu ego içgüdüsüne bağlamış ve kişinin doyumunu engelleyen, tehdit eden durumlarda egonun tepki göstereceği varsayılarak, bu tepkiler agresyon biçiminde değerlendirilmiştir (Oral ve Atamer 2004).

Birinci Dünya Savaşı'nda tanık olduğu yaygın şiddet olayları Freud'un düşüncelerini de etkilemiş ve bu dönemde geliştirdiği kuramı daha dengeli bir şekil olarak ortaya yaşam-ölüm içgüdü kavramı çıkmıştır. Freud'a göre, her insanın içinde yaşama içgüdüsünden enerji alan yapıcı dürtüler yanında, ölüm içgüdüsünden enerji alan yıkıcı dürtüler de vardır. Yaşamın bu iki dürtü arasında denge kurmaya çalışmak olduğuna inanan Freud bireyde ölüm içgüdü güçlendiğinde, kişilere, nesnelere yada kendisine yönelik agresyonun arttığını belirtmektedir (Geçtan 1999).

**Etoloji Kuramı**'a göre ise, insanın insana yönelik agresyon içeren davranışları içgüdülerle açıklanmıştır. Etoloji kuramının önde gelen isimlerinden Lorenz, agresyonun yalnızca dış uyaranlara karşı verilen bir tepki olmadığını, aynı zamanda içteki agresif dürtüye bağlı bir durum veya içteki eksitasyonun uyaran olsa da olmasa da ifade bulması olduğunu belirtmiştir (Dilbaz 1999; Geçtan 1999; Oral ve Atamer 2004).

**Dürtü (Engellenme-Saldırganlık) Kuramı**'nda ise agresyonu açıklayan enerji modellerinde içgüdülerin yerini dürtülerin aldığı görülmektedir. Dolard ve arkadaşları tarafından 1939'da ortaya atılan bu teorik yaklaşım, agresif davranışların temelinde bir engellenmenin bulunduğunu, engellenmenin agresyon için basit bir uyarıcı olduğunu ve organizmayı agresif olmaya hazırladığını öne sürmektedir. Açlık, susuzluk gibi fizyolojik gereksinimlerle; sevgi, ilgi, dokunma gibi ruhsal gereksinimlerin

karşılanmaması (engellenmesi), insanı agresif hale getirebilmektedir (Geçtan 1999; Oral ve Atamer 2004).

### 2.2.3. Sosyal Kuramlar

Sosyal öğrenme kuramcıları, agresif davranışın nedenlerini içgüdü ya da dürtülerde aramak yerine, gözlemlerini çevrede agresif tepkilere yol açan uyarıcılar üzerinde yoğunlaştırmış ve insan davranışlarının sürekli olarak çevresel koşullarla etkileşim halinde olduğunu belirtmişlerdir. Bu kurama göre davranışlar çevreyi etkileyip değiştirdiği gibi çevre de davranışları etkisi altına alıp, değiştirmektedir (Oral ve Atamer 2004).

Sosyal öğrenme kuramında agresyonu açıklamaya yönelik çabaların önde gelen iki teorisyeni Buss ve Bandura'dır . Buss'a göre agresif davranış tamamen öğrenilmiş bir davranıştır ve diğer enstrümental davranışlar gibi ödül ve ceza yoluyla öğrenilmiştir. Bandura ise iç dürtülere bağlı olmayan bilişsel oryantasyonlu bir öğrenme teorisi ile agresyonu açıklamaya çalışmıştır. Agresyonun temel nedeni Bandura'ya göre, olumlu sonuçlara dair beklentinin yarattığı bir motivasyondur. Yani insanlar gelecekteki kar beklentilerini, o davranışı gerçekleştirmenin bedelinden fazla bulurlarsa agresif davranışlar sergileyebilmektedirler. Bandura'ya göre insanlar çoğu davranışlarını özellikle de kompleks olanları, diğerlerini izleyerek, model alarak öğrenirler. Bireyin öğrenmesine aile üyeleri, sosyal çevre ve medyada yer alan sembolik modeller etki eder (Bandura 1961, Kaynak: Oral ve Atamer 2004 pp.46-48).

## 2.3. AGRESYON TÜRLERİ

Literatürde, birçok agresyon sınıflamasına rastlamak mümkündür.

Buss (1961) (Kaynak: Oral ve Atamer 2004 p.47) agresyonu ortaya çıkma biçimi ve amacına göre üç boyutlu olarak sınıflamıştır:

**1.Fiziksel-Sözel Agresyon:** Fiziksel agresyon, diğer kişilere acı vermek amacı ile yapılan vurmak, itmek, ısırarak vb. gibi davranışları içermektedir. Sözel agresyon ise

red veya tehdit içeren sesli tepki ile karşıdaki kişiyi incitici, zarar verici uyarıcı göndermektedir (Buss 1961, Kaynak: Oral ve Atamer 2004 p.47).

**2.Doğrudan-Dolaylı Agresyon:** Doğrudan agresyon bir kurbanın varlığında ve o kurbanı yönelik ortaya çıkarken, dolaylı agresyonda kurbanı dolaylı yoldan ve belli bir mesafeden zarar vermeyi içerir (Buss 1961, Kaynak: Oral ve Atamer 2004 p.47).

**3.Aktif-Pasif Agresyon:** Aktif agresyon kurbanı zarar verici uyarıcının enstrümental (araçsal) bir tepki olarak iletimini içerirken, pasif agresyon ise karşıdaki kişiye aktif olarak zarar vermek yerine, onun amacını gerçekleştirmesine engel olmak olarak tanımlanabilir (Oral ve Atamer 2004; Jansen 2005).

Crick ve Dodge (1996) (Kaynak: Jansen 2005 p.12) agresyonu Reaktif ve Proaktif olarak ikiye ayırmaktadır:

**1.Reaktif Agresyon:** Kişinin provokasyonlara yanıtı agresif davranış olarak ortaya çıkmaktadır.

**2.Proaktif Agresyon:** Kişinin provokatif davranışları agresif davranışı başlatmaktadır (Crick ve Dodge 1996, Kaynak: Jansen 2005 p.12).

Geen (2001) (Kaynak:Jansen 2005 p.12) ise farklı bir sınıflama yaparak agresyonu Affektif (Duygulanım) ve Enstrümental (Araçsal) Agresyon olarak ikiye ayırmıştır:

**1.Affektif Agresyon:** Provokatif davranış gösterenlere doğrudan zarar verme niyetiyle yapılır.

**2.Enstrümental Agresyon:** Kendini korumak ve başkaları üzerinde güç uygulamak amaçlanmıştır (Geen 2001, Kaynak:Jansen 2005 p.12)

## 2.4. PSİKİYATRİ BAKIMINDA AGRESYON

Agresyon; toplumun her kesiminde olduğu gibi, sağlık bakım kurumlarında da hastaların ve çalışanların sağlığını, güvenliğini ve esenliğini ciddi boyutlarda tehdit etmektedir (Nolan1999; Abderhalden ve ark. 2002; Jansen ve ark. 2005; Maquire ve Ryan 2007; Camerino ve ark.2008).

Agresyon olaylarının sağlık bakım kurumlarının tüm alanlarında görülebileceği belirtilmekle beraber, özellikle acil ve psikiyatri gibi bölümlerin daha fazla risk taşıdığı kabul edilmektedir. (Abderhalden ve ark. 2002; Wells ve Bowers 2002; Morrison ve Love 2003; Jansen ve ark.2005).

#### **2.4.1. Psikiyatri Bakımında Agresyon Prevalansı**

Sağlık bakım kurumlarında çalışanlara yönelik saldırganlık ve şiddetle ilgili yapılan çalışmalarda elde edilen verilere göre, psikiyatri servislerinde çalışanlar agresyon ve şiddet içeren davranışlar açısından daha çok risk altındadır (Vanderslott 1998; Jansen 2005; Ketelsen 2007; Maquire ve Ryan 2007; Jonker ve ark.2008). Morrison ve Love (2003) psikiyatri servisinde çalışanların diğer servislerde çalışanlara göre iki kat daha fazla risk altında olduklarını vurgulamaktadır.

ABD’de 2001’de yapılan araştırmada (Jonker ve ark 2008) psikiyatride çalışan hemşirelerin %75’inin meslek hayatı boyunca en az bir kez fiziksel agresyona maruz kaldığı belirtilmektedir. Yine bu çalışmaya göre tüm sağlık ekibinin, özellikle de sağlık ekibi içinde 24 saat hastaya direkt bakım veren ve diğer sağlık personellerine göre hasta ile etkileşimleri daha fazla olan hemşirelerin agresif davranışa diğer çalışanlara göre daha çok maruz kaldığı belirtilmiştir (Jonker ve ark 2008).

Ülkemizde, Bilgin ve Buzlu (2002) tarafından gerçekleştirilen, 162 psikiyatri hemşiresinin hasta ve yakınlarının agresif davranışları karşısındaki tutumlarının incelendiği çalışmada örneklemin yarısının çalıştıkları servislerde hastalar tarafından fiziksel saldırıya uğradığı belirlenmiştir (Bilgin ve Buzlu 2006).

Foster ve ark. (2007) tarafından psikiyatri servisinde yapılan bir çalışmada çalışanların % 87,1’inin sözel agresif davranışa maruz kaldığı belirtilmiştir.

Nolan (1999), hemşirelerin psikiyatristlere göre daha fazla oranda (hemşirelerin üçte ikisi, psikiyatristlerin yarısı) hastalar tarafından agresif davranışa maruz kaldıklarını belirlerken, Camerino ve ark. (2008) uluslararası boyutta yürüttükleri çalışmalarında psikiyatri servislerinde hemşirelere yönelik agresyon ve şiddetin %47,7 olduğunu belirtmişlerdir.

İrlanda'da psikiyatri servislerindeki agresyon ve şiddetle ilgili yapılan bir çalışmada hemşirelerin uğradıkları sözel ve fiziksel agresyonun %80 gibi yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir (Maquire ve Ryan 2007).

#### 2.4.2. Agresyon Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler

Psikiyatri servislerinde agresyon ve şiddet içeren durumların, çeşitli değişkenlerin etkileşiminden doğan ürünler olduğu ileri sürülmektedir. Bu değişkenler arasında birçok faktör rol oynamaktadır (Dilbaz 1999; Jansen ve ark 2005; Turgut ve ark 2006; Oflaz 2006). :

**1.Hasta ile İlgili Faktörler:** Hastanın yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik düzeyi, hastalığın psikopatolojisi ile hastanın biyolojik faktörlerini içermektedir.

Biyolojik faktörlerle ilgili yapılan araştırmalar genetik, hormonal etki (testesteron) ve beyin alanları (limbic system, serebral korteks) ile agresyonun ilişkisini temel almışlardır. Sonuç olarak dürtüsel eylemlerin kontrol ve inhibisyonundan sorumlu beyin alanlarının lezyonları ile yüksek testesteron seviyelerinin agresif davranışın artmasında etkili olduğu ileri sürülmüştür (Jansen 2005).

Cinsiyetle agresyon arasındaki ilişki net bir açıklığa kavuşturulamamış olmakla beraber, bazı araştırmacılar erkeklerin kadınlara göre daha fazla agresif davranış sergilediklerini belirtmektedir (Dilbaz 1999; Jansen 2005; Turgut ve ark.2006).

Bireyin yaşıyla agresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde, Tardiff ve Koenigsberg (1985), (Kaynak:Dilbaz 1999 p.181) agresyon eğilimi için riskin yüksek olduğu dönemin 'gençlik dönemi' olduğunu belirtmektedir. Ancak agresyonla ilişkili olduğu düşünülen, ileri yaşlarda ortaya çıkan demans hastalarında ise tersi bir durum söz konusudur (Turgut ve ark.2006).

Düşük sosyo-ekonomik düzey agresif davranışın ortaya çıkmasında önemli bir etken olarak belirtilmektedir (Dilbaz 1999; Jansen 2005; Turgut ve ark.2006)

Hastada var olan ruhsal hastalığa bağlı psikopatolojinin de agresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu ve majör ruhsal hastalık tanısı alanların agresyon riskinin almanlara göre 3-5 kat daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (Dilbaz 1999). Özellikle şizofreni, mani, alkol-madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları ve organik beyin

sendromlarında agresif davranış riskinin arttığı bilinmektedir (Tardiff 1992, Kaynak:Jansen 2005 p.15).

Geçmiş şiddet ve agresif davranış öyküsünün de; gelecekteki agresif davranışın habercisi, şimdiki agresif davranışla da ilişkili olduğu belirtilmektedir (Dilbaz 1999; Jansen 2005; Yeşildal 2005; Turgut ve ark.2006).

Hastanın uzun süre hospitalizasyonu, kendi isteği dışında yatırılması, izolasyonu ve tespit aktiviteleri de agresif davranış için diğer risk faktörleridir (Turgut ve ark.2006).

**2.Personel ile İlgili Faktörler:** Bu faktörler ise personelin kişilerarası iletişiminin, mesleki deneyiminin ve agresyon konusunda eğitiminin yetersiz olması ile agresif davranış arasındaki ilişkileri ortaya koymaktadır (Jansen 2005).

Kuralların uygulanmasında personelin tutum ve algılamaları, bu kuralların hastayı olumlu ya da olumsuz etkileyeceğini belirleyen önemli bir unsurdur. Kuralların açıklığı ve tutarlılığının yanında, personel hasta etkileşimi ve kuralların uygulanma biçiminin de hastanın agresif davranışı ile ilişkili değişkenler olduğu belirtilmektedir (Alexandre ve Bowers 2004, Kaynak: Oflaz 2006 p.60).

Personelin mesleki deneyiminin ve agresyon konusunda eğitim alma durumunun da agresif davranışı önlemede ya da agresyonla başetmede önemli olduğu vurgulanmaktadır (Jansen 2005). Whittington (2002) mesleki deneyimi 15 yıldan fazla olan sağlık personelinin agresyona karşı daha toleranslı olduğunu, Jansen ve ark.(2005) da mesleki deneyimi 6-10 yıl olanların agresif davranışa dolayısıyla daha fazla maruz kaldığını belirtmektedir. Agresyon ve agresyonla başetmede eğitim alma agresif davranışın ortaya çıkması kadar agresyonu önleme ve yönetmede önemli rol oynamaktadır (Abderhalden ve ark. 2002).

**3.Çevresel Faktörler:** Kalabalık, gürültü, ısı, yetersiz aydınlatma gibi fiziksel ortamdaki yetersizlikler, servis aktiviteleri, hastanın özgürlüğünü kısıtlayan hastane prosedür ve kuralları, personelin ve diğer hastaların provokatif davranışları hastanın agresif davranışının ortaya çıkmasında rol oynayan ilişkili çevresel faktörlerdir (Jansen 2005; Yeşildal 2005; Turgut ve ark. 2006).

**Tablo 2-1: Agresyon Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler**

<b>Agresyon Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler</b>	
<b>Hasta ile İlgili Faktörler</b>	Yaş Cinsiyet Psikopatolojisi Geçmiş Şiddet ve Agresyon Öyküsü Sosyoekonomik Düzey Biyolojik Faktörler (Genetik, Hormonlar)
<b>Personel ile İlgili Faktörler</b>	Yetersiz Mesleki Deneyim Agresyon Konusunda Yetersiz Eğitim Kişilerarası İlişkiler (Rijit ve Otoriter Davranış) Personelin Tutum ve Algılamaları
<b>Çevresel Faktörler</b>	Kalabalık Yetersiz Aydınlatma Isı Servis Aktiviteleri Hastane Prosedür ve Kuralları Provokasyon

### 2.4.3. Psikiyatri Bakımında Hemşirelerin Agresyona Karşı Tutumları

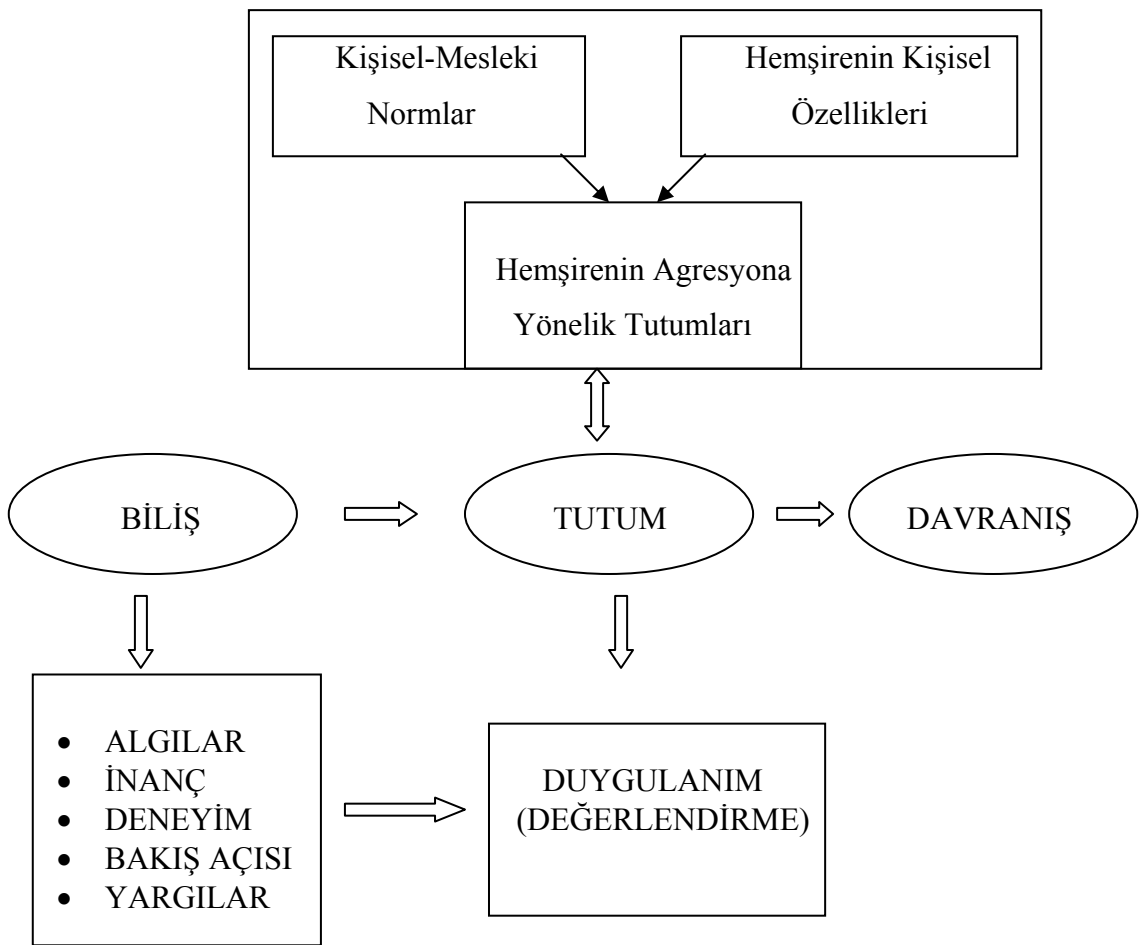
Hastaların agresif davranışları karşısında hemşirelerin gösterdikleri tutumların hastaya verdikleri tepkilerde önemli rol oynadığı, hemşirenin sahip olduğu bu tutumların belirlenmesinin agresif davranışla etkili şekilde baş etmede yol göstereceği vurgulanmaktadır (Jansen 2005).

İnsanın çevresindeki objelerin kabul edilebilir ya da kabul edilemez olduğu yönündeki inançları yansıtan tutumların davranışları doğrudan yönlendirme etkisinden hareketle, agresif davranışın ve hemşirelerin bu davranışlara verdikleri tepkilerin ortaya çıkmasında hemşirenin agresyona yönelik tutumlarının belirlenmesi önemlidir (Jansen 2005).

Ajzen'in Mantıksal Eylem Teorisine göre (Şekil 1), insan davranışları belirli faktörlerin kontrolü altında olup davranışın ortaya çıkabilmesi için öncelikle davranışa yönelik amacın oluşması gerekmektedir. Davranışa yönelik amacı etkileyen faktörler;

tutumlar, öznel normlar, algılar, inançlar, bakış açısı, yargılar ve deneyimlerdir (Ajzen 1988, Kaynak: Jansen 2005 p.39).

Organize olmuş uzun süreli duygu, inanç ve düşünce eğilimleri olarak tanımlanan tutumun herhangi bir kişi, yer, olay hakkında olumlu veya olumsuz davranış gösterme eğilimi olduğu belirtilmektedir (Ajzen 1988, Kaynak: Jansen 2005 p.39). Algılar ise, belleğin katkıları ile içsel ve dışsal duyular ya da uyaranlar yoluyla bir şeye dikkati yönlterek o şeyin farkına varmayı sağlayan nöropsikolojik bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Zebrowitz 1990, Kaynak: Jansen 2005 p.39).



**Şekil 2-1: Mantıksal Eylem Teorisi** (Ajzen 1988, Kaynak: Jansen, G.J.(2005). The attitude of Nurses towards Inpatient Aggression in Psychiatric Care, *The Development of an Instrument*.1st ed. The Netherlands, p.175-9)

Hemşirelerin agresyon karşısındaki davranışlarını, hemşirelerin kişisel (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) ve mesleki özellikleri, agresyon deneyimleri, hemşirelerin

tutumları, inançları ve algılamaları belirlemektedir (Jansen 2005). Hemşirelerin agresyona karşı sahip oldukları tutumlarının bir yönünü de, agresyonu algılama şekilleri oluşturmaktadır (Jonker ve ark 2008).

Poster ve Ryan (1989), hemşirenin yaşı, cinsiyeti ve agresyon deneyimi gibi kişisel ve mesleki özellikleri ile agresyon algılamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu vurgulamaktadır. Muro (2002)'nin hemşirelik öğrencileri ile yaptığı çalışmada da psikiyatri hastalarındaki agresyonu algılamada kız ve erkek öğrenciler arasında önemli bir farklılığın bulunduğunu ve kız öğrencilerin agresyonu erkeklere oranla daha fazla şiddet reaksiyonu olarak algıladığını belirtmektedir. Abderhalden'in (2002) yaptığı başka bir çalışmada ise agresyon algılamaları ile hasta ya da hemşirenin kişisel özellikleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Whittington (2002), mesleki deneyimi 15 yıldan fazla olan sağlık personelinin agresyona karşı daha toleranslı olduğunu belirtmektedir.

Sebebi ne olursa olsun agresif davranışın her yönü hastaya sürekli bakım veren hemşirelerin fiziksel ve psikososyal sağlığını olumsuz yönde etkileyerek iş doyumunu azaltmakta ve işe devamsızlıkta artışa neden olmaktadır. Bu nedenle kendini güvenli bir ortamda hissetmeyen hemşirelerin, hastaya verdikleri bakımın kalitesinin düştüğü vurgulanmaktadır (Wells ve Bowers 2002; Foster ve ark. 2007)

Agresyon bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal yapısına zarar verebilmektedir. Bu bağlamda, sağlık personelinde agresif davranış sonrasında gelişen engellenme, öfke, kızgınlık, korku, çaresizlik gibi ilk etkilerinden sonra, anksiyete, depresyon, sosyal ilişkilerden çekilme, işe dönmede güçlük çekme, baş ağrısı gibi uzun ve kısa dönemde gelişen bozukluklar da görülebilmektedir (Poster ve Ryan 1984, Kaynak:Jansen 2005 p.49). Bütün bu yaşananlar personelin iş doyumunu etkileyerek kurumdan ayrılmasına neden olabilmektedir (Aslan ve ark. 2005; Turgut ve ark. 2006).

Hemşirelerin agresyon olaylarına karşı yaklaşımlarının belirlenmesi agresyon risk tanılanmasında, olayların bildiriminde, agresif davranışın ortaya çıkışını önlemede veya en aza indirmede ve uygun başatme yöntemleri geliştirmede etkili olacaktır. Bu yaklaşımlar, hemşirelerin ve hastaların eğitilmesi, etkin iletişim becerilerinin uygulanması, olguların rapor edilmesi, agresyon olaylarını önleyebilecek prosedürler hazırlanması ve standartlar geliştirilmesi şeklinde belirlenebilir. Ülkemizde ve dünyada, hemşirelerin agresyon olguları karşısındaki yaklaşımlarını inceleyen araştırmaların kısıtlı olduğu görülmektedir (Aslan ve ark.2005).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi:

Bu araştırma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin agresyon algılamalarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla, Şubat 2008- Haziran 2009 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, tanımlayıcı bir araştırma özelliğindedir.

#### 3.2. Araştırma Soruları:

1. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler agresyonu nasıl algılamaktadır?
2. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin agresyon algılamalarını etkileyen faktörler (kişisel, mesleki özellikler, saldırı deneyimleri vb) nelerdir?

#### 3.3. Araştırmanın Evren ve Örnekleme:

Araştırmanın evrenini; psikiyatrik tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulduğu 3 Sağlık Bakanlığı hastanesi, 3 Üniversite Hastanesi ve 3 Özel Hastanede çalışan hemşireler oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnekleme, evrendeki birey sayısı (N=350) ve olayın ülkemizdeki görülme sıklığı (p=%70) (Bilgin 2002) göz önünde tutularak,  $n = N \cdot t \cdot p / d^2 \cdot (N - 1) + t \cdot p$  formülü kullanılarak, %95 güven aralığında 168 olarak belirlenmiştir.

Çalışma kapsamında katılım kriterlerini taşıyan 350 psikiyatri hemşiresi ile görüşülmüş, bu hemşirelerden 185'i iş yoğunluğu, vakit ayırmak istememe, gönüllü olmama gibi sebeplerden dolayı çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Sonuç olarak 165 hemşire bilgilendirilmiş onamları alınarak örneklem büyüklüğünü oluşturmuştur (Tablo 3-1). Araştırma evrenindeki tüm hemşirelik popülasyonu herhangi bir örnekleme yapılmadan çalışılmış ve tümüne anket dağıtılmıştır. Veri toplama aşaması sırasında, ilgili hastanelerde yıllık izin dönemleri vb. nedenlere bağlı olarak, görev yapan 350 hemşireye anket dağıtılmıştır ve geri dönüş oranı % 47 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 3-1: Hastanelere Göre Hemşirelerin Örneklem Girme Oranları**

Hastane Adı	Hemşire Sayısı	Uygulanan	Eksik Dolduran/Katılmak İstemeyen	Örneklem Alınan Hemşire Sayısı n (%)
S.B.Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	40	40	15	25 (62,5)
S.B.Bakırköy Prof.Dr.Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Hst.	190	190	134	56 (29,4)
S.B.Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi	5	5	4	1 (20,0)
Marmara Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi	6	6	1	5 (83,3)
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	8	8	3	5 (62,5)
İstanbul Üniversitesi Çapa Tıp Fakültesi Hastanesi	7	7	2	5 (71,4)
Özel Nöropsikiyatri İstanbul Hastanesi	35	35	14	21 (60,0)
Özel Fransız Lape Hastanesi	19	19	5	14 (73,6)
Özel Balıklı Rum Hastanesi	40	40	7	33 (82,5)
Toplam	350	350	185	165

**3.3.1. Araştırmaya Katılım Kriterleri:**

- Psikiyatri kliniğinde çalışıyor olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek

### 3.4. Veri Toplama Aracı

#### 3.4.1. Bilgi Formu (Ek-1):

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin kişisel, mesleki özelliklerini, agresyon deneyimlerini ve agresyon algılamalarını kapsayan 39 sorudan oluşan, literatür (Jansen 1997; 2005; Vanderslott 1998; Nolan ve ark. 1999; Yavuz ve ark. 2000; Abderhalden ve ark. 2002; Needham 2004; Şenuzun ve Karadakovan 2005; Turgut ve ark. 2006; Maguire ve Ryan 2007; Woods ve Ashley 2007) ve uzman görüşü doğrultusunda hazırlanmış bir formdur.

**Kişisel ve mesleki özellikler** bölümünde; yaş, cinsiyet, medeni durum, büyüdüğü yer, eğitim düzeyi, çalıştığı kurum ve bölüm, sorumluluk düzeyi, çalışma biçimi, mesleki ve psikiyatri deneyim süresi ile ilgili sorular,

**Agresyon deneyimleri** bölümünde; hemşirelerin meslek hayatında, psikiyatri kliniğinde ve özel yaşamlarında sözel/fiziksel agresif davranışa tanık olma ve maruz kalma durumları, hemşirelere göre hastaların tanılarına bağlı agresyon riski ve nedenleri, agresyon sonucunda hemşirelerde meydana gelen sonuçlar, hemşirelerin çalıştıkları bölümde güvende hissetme düzeyleri ve bölümde zorunlu yatış sıklığı ile ilgili sorular,

**Agresyon algılamaları** bölümünde; hemşirelerin agresyon algılama biçimlerini ‘Katılmıyorum’, ‘Kararsızım’, ‘Katılıyorum’ derecelerinde değerlendirmeye yarayan sorular yer almaktadır. Agresyon algılama ifadeleri, ‘normal/kabul edilebilir’ (1,2,4,6,7,12,13,16) ve ‘kabul edilemez’ (3,5,8,9,10,11,14,15) şeklinde iki boyutta yer alacak şekilde hazırlanmıştır.

### 3.5. Etik Konular ve Verilerin Toplanması

Araştırma kapsamındaki hastanelerin bağlı bulunduğu birimler doğrultusunda Araştırma İzni ve Etik Kurul Onayları alınarak (Ek 2,3,4,5,6,7,8,9) veriler, Mayıs 2008-Haziran 2008 tarihleri arasında toplanmıştır.

### 3.5.1. Verilerin değerlendirilmesi:

Elde edilen tüm veriler bilgisayarda SPSS 11,5 (Statistical Package for Social Science) kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde, tanımlayıcı istatistikler ve nonparametrik istatistiksel analizler kullanılmıştır. Nonparametrik istatistik yöntemlerinin seçiminde, değişkenlerin 'isimsel ve sıralı ölçek' niteliğinde olması rol oynamıştır. Tablo 3-2'de değişkenler ve kullanılan istatistiksel yöntemler görülmektedir

**Tablo 3-2: İstatistiksel Yöntemler**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bireysel-Mesleki Özellikler</li> <li>• Agresyon Deneyimleri ve Algılamaları</li> </ul>	Yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, standart sapma, median, minimum-maksimum değerler
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kişisel-Mesleki Özellikler ile Agresif Davranış Yaşama Durumları (tanık olma/maruz kalma) ve Algılamalarının Karşılaştırılması</li> <li>• Agresyon Algılamaları ile Agresyon Deneyimlerinin Karşılaştırılması</li> </ul>	Pearson, Yates, Fisher Kikare Analizleri

### 3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma izin ve onay belgelerinin çokluğu ve izinlerin uzun zaman alması gereksiz maliyet ve vakit kaybına neden olmuştur.

Hemşirelerin anket doldurmaya ilgisinin düşük olması veri toplama sürecinde zorlanmalara ve araştırmacıda motivasyon azalmasına yol açmıştır.

#### 4. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen bulgular dört bölümde sunulmuştur;

1. Hemşirelerin kişisel-mesleki özellikleri ile ilgili bulgular (Tablo 4-1)
2. Hemşirelerin agresyon deneyimleri ve algılamaları ile ilgili bulgular (Tablo 4-2/ 4-6 arası; Grafik 4-1/4-2)
3. Hemşirelerin agresif davranış yaşama durumları (tanık olma/maruz kalma) ve algılamaları üzerinde kişisel-mesleki özelliklerin etkisini gösteren bulgular (Tablo 4-7/4-14 arası)
4. Hemşirelerin agresyon algılamaları üzerinde agresyon deneyimlerinin etkisini gösteren bulgular (Tablo 4-15/4-48 arası)

#### **4.1. HEMŞİRELERİN KİŞİSEL-MESLEKİ ÖZELLİKLERİ**

Bu bölümde, hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri Tablo 4-1'de verilmiştir.

**Tablo 4-1: Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri (N=165)**

<b>Kişisel-Mesleki Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş Grupları</b>	<b>95</b>	
• 30 yaş ve altı	70	57,6
• 30 yaş üzeri		42,4
<b>Cinsiyet</b>		
• Kadın	<b>138</b>	<b>83,6</b>
• Erkek	27	16,4
<b>Medeni durum</b>		
• Evli	<b>88</b>	<b>53,3</b>
• Bekar	77	46,7
<b>Büyüdüğü yer</b>		
• Köy	32	19,4
• Kasaba	39	23,6
• Şehir	<b>63</b>	<b>38,2</b>
• Büyükşehir	29	17,6
• Yurtdışı	2	1,2
<b>Eğitim durumu</b>		
• Sağlık Meslek Lisesi	<b>75</b>	<b>45,5</b>
• Ön Lisans	48	29,0
• Lisans	33	20,0
• Lisansüstü	9	5,5
<b>Çalıştığı Kurum Şekli</b>		
• Üniversite Hastanesi	16	9,7
• S.B. Hastanesi	<b>81</b>	<b>49,1</b>
• Özel Psikiyatri Hastaneleri	68	41,2
<b>Çalıştığı Bölüm</b>		
• Akut Psikoz	<b>39</b>	<b>23,6</b>
• Alkol-Madde	28	17,0
• Çocuk-Ergen	5	3,0
• Adli Servis	5	3,0
• Kronik Psikoz	<b>39</b>	<b>23,6</b>
• Nevroz	8	4,9
• Psikiyatrik Rehabilitasyon	1	0,6
• Acil	10	6,1
• Diğer (Genel Psi.)	30	18,2
<b>Sorumluluk Düzeyi</b>		
• Servis-Poliklinik Hemşiresi	<b>128</b>	<b>77,6</b>
• Sorumlu Hemşire	37	22,4
<b>Çalışma Biçimi</b>		
• Gündüz	58	35,2
• Nöbet\ Vardiya	<b>107</b>	<b>64,8</b>
<b>Mesleki Deneyim Süresi</b>		
• 5 ve 5 yıldan az	55	33,3
• 5 yıldan fazla	<b>110</b>	<b>66,7</b>
<b>Psikiyatride Deneyim Süresi</b>		
• 5 ve 5 yıldan az	<b>100</b>	<b>60,6</b>
• 5 yıldan fazla	65	39,4
<b>Agresyon ve Başetme Konusunda Eğitim Alma Durumu</b>		
• Hayır	<b>106</b>	<b>64,2</b>
• Evet	59	35,8
<b>Toplam</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

Hemşireler kişisel ve mesleki özelliklerine göre incelendiğinde (Tablo 4-1); yaş ortalamasının  $32 \pm 0,73$  olduğu (min.-max. değerler:19-62); %57,6'sının (n=95) 30 yaş ve altı grubu oluşturduğu; %83,6'sının (n=138) kadın; %53,3'ünün (n=88) evli; %38,2'sinin (n=63) şehirde büyüdüğü; %45,5'inin (n=75) sağlık meslek lisesi mezunu olduğu belirlenmiştir.

Mesleki özellikleri açısından hemşirelerin, %49,1'inin (n=81) S.B.'na bağlı psikiyatri veya devlet hastanelerinde çalıştığı, %75,8'inin (n=125) akut psikoz ve diğer akut psikiyatri hastalarının tedavi/bakım hizmetlerinin yürütüldüğü (alkol-madde, çocuk/ergen, adli, nevroz vb.) servislerde, %77,6'sının (n=128) servis-poliklinik hemşiresi olarak, %64,8'inin (n=107) nöbet/vardiya usulü görev yaptığı, %66,7'sinin (n=110) mesleki deneyim süresi 5 yıldan fazla iken, %60,6'sının (n=100) 5 ve 5 yıldan az bir süredir psikiyatri servisinde çalıştığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin %64,2'si (n=106), agresyon ve baş etme yöntemleri konusunda eğitim almadığını belirtmiştir.

#### **4.2. HEMŞİRELERİN AGRESYON DENEYİMLERİ VE ALGILAMALARI**

Bu bölümde hemşirelerin agresyonla ilgili deneyimleri ve algılamaları ile ilgili sonuçlar verilecektir.

**Tablo 4-2: Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumları (Tanık Olma/Maruz Kalma) (N=165)**

Agresif Davranış		Meslekte		Psikiyatride		Özel Yaşamda	
		n	%	n	%	n	%
Agresyona Tanık Olma	<b>Sözel</b>						
	• Hayır	2	1,2	6	3,6	28	17,0
	• Nadiren	32	19,4	18	10,9	52	31,5
	• Bazen	44	26,7	50	30,3	59	35,8
	• Sık sık	67	40,6	71	43,0	25	15,2
	• Her zaman	20	12,1	20	12,1	1	0,6
	<b>Fiziksel</b>						
	• Hayır	26	15,8	25	15,2	54	32,7
	• Nadiren	43	26,0	43	26,1	57	34,5
	• Bazen	58	35,1	57	34,5	40	24,2
• Sık sık	29	17,5	29	17,6	14	8,5	
• Her zaman	9	5,5	11	6,7	-	-	
Agresyona Maruz Kalma	<b>Sözel</b>						
	• Hayır	8	4,8	9	5,5	39	23,6
	• Nadiren	33	20,0	24	14,5	80	48,5
	• Bazen	65	39,4	72	43,6	33	20,0
	• Sık sık	48	29,1	47	28,5	13	7,9
	• Her zaman	11	6,7	13	7,9	-	-
	<b>Fiziksel</b>						
	• Hayır	41	24,8	35	21,2	107	64,8
	• Nadiren	52	31,5	51	30,9	41	24,8
	• Bazen	54	32,7	51	30,9	16	9,7
• Sık sık	13	7,9	20	12,1	1	0,6	
• Her zaman	5	3,0	8	4,8	-	-	
<b>TOPLAM</b>		<b>165</b>	<b>100</b>	<b>165</b>	<b>100</b>	<b>165</b>	<b>100</b>

Hemşirelerin meslekte, psikiyatri servisinde ve özel yaşamda agresif davranış yaşama durumları ‘tanık olma’ ve ‘maruz kalma’ şeklinde 2 yönde belirlenmiştir (Tablo 4-2). Bu doğrultuda, hemşirelerin çoğunluğunun meslekte, psikiyatri servisinde ve özel yaşamda hem sözel, hem de fiziksel agresif davranışlara ‘en az 1 kez’ (nadiren+bazen+sık sık+her zaman şeklinde) tanık oldukları belirlenmiştir (meslekte sözel agresif davranışa tanık olma %98,8 n=163; psikiyatri servisinde sözel agresif davranışa tanık olma %96,3 n=159; özel yaşamda sözel agresif davranışa tanık olma %83 n=137) (meslekte fiziksel agresif davranışa tanık olma %84,1 n=139; psikiyatri servisinde fiziksel agresif davranışa tanık olma %84,9 n=140; özel yaşamda fiziksel agresif davranışa tanık olma %67,2 n=111).

Benzer şekilde çalışma kapsamındaki hemşirelerin çoğunluğunun meslekte, psikiyatri servisinde hem sözel, hem de fiziksel agresif davranışlara ‘en az 1 kez’ (nadiren+bazen+sık sık+her zaman şeklinde) maruz kaldıkları belirlenmiştir (meslekte sözel agresif davranışa maruz kalma %95,2 n=157; psikiyatri servisinde sözel agresif davranışa maruz kalma %94,5 n=156) (meslekte fiziksel agresif davranışa maruz kalma %75,1 n=124; psikiyatri servisinde fiziksel agresif davranışa maruz kalma %78,7 n=130).

Hemşirelerin özel yaşamda sözel agresif davranışa ‘en az bir kez’ (nadiren+bazen+sık sık) maruz kalma oranı %76,4 (n=126) iken, yarıdan fazlasının (%64,8 n=107) fiziksel agresif davranışa maruz kalmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4-3: Hemşirelere Göre Farklı Hastalık Tanılarında Agresif Davranış Görülme Riski (N=165)**

Agresif Davranış Riski Tanılar	Hayır		Nadiren		Bazen		Sık sık		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Şizofreni	34	20,6	17	10,3	53	32,1	49	29,7	12	7,3
Sanrısız Bozukluklar	41	24,8	7	4,2	50	30,3	60	36,4	7	4,2
Bipolar I/II Bozukluklar	53	32,1	20	12,1	51	30,9	35	21,2	6	3,6
Majör Depresif Bozukluk	107	64,8	28	17,0	21	12,7	7	4,2	2	1,2
Anksiyete Bozuklukları	84	50,9	33	20,0	19	11,5	28	17,0	1	0,6
Deliryum, Demans ve Amnestik Bozukluklar	62	37,6	33	20,0	43	26,1	25	15,2	2	1,2
Dissosiyatif Bozukluklar	103	62,4	17	10,3	27	16,4	15	9,1	3	1,8
Kişilik Bozuklukları	27	16,4	20	12,1	44	26,7	58	35,2	16	9,7
Mental Retardasyon	66	40,0	27	16,4	50	30,3	19	11,5	3	1,8
Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları	44	26,7	15	9,1	21	12,7	63	38,2	22	13,3

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hemşirelere göre, agresif davranış görülme riski en fazla olan (nadiren+bazen+sık sık+ her zaman) hastalıklar sırasıyla; kişilik bozukluğu (%83,7 n=138), şizofreni (%79,4 n=131), sanrısız bozukluklar (%75,1 n=124), alkol-madde kullanım bozuklukları (%73,3 n=121) şeklindedir. Ayrıca, agresif davranış riskinin olmadığı hastalıklar açısından durum incelendiğinde, majör depresif bozukluk (%64,8 n=107), dissosiyatif bozukluklar (%62,4 n=103) ve anksiyete bozukluklarının (%50,9- n=84) ilk 3 sırada geldiği belirlenmiştir (Tablo 4-3).

**Tablo 4-4: Hemşirelere Göre Hastaların Agresif Davranış Sergileme Nedenleri (N=165)**

	Nedenler	Evet		Hayır	
		n	%	n	%
<b>Hastalıkla İlgili</b>	Hastalığın akut aşamasında olması	<b>132</b>	<b>80,0</b>	33	20,0
	Tedavinin etkin olmaması	65	39,4	<b>100</b>	<b>60,6</b>
<b>Kişilerarası İlişkilerle İlgili</b>	Diğer hastalar tarafından provoke edilmesi	<b>84</b>	<b>50,9</b>	81	49,1
	Çalışan tarafından provoke edilmesi	22	13,3	<b>143</b>	<b>86,7</b>
	Aile üyeleriyle yaşanan problemler ve çatışmalar	82	49,7	<b>83</b>	<b>50,3</b>
	Hastalarla çalışanlar arasındaki iletişim yetersizliği	39	23,6	<b>126</b>	<b>76,4</b>
<b>Ortam ve Kurallarla İlgili</b>	Hastanede kalmak istememesi	<b>151</b>	<b>91,5</b>	14	8,5
	Dışarı çıkmasına izin verilmemesi	<b>134</b>	<b>81,2</b>	31	18,8
	Sigara içmesine izin verilmemesi	<b>83</b>	<b>50,3</b>	82	49,7
	Fiziksel ortamdaki yetersizlikler	69	41,8	<b>96</b>	<b>58,2</b>
	Kendi isteği dışında yatırılması	<b>148</b>	<b>89,7</b>	17	10,3

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4-4’de hemşirelere göre hastaların agresif davranış (sözel/fiziksel) sergileme nedenleri verilmiştir. Hastalıkla ilgili faktörlerden ‘akut aşamada olma’ hemşirelerin çoğunluğu tarafından (%80 n=132) bir neden olarak belirtilmişken, ‘tedavinin etkin olmaması’ seçeneğine hemşirelerin %60,6’sı (n=100) katılmadığını ifade etmiştir. Kişilerarası ilişkilerle ilgili faktörlerden, ‘diğer hastaların provokasyonu’ (%50,9 n=84), ve ‘aile üyeleriyle yaşanan problemler ve çatışmalar’ (%49,7 n=82) hemşirelerin hemen hemen yarısı tarafından agresif davranış nedeni olarak belirtilmiştir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ‘çalışan tarafından provokasyon’ (%86,7 n=143) ve

‘hastalarla çalışanlar arasındaki iletişim yetersizliği’ (%76,4 n=126) seçeneklerini hastalardaki agresif davranışların nedenleri arasında görmedikleri tespit edilmiştir. Ortam ve kurallarla ilgili faktörler arasında, ‘hastanede kalmak istememe’ (%91,5 n=151), ‘kendi isteği dışında yatırılma’ (%89,7 n=148) ve ‘dışarıya çıkmasına izin verilmeme’ (%81,2 n=134), ‘sigara içilmesine izin verilmeme’ (%50,3 n=83) hastalardaki agresif davranışların en yüksek oranda nedenleri olarak belirtilmiş, öte yandan, ‘fiziksel ortamdaki yetersizlikler’, hemşirelerin yarısından fazlası için (%58,2 n=96) agresif davranış nedeni olarak gösterilmemiştir.

**Tablo 4-5: Hemşirelerde Agresif Davranışların Sonuçları (N=165)**

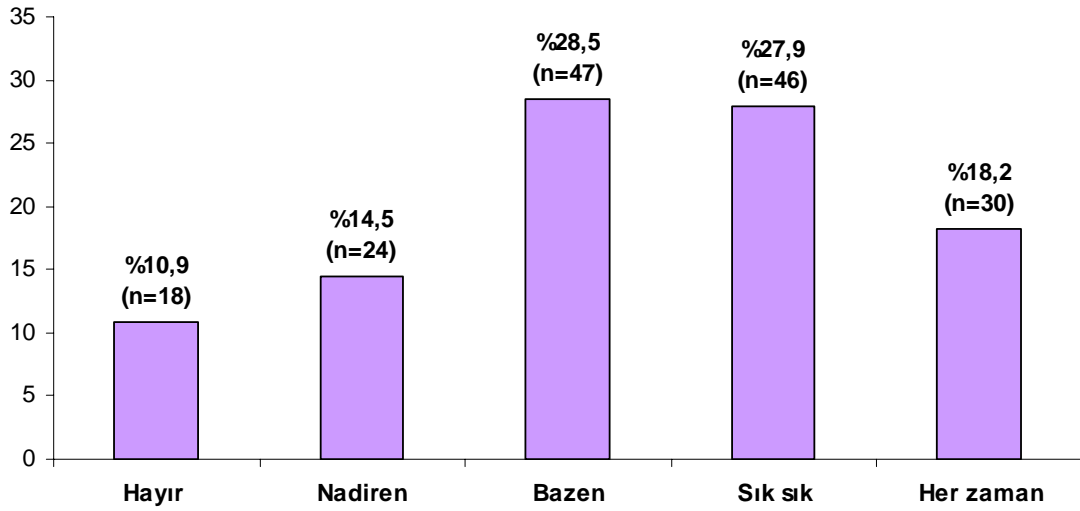
Durumlar	Sıklık		Hayır		Nadiren		Bazen		Sık Sık		Her zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Öfke, kızgınlık duyma	67	40,6	38	23,0	40	24,3	16	9,7	4	2,4		
Korku	65	39,4	39	23,7	32	19,4	21	12,7	8	4,8		
Anksiyete	99	60,0	25	15,2	24	14,5	17	10,3	-	-		
Güçsüzlük	128	77,6	16	9,7	15	9,1	6	3,6	-	-		
Apati	139	84,2	13	7,9	11	6,7	1	0,6	1	0,6		
Çaresizlik	119	72,1	20	12,1	16	9,7	7	4,2	3	1,8		
Depresyon	150	90,9	9	5,5	5	3,0	1	0,6	-	-		
Kendini suçlama	134	81,2	25	15,2	5	3,0	1	0,6	-	-		
Güvensizlik	127	77,0	17	10,3	13	7,9	4	2,4	4	2,4		
İşe dönmede güçlük Çekme	131	79,4	17	10,3	7	4,2	9	5,5	1	0,6		
Bedensel şikayetler	134	81,2	13	7,9	13	7,9	5	3,0	-	-		
Sosyal ilişkilerde bozulma	152	92,1	6	3,6	6	3,6	1	0,6	-	-		
Utanç	146	88,5	9	5,5	7	4,2	3	1,8	-	-		

\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4-5’de hemşirelerde agresif davranışlara bağlı olumsuz sonuçların çoğunlukla meydana gelmediği görülmekle birlikte, ‘öfke-kızgınlık’ (%59,4 n=98) ve

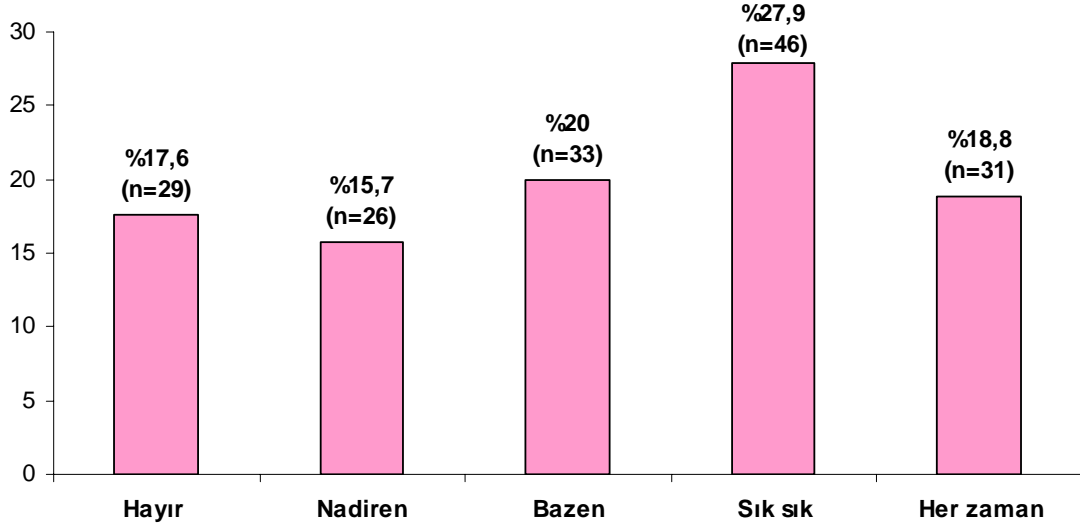
'korku' (%60,6-n=100) duygularının en yoğun yaşanan (nadiren+bazen+sık sık+her zaman şeklinde) durumlar olduğu belirlenmiştir.

**Grafik 4-1: Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümde Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyleri (N=165)**



Hemşirelerin sadece %10,9'u (n=18) çalıştıkları bölümde kendilerini güvende hissetmediklerini belirtirken, %27,9'u (n=46) 'sık sık' ve %18,2'si (n=30) 'her zaman' güvende hissettiklerini ifade etmişlerdir (Grafik 4-1).

**Grafik 4-2: Hemşirelere Göre Çalıştıkları Bölümde Zorunlu Yatış Uygulanma Sıklığı (N=165)**



Hemşirelerin yarıya yakını (%46,7 n=77), çalıştıkları bölümlerde hastalara ‘sık sık’ ve ‘her zaman’ zorunlu yatış uygulandığını belirtmiştir (Grafik 4-2).

**Tablo 4-6: Hemşirelerin Agresyon Algılamaları (N=165)**

Agresyon Algılama İfadeleri	Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%
Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesi	64	38,8	31	18,8	70	42,4
Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	37	22,4	40	24,2	88	53,3
Kendini korumaktır	83	50,3	31	18,8	51	30,9
<b>Normal/Kabul Edilebilir</b>	<b>91</b>	<b>55,2</b>	<b>48</b>	<b>29,1</b>	<b>26</b>	<b>15,8</b>
Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	92	55,8	38	23,0	35	21,2
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	91	55,2	33	20,0	41	24,8
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	59	35,8	50	30,3	56	33,9
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	116	70,3	26	15,8	23	13,9
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	22	13,3	41	24,8	102	61,8
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	26	15,8	31	18,8	108	65,5
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır	19	11,5	34	20,6	112	67,9
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	16	9,7	21	12,7	128	77,6
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	33	20,0	38	23,0	94	57,0
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	11	6,7	21	12,7	133	80,6
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	25	15,2	26	15,8	114	69,1
Diğer insanları tehdit etmektir	15	9,1	20	12,1	130	78,8
Bir fiziksel şiddet eylemidir						

Tablo 4-6’da hemşireler, agresyon algılamalarında agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ yönüyle ilgili ifadelerden, ‘Agresyon; olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır (%70,3 n=116), Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir (%55,8 n=92), Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar (%55,2 n=91)’ ifadelerine yarısından fazlası katılmazken; ‘Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir (%42,4 n=70), Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır (%53,3 n=88)’ ifadelerine yarıya yakını katıldıklarını ifade etmiştir. ‘Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ifadesine %35,8’inin (n=59) katılmadığı, %30,3’ünün (n=50) kararsız kaldığı tespit edilmiştir.

‘Agresyon; başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir (%80,6 n=133), Bir fiziksel şiddet eylemidir (%78,8 n=130), ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ (%77,6 n=128), ‘Agresyon, diğer insanları tehdit etmektir’ (%69,1 n=114), ‘Agresyon, eşyalara ve kendine yönelik zarar verme tehdididir (%67,9 n=112), ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ (%65,5 n=108), ‘Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ (%61,8 n=102), ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ (%57 n=94) gibi agresyonun ‘Kabul edilemez’ davranış olduğu yönündeki ifadelere hemşirelerin çoğunluğu katıldıklarını belirtmiştir.

### **4.3. HEMŞİRELERİN AGRESİF DAVRANIŞ YAŞAMA (TANIK OLMA/MARUZ KALMA) VE ALGILAMALARI ÜZERİNDE KİŞİSEL-MESLEKİ ÖZELLİKLERİN ETKİŐİ**

Bu bölümde, hemşirelerin agresif davranış yaşama durumları (tanık olma/maruz kalma) ve agresyon algılamaları üzerinde kişisel-mesleki özelliklerin etkisi ile ilgili bulgular sunulacaktır.

#### **4.3.1. Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumları (Tanık Olma/Maruz Kalma) Üzerinde Kişisel-Mesleki Özelliklerin Etkisi**

**Tablo 4-7: Hemşirelerin Yaşı ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165)**

		Yaş		30 yaş ve altı (n=95)		30 yaş üzeri (n=70)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%				
<b>MESLEKTE</b>	<b>TANIK OLMA</b>	Sözel	Evet	94	98,9	69	98,6	0,053	0,819 (Yates)
			Hayır	1	1,1	1	1,4		
		Fiziksel	Evet	79	83,2	60	85,7		
			Hayır	16	16,8	10	14,3		
	<b>MARUZ KALMA</b>	Sözel	Evet	89	93,7	68	97,1	0,258	0,745 (Yates)
			Hayır	6	6,3	2	2,9		
		Fiziksel	Evet	70	73,7	54	77,1		
			Hayır	25	26,3	16	22,9		
<b>PSIKİYATRİDE</b>	<b>TANIK OLMA</b>	Sözel	Evet	91	95,8	68	97,1	0,002	0,963 (Yates)
			Hayır	4	4,2	2	2,9		
		Fiziksel	Evet	80	84,2	60	85,7		
			Hayır	15	15,8	10	14,3		
	<b>MARUZ KALMA</b>	Sözel	Evet	87	91,6	69	98,6	0,000	1,000 (Yates)
			Hayır	8	8,4	1	1,4		
		Fiziksel	Evet	75	78,9	55	78,6		
			Hayır	20	21,1	15	21,4		
<b>ÖZEL YAŞAMDA</b>	<b>TANIK OLMA</b>	Sözel	Evet	79	83,2	58	82,9	0,000	1,000 (Yates)
			Hayır	16	16,8	12	17,1		
		Fiziksel	Evet	66	69,5	45	64,3		
			Hayır	29	30,5	25	35,7		
	<b>MARUZ KALMA</b>	Sözel	Evet	70	73,7	56	80,0	0,575	0,448 (Yates)
			Hayır	25	26,3	14	20,0		
		Fiziksel	Evet	26	27,4	32	45,7		
			Hayır	69	72,6	38	54,3		

\*Sd=1 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Hemşirelerin yaş grupları ile agresif davranış yaşama durumları incelendiğinde (Tablo 4-7) psikiyatride ve meslek hayatında agresif davranışa tanık olma/maruz kalmada hemşirelerin yaş grupları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmazken, 30 yaş üzeri hemşirelerin, 30 ve 30 yaş altı hemşirelere göre özel hayatında fiziksel agresif davranışa daha fazla maruz kaldıkları tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=5,173$ ,  $p=0,023$ ).

**Tablo 4-8: Hemşirelerin Cinsiyeti ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165)**

Agresif Davranış				Cinsiyet		Kadın (n=138)		Erkek (n=27)		$\chi^2$	P
				n	%	n	%				
MESLEKTE	TANIK OLMA	Sözel	Evet	137	99,3	26	96,3	Fisher P=0,301			
			Hayır	1	0,7	1	3,7				
		Fiziksel	Evet	114	82,6	25	92,6	Fisher P=0,256			
			Hayır	24	17,4	2	7,4				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	133	96,4	24	88,9	Fisher P=0,124			
			Hayır	5	3,6	3	11,1				
		Fiziksel	Evet	103	74,6	21	77,8	0,010	0,919 (Yates)		
			Hayır	35	25,4	6	22,2				
PSİKİYATRİDE	TANIK OLMA	Sözel	Evet	133	96,4	26	96,3	Fisher P=1,000			
			Hayır	5	3,6	1	3,7				
		Fiziksel	Evet	117	84,8	23	85,2	Fisher P=1,000			
			Hayır	21	15,2	4	14,8				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	132	95,7	24	88,9	Fisher P=0,166			
			Hayır	6	4,3	3	11,1				
		Fiziksel	Evet	107	77,5	23	85,2	0,399	0,528 (Yates)		
			Hayır	31	22,5	4	14,8				
ÖZEL YAŞAMDA	TANIK OLMA	Sözel	Evet	112	81,2	25	92,6	Fisher P=0,259			
			Hayır	26	18,8	2	7,4				
		Fiziksel	Evet	87	63,0	24	88,9	5,728	0,017 (Yates)		
			Hayır	51	37,0	3	11,1				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	107	77,5	19	70,4	0,307	0,580 (Yates)		
			Hayır	31	22,5	8	29,6				
		Fiziksel	Evet	45	32,6	13	48,1	1,759	0,185 (Yates)		
			Hayır	93	67,4	14	51,9				

\*Sd=1 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Erkeklerin özel yaşamlarında kadınlara göre daha fazla fiziksel agresif davranışa tanık oldukları belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=5,728$ ,  $p=0,017$ ) (Tablo 4-8).

**Tablo 4-9: Hemşirelerin Medeni Durumu ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165)**

				Medeni Durum		Evli (n=88)		Bekar (n=77)		$\chi^2$	P
				n	%	n	%				
MESLEKTE	TANIK OLMA	Sözel	Evet	87	98,9	76	98,7	Fisher P=1,000			
			Hayır	1	1,1	1	1,3				
		Fiziksel	Evet	81	92,0	58	75,3	<b>7,436</b>	<b>0,006 (Yates)</b>		
			Hayır	7	8,0	19	24,7				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	84	95,5	73	94,8	Fisher P=1,000			
			Hayır	4	4,5	4	5,2				
		Fiziksel	Evet	74	84,1	50	64,9	<b>7,076</b>	<b>0,008 (Yates)</b>		
			Hayır	14	15,9	27	35,1				
PSİKİYATRİDE	TANIK OLMA	Sözel	Evet	84	95,5	75	97,4	Fisher P=0,686			
			Hayır	4	4,5	2	2,6				
		Fiziksel	Evet	80	90,9	60	77,9	<b>4,425</b>	<b>0,035 (Yates)</b>		
			Hayır	8	9,1	17	22,1				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	85	96,6	71	92,2	Fisher P=0,307			
			Hayır	3	3,4	6	7,8				
		Fiziksel	Evet	78	88,6	52	67,5	<b>9,718</b>	<b>0,002 (Yates)</b>		
			Hayır	10	11,4	25	32,5				
ÖZEL YAŞAMDA	TANIK OLMA	Sözel	Evet	73	83,0	64	83,1	0,000	1,000 (Yates)		
			Hayır	15	17,0	13	16,9				
		Fiziksel	Evet	57	64,8	54	70,1	0,535	0,464		
			Hayır	31	35,2	23	29,9				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	66	75,0	60	77,9	0,66	0,659		
			Hayır	22	25,0	17	22,1				
		Fiziksel	Evet	31	35,2	27	35,1	0,000	0,983		
			Hayır	57	64,8	50	64,9				

\*Sd=1 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Hemşirelerin medeni durumunun agresif davranış yaşama durumu (tanık olma/maruz kalma) üzerindeki etkisinin incelendiği Tablo 4-9'da, evli olanların bekarlara göre meslek hayatında ( $\chi^2=7,436$  p=0,006), psikiyatride ( $\chi^2=4,425$  p=0,035) daha fazla fiziksel agresif davranışa tanık oldukları ve maruz kaldıkları (meslekte:  $\chi^2=7,076$  p=0,008 psikiyatride:  $\chi^2=9,718$  p=0,002) belirlenmiş, istatistiksel açıdan

anlamli bir fark bulunmuştur. Özel yaşamda agresif davranışa tanık olma/maruz kalma ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulunmamıştır.

Hemşirelerin agresif davranış yaşama durumları (tanık olma/maruz kalma) ile büyüdüğü yer (köy, kasaba, şehir, büyükşehir ve yurtdışı) arasında istatistiksel olarak anlamli fark bulunmamıştır.

**Tablo 4-10: Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165)**

Agresif Davranış				Eğitim Durumu		S.M.L.- Ön lisans (n=123)		Lisans- Lisansüstü (n=42)		$\chi^2$	P
				n	%	n	%				
MESLEKTE	TANIK OLMA	Sözel	Evet	121	98,4	42	100,0	Fisher P=1,000	0,000	1,000 (Yates)	
			Hayır	2	1,6	0	0				
		Fiziksel	Evet	104	84,6	35	83,3				
			Hayır	19	15,4	7	16,7				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	118	95,9	39	92,9	Fisher P=0,421	1,605	0,205 (Yates)	
			Hayır	5	4,1	3	7,1				
		Fiziksel	Evet	96	78,0	28	66,7				
			Hayır	27	22,0	14	33,3				
PSİKİYATRİDE	TANIK OLMA	Sözel	Evet	119	96,7	40	95,2	Fisher P=0,645	0,321	0,571 (Yates)	
			Hayır	4	3,3	2	4,8				
		Fiziksel	Evet	106	86,2	34	81,0				
			Hayır	17	13,8	8	19,0				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	119	96,7	37	88,1	<b>Fisher P=0,048</b>	0,484	0,487 (Yates)	
			Hayır	4	3,3	5	11,9				
		Fiziksel	Evet	99	80,5	31	73,8				
			Hayır	24	19,5	11	26,2				
ÖZEL YAŞAMDA	TANIK OLMA	Sözel	Evet	99	80,5	38	90,5	1,565	0,225	0,211 (Yates)	
			Hayır	24	19,5	4	9,5				
		Fiziksel	Evet	81	65,9	30	71,4				
			Hayır	42	34,1	12	28,6				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	90	73,2	36	85,7	2,079	2,547	0,149 (Yates)	
			Hayır	33	26,8	6	14,3				
		Fiziksel	Evet	48	39,0	10	23,8				
			Hayır	75	61,0	32	76,2				

\*Sd=1 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Hemşirelerin eğitim durumları ile meslek ve özel hayatta sözel/fiziksel agresif davranışa tanık olma/maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamışken, sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşirelerin lisans/lisansüstü mezunlarına göre psikiyatride sözel agresif davranışa daha fazla maruz kaldıkları belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=p=0,048$ ) (Tablo 4-10).

**Tablo 4-11: Hemşirelerin Çalıştığı Kurum ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165)**

Kurum Şekli				Üni-S.B. Hst. (n=97)		Özel Hastane (n=68)		$\chi^2$	P		
				n	%	n	%				
MESLEKTE	TANIK OLMA	Sözel	Evet	96	99,0	67	98,5	Fisher P=1,000			
			Hayır	1	1,0	1	1,5				
		Fiziksel	Evet	88	90,7	51	75,0		<b>6,306</b>	<b>0,012 (Yates)</b>	
			Hayır	9	9,3	17	25,0				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	93	95,9	64	94,1	Fisher P=0,718			
			Hayır	4	4,1	4	5,9				
		Fiziksel	Evet	76	78,4	48	70,6		0,908	0,341 (Yates)	
			Hayır	21	21,6	20	29,4				
PSİKİYATRİDE	TANIK OLMA	Sözel	Evet	93	95,9	66	97,1	Fisher P=1,000			
			Hayır	4	4,1	2	2,9				
		Fiziksel	Evet	85	87,6	55	80,9		0,939	0,332 (Yates)	
			Hayır	12	12,4	13	19,1				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	94	96,9	62	91,2	Fisher P=0,163			
			Hayır	3	3,1	6	8,8				
		Fiziksel	Evet	82	84,5	48	70,6		<b>3,856</b>	<b>0,050 (Yates)</b>	
			Hayır	15	15,5	20	29,4				
ÖZEL YAŞAMDA	TANIK OLMA	Sözel	Evet	81	83,5	56	82,4	0,000	1,000 (Yates)		
			Hayır	16	16,5	12	17,6				
		Fiziksel	Evet	66	68,0	45	66,2			0,007	0,934 (Yates)
			Hayır	31	32,0	23	33,8				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	77	79,4	49	72,1	0,817	0,366 (Yates)		
			Hayır	20	20,6	19	27,9				
		Fiziksel	Evet	39	40,2	19	27,9			2,127	0,145 (Yates)
			Hayır	58	59,8	49	72,1				

\*Sd=1 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Üniversite ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde çalışan hemşirelerin meslek hayatında fiziksel agresif davranışa tanık olma ( $\chi^2=6,306$ ,  $p=0,012$ ) ve psikiyatride fiziksel agresif davranışa maruz kalma ( $\chi^2=3,856$ ,  $p=0,050$ ) durumlarının, Özel Hastane'lerde çalışan hemşirelere göre daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-11).

Ayrıca, kuruma göre hemşirelerin meslekte sözel agresif davranışa tanık olma, meslekte sözel ve fiziksel agresif davranışa maruz kalma, psikiyatride sözel/fiziksel agresif davranışa tanık olma, psikiyatride sözel agresif davranışa maruz kalma, özel hayatta sözel/fiziksel agresif davranışa tanık olma/maruz kalma durumları arasında, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Tablo 4-12: Hemşirelerin Çalıştığı Bölüm ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165)**

				Çalıştığı Bölüm		Akut (n=125)		Kronik (n=40)		$\chi^2$	P
				n	%	n	%				
<b>MESLEKTE</b>	<b>TANIK OLMA</b>	<b>Sözel</b>	<b>Evet</b>	123	98,4	40	100,0	0,808	0,369 (Yates)		
			<b>Hayır</b>	2	1,6	0	0				
		<b>Fiziksel</b>	<b>Evet</b>	103	82,4	36	90,0				
			<b>Hayır</b>	22	17,6	4	10,0				
	<b>MARUZ KALMA</b>	<b>Sözel</b>	<b>Evet</b>	119	95,2	38	95,0	0,366	0,415(Yates)		
			<b>Hayır</b>	6	4,8	2	5,0				
		<b>Fiziksel</b>	<b>Evet</b>	92	73,6	32	80,0				
			<b>Hayır</b>	33	26,4	8	20,0				
<b>PSIKİYATRİDE</b>	<b>TANIK OLMA</b>	<b>Sözel</b>	<b>Evet</b>	121	96,8	38	95,0	0,000	1,000 (Yates)		
			<b>Hayır</b>	4	3,2	2	5,0				
		<b>Fiziksel</b>	<b>Evet</b>	106	84,8	34	85,0				
			<b>Hayır</b>	19	15,2	6	15,0				
	<b>MARUZ KALMA</b>	<b>Sözel</b>	<b>Evet</b>	118	94,4	38	95,0	0,192	0,662(Yates)		
			<b>Hayır</b>	7	5,6	2	5,0				
		<b>Fiziksel</b>	<b>Evet</b>	97	77,6	33	82,5				
			<b>Hayır</b>	28	22,4	7	17,5				
<b>ÖZEL YAŞAMDA</b>	<b>TANIK OLMA</b>	<b>Sözel</b>	<b>Evet</b>	106	84,8	31	77,5	0,687	0,407 (Yates)		
			<b>Hayır</b>	19	15,2	9	22,5				
		<b>Fiziksel</b>	<b>Evet</b>	91	72,8	20	50,0				
			<b>Hayır</b>	34	27,2	20	50,0				
	<b>MARUZ KALMA</b>	<b>Sözel</b>	<b>Evet</b>	97	77,6	29	72,5	0,200	0,655 (Yates)		
			<b>Hayır</b>	28	22,4	11	27,5				
		<b>Fiziksel</b>	<b>Evet</b>	45	36,0	13	32,5				
			<b>Hayır</b>	80	64,0	27	67,5				

\*Sd=1 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Akut bölümlerde çalışan hemşirelerin kronik bölümlerde çalışanlara göre özel hayatlarında fiziksel agresif davranışa daha fazla tanık oldukları belirlenmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=6,157$  p=0,013). Hemşirelerin çalıştıkları bölüm ile meslekte ve psikiyatride agresif davranış yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4-12).

Hemşirelerin çalıştıkları bölümde sorumluluk düzeyi ile meslekte, psikiyatride ve özel yaşamda agresif davranışa tanık olma/maruz kalma arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Benzer şekilde hemşirelerin çalışma biçimleri ve hemşirelikte deneyim süresi ile meslekte, psikiyatride ve özel yaşamda sözel/fiziksel agresif davranışa tanık olma/maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.

**Tablo 4-13: Hemşirelerin Psikiyatride Çalışma Süresi ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165)**

Deneyim Süresi				5 ve 5 yıldan az (n=100)		5 yıldan fazla (n=65)		$\chi^2$	P		
				N	%	n	%				
<b>MESLEKTE</b>	<b>TANIK OLMA</b>	Sözel	Evet	99	99,0	64	98,5	<b>6,306</b>	<b>0,012 (Yates)</b>		
			Hayır	1	1,0	1	1,5				
		Fiziksel	Evet	78	78,0	61	93,8				
			Hayır	22	22,0	4	6,2				
	<b>MARUZ KALMA</b>	Sözel	Evet	95	95,0	62	95,4			Fisher P=1,000	
			Hayır	5	5,0	3	4,6				
		Fiziksel	Evet	70	70,0	54	83,1				
			Hayır	30	30,0	11	16,9				
<b>PSIKİYATRİDE</b>	<b>TANIK OLMA</b>	Sözel	Evet	96	96,0	63	96,9	Fisher P=1,000			
			Hayır	4	4,0	2	3,1				
		Fiziksel	Evet	82	82,0	58	89,2				
			Hayır	18	18,0	7	10,8				
	<b>MARUZ KALMA</b>	Sözel	Evet	92	92,0	64	98,5		Fisher P=0,090		
			Hayır	8	8,0	1	1,5				
		Fiziksel	Evet	72	72,0	58	89,2				
			Hayır	28	28,0	7	10,8				
<b>ÖZEL YAŞAMDA</b>	<b>TANIK OLMA</b>	Sözel	Evet	82	82,0	55	84,6	0,051	0,822 (Yates)		
			Hayır	18	18,0	10	15,4				
		Fiziksel	Evet	64	64,0	47	72,3				
			Hayır	36	36,0	18	27,7				
	<b>MARUZ KALMA</b>	Sözel	Evet	75	75,0	51	78,5			0,105	0,746 (Yates)
			Hayır	25	25,0	14	21,5				
		Fiziksel	Evet	29	29,0	29	44,6				
			Hayır	71	71,0	36	55,4				

\*Sd=1 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Psikiyatride deneyim süresi 5 yıldan fazla olan hemşirelerin, deneyim süresi 5 yıldan az olanlara göre meslek yaşamlarında daha fazla fiziksel agresif davranışa tanık oldukları ( $\chi^2=6,306$  p=0,012), psikiyatride maruz kaldıkları ( $\chi^2=6,005$  p=0,014) belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-13).

Ayrıca, hemşirelerin psikiyatride deneyim süresi ile meslekte sözel agresif davranışlara tanık olma, meslekte sözel/fiziksel agresif davranışlara maruz kalma, psikiyatride ve özel yaşamda sözel/fiziksel agresif davranışa tanık olma, psikiyatride sözel agresif davranışlara maruz kalma, özel yaşamda sözel/fiziksel agresif davranışa maruz kalma durumları arasında bir fark saptanmamıştır.

**Tablo 4-14: Hemşirelerin Agresyon ve Agresyonla Başetme Eğitimi Alma Durumu ile Agresif Davranış Yaşama Durumlarının Karşılaştırılması (N=165)**

		Eğitim		Evet (n=59)		Hayır (n=106)		$\chi^2$	P		
				n	%	n	%				
MESLEKTE	TANIK OLMA	Sözel	Evet	59	100,0	104	98,1	Fisher P=0,538	2,865	0,091 (Yates)	
			Hayır	0	0	2	1,9				
		Fiziksel	Evet	54	91,5	85	80,2				
			Hayır	5	8,5	21	19,8				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	57	96,6	100	94,3	Fisher P=0,713	9,409	0,002 (Yates)	
			Hayır	2	3,4	6	5,7				
		Fiziksel	Evet	53	89,8	71	67,0				
			Hayır	6	10,2	35	33,0				
PSİKIYATRİDE	TANIK OLMA	Sözel	Evet	57	96,6	102	96,2	Fisher P=1,000	1,221	0,269 (Yates)	
			Hayır	2	3,4	4	3,8				
		Fiziksel	Evet	53	89,8	87	82,1				
			Hayır	6	10,2	19	17,9				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	57	96,6	99	93,4	Fisher P=0,492	7,769	0,005 (Yates)	
			Hayır	2	3,4	7	6,6				
		Fiziksel	Evet	54	91,5	76	71,7				
			Hayır	5	8,5	30	28,3				
ÖZEL YAŞAMDA	TANIK OLMA	Sözel	Evet	43	72,9	94	88,7	5,639	0,018 (Yates)		
			Hayır	16	27,1	12	11,3				
		Fiziksel	Evet	39	66,1	72	67,9			0,004	0,947 (Yates)
			Hayır	20	33,9	34	32,1				
	MARUZ KALMA	Sözel	Evet	38	64,4	88	83,0	6,280	0,012 (Yates)		
			Hayır	21	35,6	18	17,0				
		Fiziksel	Evet	17	28,8	41	38,7			1,215	0,270 (Yates)
			Hayır	42	71,2	65	61,3				

\*Sd=1 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Çalışmamızda, agresyon ve agresyonla başetme konusunda eğitim alan hemşirelerin, eğitim almayanlara göre meslekte ( $\chi^2=9,409$   $p=0,002$ ) ve psikiyatride fiziksel agresif davranışa daha fazla maruz kaldıkları ( $\chi^2=7,769$   $p=0,005$ ) belirlenmiş; farklı olarak agresyon ve agresyonla başetme konusunda eğitim almayanların, özel yaşamlarında sözel agresif davranış yaşama durumlarının tanık olma ( $\chi^2=5,639$   $p=0,018$ ), maruz kalma ( $\chi^2=6,280$   $p=0,012$ ) düzeyinde eğitim alanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-14).

#### **4.3.2. Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Üzerinde Kişisel-Mesleki Özelliklerin Etkisi**

Hemşirelerin yaşı ile agresyon algılamaları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.

**Tablo 4-15: Hemşirelerin Cinsiyeti ile Agresyon Algulamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Agresyon Algılama İfadeleri		Cinsiyet		Kadın (n=138)		Erkek (n=27)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%	n	%		
NORMAL/KABUL EDİLEBİLİR	Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	58	42,0	6	22,2	5,950	0,051	
		Kararsızım	22	15,9	9	33,3			
		Katılıyorum	58	42,0	12	44,4			
	Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	31	22,5	6	22,2	1,745	0,418	
		Kararsızım	36	26,1	4	14,8			
		Katılıyorum	71	51,4	17	63,0			
	Kendini korumaktır	Katılmıyorum	70	50,7	13	48,1	<b>7,043</b>	<b>0,030</b>	
		Kararsızım	30	21,7	1	3,7			
		Katılıyorum	38	27,5	13	48,1			
	Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	73	52,9	18	66,7	1,742	0,419	
		Kararsızım	42	30,4	6	22,2			
		Katılıyorum	23	16,7	3	11,1			
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	83	60,1	9	33,3	<b>8,833</b>	<b>0,012</b>		
	Kararsızım	31	22,5	7	25,9				
	Katılıyorum	24	17,4	11	40,7				
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	77	55,8	14	51,9	0,159	0,924		
	Kararsızım	27	19,6	6	22,2				
	Katılıyorum	34	24,6	7	25,9				
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	44	31,9	15	55,6	<b>6,271</b>	<b>0,043</b>		
	Kararsızım	46	33,3	4	14,8				
	Katılıyorum	48	34,8	8	29,6				
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	102	73,9	14	51,9	5,747	0,057		
	Kararsızım	20	14,5	6	22,2				
	Katılıyorum	16	11,6	7	25,9				
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	14	10,1	8	29,6	<b>7,943</b>	<b>0,019</b>		
	Kararsızım	37	26,8	4	14,8				
	Katılıyorum	87	63,0	15	55,6				
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel/fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	23	16,7	3	11,1	1,348	0,510		
	Kararsızım	24	17,4	7	25,9				
	Katılıyorum	91	65,9	17	63,0				
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	16	11,6	3	11,1	3,265	0,195		
	Kararsızım	25	18,1	9	33,3				
	Katılıyorum	97	70,3	15	55,6				
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	11	8,0	5	18,5	Test yapılamadı*			
	Kararsızım	15	10,9	6	22,2				
	Katılıyorum	112	81,2	16	59,3				
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	28	20,3	5	18,5	0,794	0,672		
	Kararsızım	30	21,7	8	29,6				
	Katılıyorum	80	58,0	14	51,9				
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	7	5,1	4	14,8	Test yapılamadı*			
	Kararsızım	16	11,6	5	18,5				
	Katılıyorum	115	83,3	18	66,7				
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	20	14,5	5	18,5	Test yapılamadı*			
	Kararsızım	22	15,9	4	14,8				
	Katılıyorum	96	69,6	18	66,7				
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	13	9,4	2	7,4	Test yapılamadı*			
	Kararsızım	17	12,3	3	11,1				
	Katılıyorum	108	78,3	22	81,5				

\*Hücrelerin %20'sinden fazlasında beklenen değer 5'den küçüktür.

\*\*Sd=2 \*\*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Tablo 4-15’de algılama biçimi olarak ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ifadelerden ‘Agresyon, kendini korumaktır,’ ( $\chi^2=7,043$   $p=0,030$ ) ve ‘Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ( $\chi^2=8,833$   $p=0,012$ ) ifadelerine kadınların, erkeklere göre katılımlarının daha az olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

‘Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ( $\chi^2=6,271$   $p=0,043$ ) ifadesine erkeklerin, kadınlara göre katılımlarının daha az olduğu bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Algılama biçimi olarak ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ifadelerden ‘Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ ifadesine ise kadınların, erkeklere göre katılımlarının daha fazla olduğu belirtilmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $\chi^2=7,943$   $p=0,019$ ).

**Tablo 4-16: Hemşirelerin Medeni Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Medeni Durum		Evli (n=88)		Bekar (n=77)		$\chi^2$	P	
		N	%	n	%			
NORMAL/KABUL EDİLEBİLİR	Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	33	37,5	31	40,3	0,277	0,871
		Kararsızım	16	18,2	15	19,5		
		Katılıyorum	39	44,3	31	40,3		
	Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	21	23,9	16	20,8	7,512	0,023
		Kararsızım	28	31,8	12	15,6		
		Katılıyorum	39	44,3	49	63,6		
	Kendini korumaktır	Katılmıyorum	41	46,6	42	54,5	2,077	0,354
		Kararsızım	20	22,7	11	14,3		
		Katılıyorum	27	30,7	24	31,2		
	Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	50	56,8	41	53,2	0,241	0,886
		Kararsızım	25	28,4	23	29,9		
		Katılıyorum	13	14,8	13	16,9		
	Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	46	52,3	46	59,7	1,213	0,545
		Kararsızım	23	26,1	15	19,5		
		Katılıyorum	19	21,6	16	20,8		
	Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	45	51,1	46	59,7	1,236	0,539
		Kararsızım	19	21,6	14	18,2		
		Katılıyorum	24	27,3	17	22,1		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	36	40,9	23	29,9	2,508	0,285	
	Kararsızım	26	29,5	24	31,2			
	Katılıyorum	26	29,5	30	39,0			
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	63	71,6	53	68,8	0,173	0,917	
	Kararsızım	13	14,8	13	16,9			
	Katılıyorum	12	13,6	11	14,3			
KABUL EDİLEMEZ	Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	8	9,1	14	18,2	3,058	0,217
		Kararsızım	22	25,0	19	24,3		
		Katılıyorum	58	65,9	44	57,1		
	Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel/fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	13	14,8	13	16,9	1,000	0,607
		Kararsızım	19	21,6	12	15,6		
		Katılıyorum	56	63,6	52	67,5		
	Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	10	11,4	9	11,7	0,523	0,770
		Kararsızım	20	22,7	14	18,2		
		Katılıyorum	58	65,9	54	70,1		
	Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	6	6,8	10	13,0	4,603	0,100
		Kararsızım	8	9,1	13	16,9		
		Katılıyorum	74	84,1	54	70,1		
	Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	18	20,5	15	19,5	0,221	0,895
		Kararsızım	19	21,6	19	24,7		
		Katılıyorum	51	58,0	43	55,8		
	Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	5	5,7	6	7,8	0,397	0,820
		Kararsızım	12	13,6	9	11,7		
		Katılıyorum	71	80,7	62	80,5		
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	12	13,6	13	16,9	2,177	0,337	
	Kararsızım	11	12,5	15	19,5			
	Katılıyorum	65	73,9	49	63,6			
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	7	8,0	8	10,4	2,668	0,263	
	Kararsızım	14	15,9	6	7,8			
	Katılıyorum	67	76,1	63	81,8			

\*Sd=2

\*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Tablo 4-16'da 'Normal/Kabul edilebilir' boyutundaki 'Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır' ifadesine bekarların, evlilere göre katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=7,512$  p=0,023).

**Tablo 4-17: Hemşirelerin Büyüdüğü Yer ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Büyüdüğü Yer		Köy-Kasaba (n=71)		Şehir-B.şehir-Y.dışı (n=94)		$\chi^2$	P	
		n	%	n	%			
NORMAL/KABUL EDİLEBİLİR	Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	26	36,6	38	40,4	0,253	0,881
		Kararsızım	14	19,7	17	18,1		
		Katılıyorum	31	43,7	39	41,5		
	Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	13	18,3	24	25,5	1,215	0,545
		Kararsızım	18	25,4	22	23,4		
		Katılıyorum	40	56,3	48	51,1		
	Kendini korumaktır	Katılmıyorum	30	42,3	53	56,4	<b>7,515</b>	<b>0,023</b>
		Kararsızım	11	15,5	20	21,3		
		Katılıyorum	30	42,3	21	22,3		
	Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	34	47,9	57	60,6	<b>6,529</b>	<b>0,038</b>
		Kararsızım	28	39,4	20	21,3		
		Katılıyorum	9	12,7	17	18,1		
	Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	33	46,5	59	62,8	4,360	0,113
		Kararsızım	20	28,2	18	19,1		
		Katılıyorum	18	25,4	17	18,1		
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	39	54,9	52	55,3	0,019	0,991	
	Kararsızım	14	19,7	19	20,2			
	Katılıyorum	18	25,4	23	24,5			
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	29	40,8	30	31,9	1,911	0,385	
	Kararsızım	18	25,4	32	34,0			
	Katılıyorum	24	33,8	32	34,0			
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	47	66,2	69	73,4	1,187	0,552	
	Kararsızım	12	16,9	14	14,9			
	Katılıyorum	12	16,9	11	11,7			
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	6	8,5	16	17,0	<b>6,584</b>	<b>0,037</b>	
	Kararsızım	24	33,8	17	18,1			
	Katılıyorum	41	57,7	61	64,9			
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel/fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	6	8,5	20	21,3	<b>6,074</b>	<b>0,048</b>	
	Kararsızım	17	23,9	14	14,9			
	Katılıyorum	48	67,6	60	63,8			
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	11	15,5	8	8,5	2,100	0,350	
	Kararsızım	15	21,1	19	20,2			
	Katılıyorum	45	63,4	67	71,3			
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	11	15,5	5	5,3	<b>6,145</b>	<b>0,046</b>	
	Kararsızım	6	8,5	15	16,0			
	Katılıyorum	54	76,1	74	78,7			
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	9	12,7	24	25,5	<b>6,776</b>	<b>0,034</b>	
	Kararsızım	22	31,0	16	17,0			
	Katılıyorum	40	56,3	54	57,4			
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	4	5,6	7	7,4	0,504	0,777	
	Kararsızım	8	11,3	13	13,8			
	Katılıyorum	59	83,1	74	78,7			
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	13	18,3	12	12,8	1,082	0,582	
	Kararsızım	10	14,1	16	17,0			
	Katılıyorum	48	67,6	66	70,2			
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	7	9,9	8	8,5	0,642	0,725	
	Kararsızım	7	9,9	13	13,8			
	Katılıyorum	57	80,3	73	77,7			

\*Sd=2 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Hemşirelerin büyüdüğü yer ile agresyon algılamaları karşılaştırıldığında ‘Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ ( $\chi^2=7,246$   $p=0,027$ ), ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ ( $\chi^2=6,108$   $p=0,047$ ) ve ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ( $\chi^2=7,410$   $p=0,025$ ) ifadelerine şehir-büyükşehir-yurtdışında büyüyenlerin köy-kasabada büyüyenlere göre daha fazla oranda katıldıkları belirlenmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-17).

‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ifadesine köy-kasabada büyüyenlerin katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=6,119$   $p=0,047$ ). Bu ifadelerin hepsi, agresyonun ‘Kabul edilemez’ bir davranış olduğu yönündedir.

Agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutuna ait ifadelerden ‘Agresyon, kendini korumaktır’ ( $\chi^2=7,515$   $p=0,023$ ) ve ‘Agresyon, tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar’ ( $\chi^2=6,529$   $p=0,038$ ) ifadelerine şehir-büyükşehir-yurtdışında büyüyenlerin, köy-kasabada büyüyenlere göre daha fazla oranda katılmadıkları ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4-18: Hemşirelerin Eğitim Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Agresyon Algılama İfadeleri		Eğitim Durumu		S.M.L.-Ön Lisans (n=123)		Lisans Lisansüstü (n=42)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%	n	%		
NORMAL/KABUL EDİLEBİLİR	Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	46	37,4	18	42,9	1,766	0,413	
	Kararsızım	26	21,1	5	11,9				
	Katılıyorum	51	41,5	19	45,2				
	Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	27	22,0	10	23,8	0,062	0,969	
		Kararsızım	30	24,4	10	23,8			
		Katılıyorum	66	53,7	22	52,4			
	Kendini korumaktır	Katılmıyorum	64	52,0	19	45,2	0,710	0,701	
		Kararsızım	23	18,7	8	19,0			
		Katılıyorum	36	29,3	15	35,7			
	Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	65	52,8	26	61,9	1,160	0,560	
Kararsızım		37	30,1	11	26,2				
Katılıyorum		21	17,1	5	11,9				
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	65	52,8	27	64,3	1,672	0,433		
	Kararsızım	30	24,4	8	19,0				
	Katılıyorum	28	22,8	7	16,7				
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	68	55,3	23	54,8	1,844	0,398		
	Kararsızım	22	17,9	11	26,2				
	Katılıyorum	33	80,5	8	19,0				
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	48	39,0	11	26,2	2,273	0,321		
	Kararsızım	35	28,5	15	35,7				
	Katılıyorum	40	32,5	16	38,1				
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	79	64,2	37	88,1	<b>8,595</b>	<b>0,014</b>		
	Kararsızım	23	18,7	3	7,1				
	Katılıyorum	21	17,1	2	4,8				
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	15	12,2	7	16,7	3,476	0,176		
	Kararsızım	35	28,5	6	14,3				
	Katılıyorum	73	59,3	29	69,0				
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel/fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	14	11,4	12	28,6	<b>8,553</b>	<b>0,014</b>		
	Kararsızım	27	22,0	4	9,5				
	Katılıyorum	82	66,7	26	61,9				
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	18	14,6	1	2,4	4,655	0,098		
	Kararsızım	24	19,5	10	23,8				
	Katılıyorum	81	65,9	31	73,8				
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	15	12,2	1	2,4	3,880	0,144		
	Kararsızım	14	11,4	7	16,7				
	Katılıyorum	94	76,4	34	81,0				
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	20	16,3	13	31,0	5,298	0,071		
	Kararsızım	32	26,0	6	14,3				
	Katılıyorum	71	57,7	23	54,8				
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	8	6,5	3	7,1	1,582	0,453		
	Kararsızım	18	14,6	3	7,1				
	Katılıyorum	97	78,9	36	85,7				
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	22	17,9	3	7,1	2,826	0,243		
	Kararsızım	19	15,4	7	16,7				
	Katılıyorum	82	66,7	32	76,2				
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	10	8,1	5	11,9	0,541	0,763		
	Kararsızım	15	12,2	5	11,9				
	Katılıyorum	98	79,7	32	76,2				

\*Sd=2 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Tablo 4-18’de hemşirelerin eğitim durumları ile agresyon algılamalarına ilişkin karşılaştırmalar verilmiş olup, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ davranış boyutunda, ‘Agresyon, olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır’ ifadesine lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin lise/ön lisans mezunu hemşirelere göre daha fazla oranda katılmadıkları belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=8,595$   $p=0,014$ ).

‘Kabul edilemez’ davranış boyutunda ise, ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ifadesine lise/ön lisans mezunu hemşirelerin lisans/lisansüstü mezunu hemşirelere göre katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,553$   $p=0,014$ ).

**Tablo 4-19: Hemşirelerin Çalıştığı Kurum Şekli ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Agresyon Algılama İfadeleri	Kurum Şekli	Üni-S.B. Hst. (n=97)		Özel Hst. (n=68)		$\chi^2$	P	
		n	%	n	%			
NORMAL/KABUL EDİLEBİLİR	Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	37	38,1	27	39,7	1,162	0,559
	Kararsızım	16	16,5	15	22,1			
	Katılıyorum	44	45,4	26	38,2			
	Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	23	23,7	14	20,6	0,752	0,687
		Kararsızım	25	25,8	15	22,1		
		Katılıyorum	49	50,5	39	57,4		
	Kendini korumaktır	Katılmıyorum	46	47,4	37	54,4	1,132	0,568
		Kararsızım	18	18,6	13	19,1		
		Katılıyorum	33	34,0	18	26,5		
	Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	52	53,6	39	57,4	2,160	0,340
Kararsızım		32	33,3	16	23,5			
Katılıyorum		13	13,4	13	50,0			
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	50	51,5	42	61,8	2,225	0,329	
	Kararsızım	26	26,8	12	17,6			
	Katılıyorum	21	21,6	14	20,6			
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	48	49,5	43	63,2	4,098	0,129	
	Kararsızım	24	24,7	9	13,2			
	Katılıyorum	25	25,8	16	23,5			
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	31	32,0	28	41,2	2,024	0,364	
	Kararsızım	33	34,0	17	25,0			
	Katılıyorum	33	34,0	23	33,8			
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	68	70,1	48	70,6	2,312	0,315	
	Kararsızım	18	18,6	8	11,8			
	Katılıyorum	11	11,3	12	17,6			
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	8	8,2	14	20,6	5,594	0,061	
	Kararsızım	24	24,7	17	25,0			
	Katılıyorum	65	67,0	37	54,4			
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel/fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	18	18,6	8	11,8	1,716	0,424	
	Kararsızım	19	19,6	12	38,7			
	Katılıyorum	60	61,9	48	70,6			
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	9	9,3	10	14,7	2,150	0,341	
	Kararsızım	23	23,7	11	16,2			
	Katılıyorum	65	67,0	47	69,1			
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	6	6,2	10	14,7	3,470	0,176	
	Kararsızım	12	12,4	9	13,2			
	Katılıyorum	79	81,4	49	72,1			
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	18	18,6	15	22,1	1,084	0,582	
	Kararsızım	25	25,8	13	19,1			
	Katılıyorum	54	55,7	40	58,8			
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	3	3,1	8	11,8	4,839	0,089	
	Kararsızım	13	13,4	8	11,8			
	Katılıyorum	81	83,5	52	76,5			
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	11	11,3	14	20,6	4,381	0,112	
	Kararsızım	13	13,4	13	19,1			
	Katılıyorum	73	75,3	41	60,3			
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	4	4,1	11	16,2	<b>8,636</b>	<b>0,013</b>	
	Kararsızım	15	15,5	5	7,4			
	Katılıyorum	78	80,4	52	76,5			

\*Sd=2 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

‘Kabul edilemez’ davranış boyutundaki ‘Agresyon, bir fiziksel şiddet eylemidir’ ifadesine Üniversite-Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nde çalışan hemşirelerin Özel Hastaneler’de çalışan hemşirelere göre katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=8,636$   $p=0,013$ ) (Tablo 4-19).

Hemşirelerin çalıştığı bölüm ve çalışma biçimi ile agresyon algılamaları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır.

**Tablo 4-20: Hemşirelerin Sorumluluk Düzeyi ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Sorumluluk Düzeyi		Servis-Poli.Hem (n=128)		Sorumlu Hem. (n=37)		$\chi^2$	P	
		n	%	n	%			
NORMAL/KABUL EDİLEBİLİR	Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	52	40,6	12	32,4	1,561	0,458
		Kararsızım	25	19,5	6	16,2		
		Katılıyorum	51	39,8	19	51,4		
	Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	28	21,9	9	24,3	2,307	0,316
		Kararsızım	28	21,9	12	32,4		
		Katılıyorum	72	56,2	16	43,2		
	Kendini korumaktır	Katılmıyorum	61	47,7	22	59,5	3,217	0,200
		Kararsızım	23	18,0	8	21,6		
		Katılıyorum	44	34,4	7	18,9		
	Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	69	53,9	22	59,5	0,383	0,826
		Kararsızım	38	29,7	10	27,0		
		Katılıyorum	21	16,4	5	13,5		
	Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	70	54,7	22	59,5	1,297	0,523
		Kararsızım	32	25,0	6	16,2		
		Katılıyorum	26	20,3	9	24,3		
	Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	66	51,6	25	67,6	3,105	0,212
		Kararsızım	27	21,1	6	16,2		
		Katılıyorum	35	27,3	6	16,2		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	45	35,2	14	37,8	0,095	0,954	
	Kararsızım	39	30,5	11	29,7			
	Katılıyorum	44	34,4	12	32,4			
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	89	69,5	27	73,0	0,966	0,617	
	Kararsızım	22	17,2	4	10,8			
	Katılıyorum	17	13,3	6	16,2			
KABUL EDİLEMEZ	Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	15	11,7	7	18,9	1,792	0,408
		Kararsızım	34	26,6	7	18,9		
		Katılıyorum	79	61,7	23	62,2		
	Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel/fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	21	16,4	5	13,5	0,489	0,783
		Kararsızım	25	19,5	6	16,2		
		Katılıyorum	82	64,1	26	70,3		
	Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	18	14,1	1	2,7	4,057	0,132
		Kararsızım	27	21,1	7	18,9		
		Katılıyorum	83	64,8	29	78,4		
	Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	15	11,7	1	2,7	Test yapılamadı*	
		Kararsızım	18	14,1	3	8,1		
		Katılıyorum	95	74,2	33	89,2		
	Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	28	21,9	5	13,5	1,264	0,532 Sd=2
		Kararsızım	29	22,7	9	24,3		
		Katılıyorum	71	55,5	23	62,2		
	Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	9	7,0	2	5,4	Test yapılamadı*	
		Kararsızım	18	14,1	3	8,1		
		Katılıyorum	101	78,9	32	86,5		
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	25	19,5	0	0	8,522	0,014	
	Kararsızım	19	14,8	7	18,9			
	Katılıyorum	84	65,6	30	81,1			
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	14	10,9	1	2,7	Test yapılamadı*		
	Kararsızım	16	12,5	4	10,8			
	Katılıyorum	98	76,6	32	86,5			

\* Hücrelerin %20'sinden fazlasında beklenen değer 5'den küçüktür. \*\*Sd=2 \*\*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Hemşirelerin sorumluluk düzeyi ile agresyon algılamalarının karşılaştırılması sonucu; 'Kabul edilemez' davranış boyutuna ait ifadelerden 'Agresyon, diğer insanları tehdit etmektir' ifadesine, sorumlu hemşirelerin servis/poliklinik hemşirelerine göre katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,522$   $p=0,014$ ) (Tablo 4-20).

**Tablo 4-21: Hemşirelerin Mesleki Deneyim Süresi ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Hemşirelikte Deneyim Süresi		5 ve 5 yıldan az (n=55)		5 yıldan fazla (n=110)		$\chi^2$	P	
		n	%	n	%			
NORMAL/KABUL EDİLEBİLİR	Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	26	47,3	38	34,5	2,672	0,263
		Kararsızım	8	14,5	23	20,9		
		Katılıyorum	21	38,2	49	44,5		
	Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	10	18,2	27	24,5	11,491	0,003
		Kararsızım	6	10,9	34	30,9		
		Katılıyorum	39	70,9	49	44,5		
	Kendini korumaktır	Katılmıyorum	22	40,0	61	55,5	4,934	0,085
		Kararsızım	10	18,2	21	19,1		
		Katılıyorum	23	41,8	28	25,5		
	Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	29	52,7	62	56,4	2,386	0,303
		Kararsızım	14	25,5	34	30,9		
		Katılıyorum	12	21,8	14	12,7		
	Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	32	58,2	60	54,5	0,430	0,806
		Kararsızım	11	20,0	27	24,5		
		Katılıyorum	12	21,8	23	20,9		
	Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	29	52,7	62	56,4	0,682	0,711
		Kararsızım	13	23,6	20	18,2		
		Katılıyorum	13	23,6	28	25,5		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	20	36,4	39	35,5	0,054	0,973	
	Kararsızım	17	30,9	33	30,0			
	Katılıyorum	18	32,7	38	34,5			
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	41	74,5	75	68,2	5,046	0,080	
	Kararsızım	4	7,3	22	20,0			
	Katılıyorum	10	18,2	13	11,8			
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	4	7,3	18	16,4	4,378	0,112	
	Kararsızım	18	32,7	23	20,9			
	Katılıyorum	33	60,0	69	62,7			
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel/fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	9	16,4	17	15,5	0,319	0,853	
	Kararsızım	9	16,4	22	20,0			
	Katılıyorum	37	67,3	71	64,5			
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	5	9,1	14	12,7	0,793	0,673	
	Kararsızım	13	23,6	21	19,1			
	Katılıyorum	37	67,3	75	68,2			
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	6	10,9	10	9,1	0,437	0,804	
	Kararsızım	8	14,5	13	11,8			
	Katılıyorum	41	74,5	87	79,1			
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	9	16,4	24	21,8	0,939	0,625	
	Kararsızım	12	21,8	26	23,6			
	Katılıyorum	34	61,8	60	54,5			
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	7	12,7	4	3,6	4,944	0,084	
	Kararsızım	6	10,9	15	13,6			
	Katılıyorum	42	76,4	91	82,7			
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	10	18,2	15	13,6	0,981	0,612	
	Kararsızım	7	12,7	19	17,3			
	Katılıyorum	38	69,1	76	69,1			
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	8	14,5	7	6,4	3,750	0,153	
	Kararsızım	8	14,5	12	10,9			
	Katılıyorum	39	70,9	91	82,7			

\*Sd=2 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

‘Normal/Kabul edilebilir’ davranış boyutuna ait ifadelerden ‘Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ifadesine hemşirelikte deneyim süresi 5 ve 5 yıldan az olan hemşirelerin, deneyim süresi 5 yıldan fazla olan hemşirelere göre daha fazla katılım gösterdikleri belirlenmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=11,491$   $p=0,003$ ) (Tablo 4-21).

**Tablo 4-22: Hemşirelerin Psikiyatride Deneyim Süresi ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Psikiyatride Deneyim Süresi		5 ve 5 yıldan az (n=100)		5 yıldan fazla (n=65)		$\chi^2$	P	
		n	%	n	%			
NORMAL/KABUL EDİLEBİLİR	Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	45	45,0	19	29,2	4,816	0,090
		Kararsızım	15	15,0	16	24,6		
		Katılıyorum	40	40,0	30	46,2		
	Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	24	24,0	13	20,0	3,799	0,150
		Kararsızım	19	19,0	21	32,3		
		Katılıyorum	57	57,0	31	47,7		
	Kendini korumaktır	Katılmıyorum	46	46,0	37	56,9	<b>6,114</b>	<b>0,047</b>
		Kararsızım	16	16,0	15	23,1		
		Katılıyorum	38	38,0	13	20,0		
	Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	57	57,0	34	52,3	1,240	0,538
		Kararsızım	26	26,0	22	33,8		
		Katılıyorum	17	17,0	9	13,8		
	Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	51	51,0	41	63,1	3,774	0,152
		Kararsızım	23	23,0	15	23,1		
		Katılıyorum	26	26,0	9	13,8		
	Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	53	53,0	38	58,5	0,723	0,697
		Kararsızım	22	22,0	11	16,9		
		Katılıyorum	25	25,0	16	24,6		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	35	35,0	24	36,9	0,133	0,936	
	Kararsızım	30	30,0	20	30,8			
	Katılıyorum	35	35,0	21	32,3			
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	65	65,0	51	78,5	5,689	0,058	
	Kararsızım	16	16,0	10	15,4			
	Katılıyorum	19	19,0	4	6,2			
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	16	16,0	6	9,2	2,088	0,352	
	Kararsızım	26	26,0	15	23,1			
	Katılıyorum	58	58,0	44	67,7			
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel/fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	17	17,0	9	13,8	0,337	0,845	
	Kararsızım	19	19,0	12	18,5			
	Katılıyorum	64	64,0	44	67,7			
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	11	11,0	8	12,3	0,327	0,849	
	Kararsızım	22	22,0	12	18,5			
	Katılıyorum	67	67,0	45	69,2			
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	13	13,0	3	4,6	3,864	0,145	
	Kararsızım	14	14,0	7	10,8			
	Katılıyorum	73	73,0	55	84,6			
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	21	21,0	12	18,5	0,629	0,730	
	Kararsızım	21	21,0	17	26,2			
	Katılıyorum	58	58,0	36	55,4			
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	11	11,0	0	0	<b>9,555</b>	<b>0,008</b>	
	Kararsızım	15	15,0	6	9,2			
	Katılıyorum	74	74,0	59	90,8			
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	17	17,0	8	12,3	1,172	0,557	
	Kararsızım	17	17,0	9	13,8			
	Katılıyorum	66	66,0	48	73,8			
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	11	11,0	4	6,2	2,219	0,330	
	Kararsızım	14	14,0	6	9,2			
	Katılıyorum	75	75,0	55	84,6			

\*Sd=2 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

‘Normal/Kabul edilebilir’ davranış boyutundaki ifadelerden ‘Agresyon, kendini korumaktır’ ifadesine psikiyatride deneyim süresi 5 yıldan fazla olan hemşirelerin, deneyim süresi 5 ve 5 yıldan az olanlara göre daha fazla oranda katılmadıkları belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=6,114$   $p=0,047$ ) (Tablo 4-22).

‘Kabul edilemez’ davranış boyutunda yer alan ‘Agresyon, başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir’ ifadesine her iki grupta yüksek oranla katılmakla birlikte, deneyim süresi 5 yıldan fazla olan hemşirelerin, deneyim süresi 5 ve 5 yıldan az olanlara kıyasla katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=9,555$   $p=0,008$ ).

**Tablo 4-23: Agresyon ve Agresyonla Başetme Yöntemleri Eğitimi Alma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

		Agresyon Eğitimi Alma Durumu		Evet (n=59)		Hayır (n=106)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%	n	%		
NORMAL/KABUL EDİLEBİLİR	Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	30	50,8	34	32,1	<b>8,709</b>	<b>0,013</b>	
		Kararsızım	5	8,5	26	24,5			
		Katılıyorum	24	40,7	46	43,4			
	Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	17	28,8	20	18,9	4,532	0,104	
		Kararsızım	17	28,8	23	21,7			
		Katılıyorum	25	42,4	63	59,4			
	Kendini korumaktır	Katılmıyorum	30	50,8	53	50,0	0,011	0,994	
		Kararsızım	11	18,6	20	18,9			
		Katılıyorum	18	30,5	33	31,1			
	Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	39	66,1	52	49,1	4,696	0,096	
		Kararsızım	12	20,3	36	34,0			
		Katılıyorum	8	13,6	18	17,0			
	Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	33	55,9	59	55,7	<b>10,203</b>	<b>0,006</b>	
		Kararsızım	7	11,9	31	29,2			
		Katılıyorum	19	32,2	16	15,1			
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	40	67,8	51	48,1	<b>5,990</b>	<b>0,050</b>		
	Kararsızım	8	13,6	25	23,6				
	Katılıyorum	11	18,6	30	28,3				
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	27	45,8	32	30,2	<b>6,765</b>	<b>0,034</b>		
	Kararsızım	11	18,6	39	36,8				
	Katılıyorum	21	35,6	35	33,0				
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	40	67,8	76	71,7	1,822	0,402		
	Kararsızım	8	13,6	18	17,0				
	Katılıyorum	11	18,6	12	11,3				
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	12	20,3	10	9,4	5,750	0,056		
	Kararsızım	17	28,8	24	22,6				
	Katılıyorum	30	50,8	72	67,9				
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel/fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	9	15,3	17	16,0	<b>6,200</b>	<b>0,045</b>		
	Kararsızım	17	28,8	14	13,2				
	Katılıyorum	33	55,9	75	70,8				
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	8	13,6	11	10,4	2,885	0,236		
	Kararsızım	8	13,6	26	24,5				
	Katılıyorum	43	38,4	69	64,2				
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	8	13,6	8	7,5	1,905	0,386		
	Kararsızım	6	10,2	15	14,2				
	Katılıyorum	45	76,3	83	78,3				
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	18	30,5	15	14,2	<b>7,115</b>	<b>0,029</b>		
	Kararsızım	14	23,7	24	22,6				
	Katılıyorum	27	45,8	67	63,2				
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	8	13,6	3	2,8	<b>9,108</b>	<b>0,011</b>		
	Kararsızım	4	6,8	17	16,0				
	Katılıyorum	47	79,7	86	81,1				
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	9	15,3	16	15,1	0,018	0,991		
	Kararsızım	9	15,3	17	16,0				
	Katılıyorum	41	69,5	73	68,9				
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	5	8,5	10	9,4	2,614	0,271		
	Kararsızım	4	6,8	16	15,1				
	Katılıyorum	50	84,7	80	75,5				

\*Sd=2 \*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Hemşirelerin, agresyon ve agresyonla başetme yöntemleri konusunda eğitim alma durumu ile agresyon algılamalarının karşılaştırılmasında, birçok ifade anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 4-23).

‘Normal/Kabul edilebilir’ davranış yönündeki ifadelerden ‘Agresyon gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir’ ( $\chi^2=8,709$   $p=0,013$ ), ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen sağlıklı, normal bir reaksiyondur’ ( $\chi^2=5,990$   $p=0,050$ ) ve ‘Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ( $\chi^2=6,765$   $p=0,034$ ) ifadelerine, agresyon ve agresyonla başetme konusunda eğitim alanların eğitim almayanlara göre katılmama oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

‘Normal/Kabul edilebilir’ davranış yönündeki ifadelerden ‘Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ( $\chi^2=10,203$   $p=0,006$ ) ifadesine eğitim alanlar yüksek oranla katılmamakla beraber, katılım oranının, eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Agresyonun ‘Kabul edilemez’ davranış yönündeki ‘Agresyon, başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir’ ( $\chi^2=9,108$   $p=0,011$ ), ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ( $\chi^2=6,200$   $p=0,045$ ) ve ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ( $\chi^2=7,115$   $p=0,029$ ) ifadelerine agresyon konusunda eğitim almayan hemşirelerin, eğitim alanlara göre katılım oranlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

#### **4.4. HEMŞİRELERİN AGRESYON ALGILAMALARI ÜZERİNDE AGRESYON DENEYİMLERİNİN ETKİSİ**

Bu bölümde, hemşirelerin agresyon algılamaları üzerinde agresyon deneyimlerinin etkisi ile ilgili bulgular sunulacaktır.

##### **4.4.1. Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumlarının (Tanık Olma/Maruz Kalma) Agresyon Algılamalarına Etkisi**

Hemşirelerin meslek hayatları boyunca sözel agresif davranışa tanık olma ve maruz kalma durumlarının agresyon algılamaları üzerinde bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4-24: Hemşirelerin Meslek Hayatında Fiziksel Agresif Davranışa Tanık Olma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Meslekte Fiziksel Agresif Davranışa Tanık Olma		Evet (n=139)		Hayır (n=26)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Agresyon Algılama İfadeleri	Katılmıyorum	53	38,1	11	42,3	0,216	0,898
	Kararsızım	26	18,7	5	19,2		
	Katılıyorum	60	43,2	10	38,5		
Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	34	24,5	3	11,5	4,886	0,087
	Kararsızım	36	25,9	4	15,4		
	Katılıyorum	69	49,6	19	73,1		
Kendini korumaktır	Katılmıyorum	74	53,2	9	34,6	3,110	0,211
	Kararsızım	25	18,0	6	23,1		
	Katılıyorum	40	28,8	11	42,3		
Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	77	55,4	14	53,8	0,042	0,979
	Kararsızım	40	28,8	8	30,8		
	Katılıyorum	22	15,8	4	15,4		
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	74	53,2	18	69,2	2,832	0,243
	Kararsızım	35	25,2	3	11,5		
	Katılıyorum	30	21,6	5	19,2		
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	75	54,0	16	61,5	0,629	0,730
	Kararsızım	28	20,1	5	19,2		
	Katılıyorum	36	25,9	5	19,2		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	55	39,6	4	15,4	<b>8,829</b>	<b>0,012</b>
	Kararsızım	43	30,9	7	26,9		
	Katılıyorum	41	29,5	15	57,7		
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	97	69,8	19	73,1	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	23	16,5	3	11,5		
	Katılıyorum	19	13,7	4	15,4		
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	18	12,9	4	15,4	5,784	0,055
	Kararsızım	30	21,6	11	42,3		
	Katılıyorum	91	65,5	11	42,3		
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözler ve fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	23	16,5	3	11,5	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	25	18,0	6	23,1		
	Katılıyorum	91	65,5	17	65,4		
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	19	13,7	0	0	4,274	0,118
	Kararsızım	27	19,4	7	26,9		
	Katılıyorum	93	66,9	19	73,1		
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	13	9,4	3	11,5	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	13	9,4	8	30,8		
	Katılıyorum	113	81,3	15	57,7		
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	29	20,9	4	15,4	2,391	0,303
	Kararsızım	29	20,9	9	34,6		
	Katılıyorum	81	58,3	13	50,0		
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	9	6,5	2	7,7	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	18	12,9	3	11,5		
	Katılıyorum	112	80,6	21	80,8		
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	21	15,1	4	15,4	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	23	16,5	3	11,5		
	Katılıyorum	95	68,3	19	73,1		
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	13	9,4	2	7,7	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	17	12,2	3	11,5		
	Katılıyorum	109	78,4	21	80,8		

\*Hücrelerin %20'sinden fazlasında beklenen değer 5'den küçüktür. \*\*Sd=2 \*\*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Meslek hayatları boyunca, fiziksel agresif davranışa tanık olmayanların tanık olanlara göre, 'Normal/Kabul edilebilir' yönündeki 'Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur' ifadesine daha fazla katılım gösterdikleri bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,829$   $p=0,012$ ) (Tablo 4-24).

**Tablo 4-25: Hemşirelerin Meslekte Fiziksel Agresif Davranışa Maruz Kalma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Meslekte Fiziksel Agresif Davranışa Maruz Kalma		Evet (n=124)		Hayır (n=41)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	47	37,9	17	41,5	0,198	0,906
	Kararsızım	24	19,4	7	17,1		
	Katılıyorum	53	42,7	17	41,5		
Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	30	24,2	7	17,1	3,457	0,178
	Kararsızım	33	26,6	7	17,1		
	Katılıyorum	61	49,2	27	65,9		
Kendini korumaktır	Katılmıyorum	68	54,8	15	36,6	5,415	0,067
	Kararsızım	19	15,3	12	29,3		
	Katılıyorum	37	29,8	14	34,1		
Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	68	54,8	23	56,1	2,293	0,318
	Kararsızım	39	31,5	9	22,0		
	Katılıyorum	17	13,7	9	22,0		
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	69	55,6	23	56,1	0,119	0,942
	Kararsızım	28	22,6	10	24,4		
	Katılıyorum	27	21,8	8	19,5		
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	70	56,5	21	51,2	0,588	0,745
	Kararsızım	25	20,2	8	19,5		
	Katılıyorum	29	23,4	12	29,3		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	50	40,3	9	22,0	4,770	0,092
	Kararsızım	36	29,0	14	34,1		
	Katılıyorum	38	30,6	18	43,9		
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	88	71,0	28	68,3	0,459	0,795
	Kararsızım	20	16,1	6	14,6		
	Katılıyorum	16	12,9	7	17,1		
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	14	11,3	8	19,5	1,856	0,395
	Kararsızım	31	25,0	10	24,4		
	Katılıyorum	79	63,7	23	56,1		
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	17	13,7	9	22,0	4,895	0,087
	Kararsızım	20	16,1	11	26,8		
	Katılıyorum	87	70,2	21	51,2		
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	18	14,5	1	2,4	<b>8,917</b>	<b>0,012</b>
	Kararsızım	20	16,1	14	34,1		
	Katılıyorum	86	69,4	26	63,4		
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	13	10,5	3	7,3	4,295	0,117
	Kararsızım	12	9,7	9	22,0		
	Katılıyorum	99	79,8	29	70,7		
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	27	21,8	6	14,6	2,674	0,263
	Kararsızım	25	20,2	13	31,7		
	Katılıyorum	72	58,1	22	53,7		
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	8	6,5	3	7,3	1,013	0,603
	Kararsızım	14	11,3	7	17,1		
	Katılıyorum	102	82,3	31	75,6		
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	19	15,3	6	14,6	1,592	0,451
	Kararsızım	17	13,7	9	22,0		
	Katılıyorum	88	71,0	26	63,4		
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	12	9,7	3	7,3	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	13	10,5	7	17,1		
	Katılıyorum	99	79,8	31	75,6		

\*Hücrelerin %20'sinden fazlasında beklenen değer 5'den küçüktür. \*\*Sd=2 \*\*\*Sütun toplamı alınmıştır.

‘Kabul edilemez’ davranış yönündeki ‘Agresyon, eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir’ ifadesine meslek yaşamlarında fiziksel agresif davranışa maruz kalan hemşirelerin maruz kalmayanlara göre katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,917$  p=0,012) (Tablo 4-25).

Hemşirelerin, psikiyatride çalışırken sözel agresif davranışa tanık olma ve maruz kalma durumlarının agresyon algılamaları üzerinde bir etkisi olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4-26: Hemşirelerin Psikiyatride Fiziksel Agresif Davranışa Tanık Olma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Psikiyatride Fiziksel Agresif Davranışa Tanık Olma		Evet (n=140)		Hayır (n=25)		$\chi^2$	P	
		n	%	n	%			
Agresyon Algılama İfadeleri	Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	54	38,6	10	40,0	0,724	0,696
	Kararsızım	25	17,9	6	24,0			
	Katılıyorum	61	43,6	9	36,0			
Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	35	25,0	2	8,0	<b>8,484</b>	<b>0,014</b>	
	Kararsızım	37	26,4	3	12,0			
	Katılıyorum	68	48,6	20	80,0			
Kendini korumaktır	Katılmıyorum	73	52,1	10	40,0	1,964	0,375	
	Kararsızım	24	17,1	7	28,0			
	Katılıyorum	43	30,7	8	32,0			
Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	77	55,0	14	56,0	0,354	0,838	
	Kararsızım	40	28,6	8	32,0			
	Katılıyorum	23	16,4	3	12,0			
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	74	52,9	18	72,0	3,205	0,201	
	Kararsızım	34	24,3	4	16,0			
	Katılıyorum	32	22,9	3	12,0			
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	78	55,7	13	52,0	0,297	0,862	
	Kararsızım	27	19,3	6	24,0			
	Katılıyorum	35	25,0	6	24,0			
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	52	37,1	7	28,0	2,598	0,273	
	Kararsızım	44	31,4	6	24,0			
	Katılıyorum	44	31,4	12	48,0			
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	98	70,0	18	72,0	Test Yapılamadı*		
	Kararsızım	22	15,7	4	16,0			
	Katılıyorum	20	14,3	3	12,0			
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	17	12,1	5	20,0	3,970	0,137	
	Kararsızım	32	22,9	9	36,0			
	Katılıyorum	91	65,0	11	44,0			
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözler ve fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	24	17,1	2	8,0	Test Yapılamadı*		
	Kararsızım	26	18,6	5	20,0			
	Katılıyorum	90	64,3	18	72,0			
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	19	13,6	0	0	4,036	0,133	
	Kararsızım	29	20,7	5	20,0			
	Katılıyorum	92	65,7	20	80,0			
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	15	10,7	1	4,0	Test Yapılamadı*		
	Kararsızım	14	10,0	7	28,0			
	Katılıyorum	111	79,3	17	68,0			
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	30	21,4	3	12,0	1,977	0,372	
	Kararsızım	30	21,4	8	32,0			
	Katılıyorum	80	57,1	14	56,0			
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	9	6,4	2	8,0	Test Yapılamadı*		
	Kararsızım	20	14,3	1	4,0			
	Katılıyorum	111	79,3	22	88,0			
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	22	15,7	3	12,0	Test Yapılamadı*		
	Kararsızım	23	16,4	3	12,0			
	Katılıyorum	95	67,9	19	76,0			
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	13	9,3	2	8,0	Test Yapılamadı*		
	Kararsızım	16	11,4	4	16,0			
	Katılıyorum	111	79,3	19	76,0			

\*Hücrelerin %20'sinden fazlasında beklenen değer 5'den küçüktür. \*\*Sd=2 \*\*\* Sütun toplamı alınmıştır.

‘Normal/Kabul edilebilir’ yönündeki ‘Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ifadesine psikiyatride fiziksel agresif davranışa tanık olmayan hemşirelerin, tanık olan hemşirelere göre katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=8,484$   $p=0,014$ ) (Tablo 4-26).

Çalışmamızda, hemşirelerin psikiyatride çalışırken, fiziksel agresif davranışa maruz kalma durumu ile agresyon algılamaları arasında bir fark bulunmamıştır.

**Tablo 4-27: Hemşirelerin Özel Yaşamlarında Sözel Agresif Davranışa Tanık Olma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Özel Yaşamda Sözel Agresif Davranışa Tanık Olma		Evet (n=137)		Hayır (n=28)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Agresyon Algılama İfadeleri	Katılmıyorum	49	35,8	15	53,6	3,428	0,180
	Kararsızım	28	20,4	3	10,7		
	Katılıyorum	60	43,8	10	35,7		
Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	28	20,4	9	32,1	2,122	0,346
	Kararsızım	33	24,1	7	25,0		
	Katılıyorum	76	55,5	12	42,9		
Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	66	48,2	17	60,7	1,723	0,423
	Kararsızım	26	19,0	5	17,9		
	Katılıyorum	45	32,8	6	21,4		
Kendini korumaktır	Katılmıyorum	76	55,5	15	53,6	0,113	0,945
	Kararsızım	40	29,2	8	28,6		
	Katılıyorum	21	15,3	5	17,9		
Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	77	56,2	15	53,6	2,008	0,366
	Kararsızım	29	21,2	9	32,1		
	Katılıyorum	31	22,6	4	14,3		
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	76	55,5	15	53,6	1,917	0,383
	Kararsızım	25	18,2	8	28,6		
	Katılıyorum	36	26,3	5	17,9		
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	45	32,8	14	50,0	<b>8,672</b>	<b>0,013</b>
	Kararsızım	48	35,0	2	7,1		
	Katılıyorum	44	32,1	12	42,9		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	94	68,6	22	78,6	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	22	16,1	4	14,3		
	Katılıyorum	21	15,3	2	7,1		
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	19	13,9	3	10,7	0,368	0,832
	Kararsızım	33	24,1	8	28,6		
	Katılıyorum	85	62,0	17	60,7		
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	22	16,1	4	14,3	0,855	0,652
	Kararsızım	24	17,5	7	25,0		
	Katılıyorum	91	66,4	17	60,7		
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	13	9,5	6	21,4	3,596	0,166
	Kararsızım	30	21,9	4	14,3		
	Katılıyorum	94	68,6	18	64,3		
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	14	10,2	2	7,1	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	15	10,9	6	21,4		
	Katılıyorum	108	78,8	20	71,4		
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	23	16,8	10	35,7	5,380	0,068
	Kararsızım	32	23,4	6	21,4		
	Katılıyorum	82	59,9	12	42,9		
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	7	5,1	4	14,3	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	17	12,4	4	14,3		
	Katılıyorum	113	82,5	20	71,4		
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	19	13,9	6	21,4	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	20	14,6	6	21,4		
	Katılıyorum	98	71,5	16	57,1		
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	13	9,5	2	7,1	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	15	10,9	5	17,9		
	Katılıyorum	109	79,6	21	75,0		
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	13	9,5	2	7,1	Test Yapılamadı*	
	Kararsızım	15	10,9	5	17,9		
	Katılıyorum	109	79,6	21	75,0		

\*Hücrelerin %20'sinden fazlasında beklenen değer 5'den küçüktür. \*\*Sd=2 \*\*\*Sütun toplamı alınmıştır.

Hemşirelerin özel yaşamlarında sözel ve fiziksel davranışa tanık olmaları ile ‘Normal/Kabul edilebilir’ yönündeki 2 ifadede anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 4-27/Tablo 4-28).

Özel yaşamlarında sözel agresif davranışa tanık olmayan hemşirelerin ‘Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ( $\chi^2=8,672$   $p=0,013$ ) ifadesine katılmama oranlarının, tanık olanlara göre, daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 4-27).

Özel yaşamlarında fiziksel agresif davranışa tanık olmayan hemşirelerin ‘Agresyon, gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir’ ifadesine, katılmama oranlarının, tanık olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=7,618$   $p=0,022$ ) (Tablo 4-28).

**Tablo 4-28: Hemşirelerin Özel Yaşamlarında Fiziksel Agresif Davranışa Tanık Olma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Özel Yaşamda Fiziksel Agresif Davranışa Tanık Olma		Evet (n=111)		Hayır (n=54)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Agresyon Algılama İfadeleri	Katılmıyorum	35	31,5	29	53,7	7,618	0,022
	Kararsızım	24	21,6	7	13,0		
	Katılıyorum	52	46,8	18	33,3		
Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	22	19,8	15	27,8	5,148	0,076
	Kararsızım	23	20,7	17	31,5		
	Katılıyorum	66	59,5	22	40,7		
Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	52	46,8	31	57,4	1,734	0,420
	Kararsızım	23	20,7	8	14,8		
	Katılıyorum	36	32,4	15	27,8		
Kendini korumaktır	Katılmıyorum	61	55,0	30	55,6	0,056	0,973
	Kararsızım	32	28,8	16	29,6		
	Katılıyorum	18	16,2	8	14,8		
Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	65	58,6	27	50,0	2,022	0,364
	Kararsızım	22	19,8	16	29,6		
	Katılıyorum	24	21,6	11	20,4		
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	61	55,0	30	55,6	0,423	0,809
	Kararsızım	21	18,9	12	22,2		
	Katılıyorum	29	26,1	12	22,2		
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	36	32,4	23	42,6	1,657	0,437
	Kararsızım	35	31,5	15	27,8		
	Katılıyorum	40	36,0	16	29,6		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	74	66,7	42	77,8	2,297	0,317
	Kararsızım	19	17,1	7	13,0		
	Katılıyorum	18	16,2	5	9,3		
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	17	15,3	5	9,3	1,324	0,516
	Kararsızım	28	25,2	13	24,1		
	Katılıyorum	66	59,5	36	66,7		
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	19	17,1	7	13,0	1,668	0,434
	Kararsızım	18	16,2	13	24,1		
	Katılıyorum	74	66,7	34	63,0		
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözler ve fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	11	9,9	8	14,8	1,146	0,564
	Kararsızım	22	19,8	12	22,2		
	Katılıyorum	78	70,3	34	63,0		
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	11	9,9	5	9,3	1,122	0,571
	Kararsızım	12	10,8	9	16,7		
	Katılıyorum	88	79,3	40	74,1		
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	19	17,1	14	25,9	2,132	0,344
	Kararsızım	25	22,5	13	24,1		
	Katılıyorum	67	60,4	27	50,0		
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	6	5,4	5	9,3	2,213	0,331
	Kararsızım	12	10,8	9	16,7		
	Katılıyorum	93	83,8	40	74,1		
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	14	12,6	11	20,4	3,650	0,161
	Kararsızım	15	13,5	11	20,4		
	Katılıyorum	82	73,9	32	59,3		
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	13	11,7	2	3,7	5,283	0,071
	Kararsızım	10	9,0	10	18,5		
	Katılıyorum	88	79,3	42	77,8		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Çalışmamızda, hemşirelerin özel yaşamlarında sözel agresif davranışa maruz kalma durumu ile agresyon algılamaları arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir.

**Tablo 4-29: Hemşirelerin Özel Yaşamlarında Fiziksel Agresif Davranışa Maruz Kalma Durumu ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Özel Yaşamda Fiziksel Agresif Davranışa Maruz Kalma		Evet (n=58)		Hayır (n=107)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Agresyon Algılama İfadeleri	Katılmıyorum	19	32,8	45	42,1	1,370	0,504
	Kararsızım	12	20,7	19	17,8		
	Katılıyorum	27	46,6	43	40,2		
Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	11	19,0	26	24,3	0,890	0,641
	Kararsızım	16	27,6	24	22,4		
	Katılıyorum	31	53,4	57	53,3		
Kendini korumaktır	Katılmıyorum	23	39,7	60	56,1	5,800	0,055
	Kararsızım	16	27,6	15	14,0		
	Katılıyorum	19	32,8	32	29,9		
Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	25	43,1	66	61,7	5,292	0,071
	Kararsızım	21	36,2	27	25,2		
	Katılıyorum	12	20,7	14	13,1		
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	27	46,6	65	60,7	5,442	0,066
	Kararsızım	13	22,4	25	23,4		
	Katılıyorum	18	31,0	17	15,9		
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	26	44,8	65	60,7	6,420	0,040
	Kararsızım	11	19,0	22	20,6		
	Katılıyorum	21	36,2	20	18,7		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	17	29,3	42	39,3	4,746	0,093
	Kararsızım	15	25,9	35	32,7		
	Katılıyorum	26	44,8	30	28,0		
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	30	51,7	86	80,4	15,051	0,001
	Kararsızım	14	24,1	12	11,2		
	Katılıyorum	14	24,1	9	8,4		
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	11	19,0	11	10,3	2,496	0,287
	Kararsızım	14	24,1	27	25,2		
	Katılıyorum	33	56,9	69	64,5		
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	7	12,1	19	17,8	0,942	0,624
	Kararsızım	11	19,0	20	18,7		
	Katılıyorum	40	69,0	68	63,6		
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	8	13,8	11	10,3	0,525	0,769
	Kararsızım	11	19,0	23	21,5		
	Katılıyorum	39	67,2	73	68,2		
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	10	17,2	6	5,6	7,673	0,022
	Kararsızım	4	6,9	17	15,9		
	Katılıyorum	44	75,9	84	78,5		
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	10	17,2	23	21,5	0,431	0,806
	Kararsızım	14	24,1	24	22,4		
	Katılıyorum	34	58,6	60	56,1		
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	5	8,6	6	5,6	2,408	0,300
	Kararsızım	10	17,2	11	10,3		
	Katılıyorum	43	74,1	90	84,1		
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	9	15,5	16	15,0	0,177	0,915
	Kararsızım	10	17,2	16	15,0		
	Katılıyorum	39	67,2	75	70,1		
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	7	12,1	8	7,5	1,780	0,411
	Kararsızım	5	8,6	15	14,0		
	Katılıyorum	46	79,3	84	78,5		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Hemşirelerin, özel yaşamlarında fiziksel agresif davranışa maruz kalma durumu ile agresyon algılamaları ifadelerinin bazıları arasında anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 4-29). Buna göre ‘Normal/Kabul edilebilir’ yöndeki ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur’ ( $\chi^2=6,420$   $p=0,040$ ) ve ‘Agresyon, olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır’ ( $\chi^2=15,051$   $p=0,001$ ) ifadelerine özel yaşamda fiziksel agresif davranışa maruz kalmayan hemşirelerin, katılmama oranlarının daha yüksek olduğu; ‘Kabul edilemez’ yöndeki ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ ifadesine ise bu hemşirelerin, katılım oranının daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=7,673$   $p=0,022$ ).

#### 4.4.2. Hemşirelerin Agresyonla İlgili Diğer Deneyimlerinin Agresyon Algılamalarına Etkisi

Bu bölümde, agresyonla ilgili diğer deneyimlerin (hemşirelere göre hastalıklarda agresif davranış görülme riski, agresif davranış nedenleri ve sonuçları, bölümde güvende hissetme düzeyi ve zorunlu yatış sıklığı) agresyon algılamaları üzerindeki etkisi ile ilgili bulgular sunulacaktır.

**Tablo 4-30: Hemşirelere Göre Şizofreni Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Agresyon Algılama İfadeleri	Şizofrenide Risk	Evet (n=131)		Hayır (n=34)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Kendini korumaktır	Katılmıyorum	59	45,0	24	70,6	<b>8,054</b>	<b>0,018</b>
	Kararsızım	29	22,1	2	5,9		
	Katılıyorum	43	32,8	8	23,5		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Şizofreni tanılı hastalarda agresif davranma riski olduğunu düşünmeyen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ yönündeki ‘Agresyon, kendini korumaktır’ ifadesine, risk olduğunu düşünenlere göre katılmama oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=8,054$  p=0,018) (Tablo 4-30).

**Tablo 4-31: Hemşirelere Göre Sanrısızlık Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Sanrısızlıkta Risk		Evet (n=124)		Hayır (n=41)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	73	58,9	18	43,9	<b>7,668</b>	<b>0,022</b>
	Kararsızım	37	29,8	11	26,8		
	Katılıyorum	14	11,3	12	29,3		
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	74	59,7	17	41,5	<b>7,317</b>	<b>0,026</b>
	Kararsızım	19	15,3	14	34,1		
	Katılıyorum	31	25,0	10	24,4		
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	20	16,1	13	31,7	<b>11,654</b>	<b>0,003</b>
	Kararsızım	24	19,4	14	34,1		
	Katılıyorum	80	64,5	14	34,1		
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	14	11,3	11	26,8	<b>7,279</b>	<b>0,026</b>
	Kararsızım	18	14,5	8	19,5		
	Katılıyorum	92	74,2	22	53,7		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Sanrısızlık tanılı hastalarda agresif davranma riski olduğunu düşünen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar’ ( $\chi^2=7,668$  p=0,022) ve ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur’ ( $\chi^2=7,317$  p=0,026) ifadelerine daha fazla oranda katılmadıkları tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-31).

Ayrıca, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ( $\chi^2=11,654$  p=0,003) ve ‘Agresyon, diğer insanları tehdit etmektir’ ( $\chi^2=7,279$  p=0,026) ifadelerine, risk olduğunu düşünmeyenlere göre katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

**Tablo 4-32: Hemşirelere Göre Bipolar Bozukluk Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Bipolar Bozukluklarda Risk		Evet (n=112)		Hayır (n=53)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Agresyon Algılama İfadeleri	Katılmıyorum	32	28,6	5	9,4	<b>8,241</b>	<b>0,016</b>
	Kararsızım	27	24,1	13	24,5		
	Katılıyorum	53	47,3	35	66,0		
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	53	47,3	39	73,6	<b>10,080</b>	<b>0,006</b>
	Kararsızım	31	27,7	7	13,2		
	Katılıyorum	28	25,0	7	13,2		
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	72	64,3	44	83,0	<b>6,611</b>	<b>0,037</b>
	Kararsızım	20	17,9	6	11,3		
	Katılıyorum	20	17,9	3	5,7		
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	22	19,6	4	7,5	<b>6,903</b>	<b>0,032</b>
	Kararsızım	24	21,4	7	13,2		
	Katılıyorum	66	58,9	42	79,2		
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	10	8,9	1	1,9	<b>9,421</b>	<b>0,009</b>
	Kararsızım	19	17,0	2	3,8		
	Katılıyorum	83	74,1	50	94,3		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda agresif davranma riski olduğunu düşünmeyen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ifadesine risk olduğunu düşünen hemşirelere göre katılımlarının daha fazla ( $\chi^2=8,241$  p=0,016); ‘Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ( $\chi^2=10,080$  p=0,006), ‘Agresyon, olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır’ ( $\chi^2=6,611$  p=0,037) ifadelerine ise katılmama oranlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-32).

Ayrıca, ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ( $\chi^2=6,903$  p=0,032) ve ‘Agresyon, başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir’ ( $\chi^2=9,421$  p=0,009) ifadelerine, bipolar bozuklukta agresif davranış riski olduğunu düşünmeyen hemşirelerin, düşünenlere göre katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

**Tablo 4-33: Hemşirelere Göre Anksiyete Bozukluğu Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Anksiyete Bozukluklarında Risk		Evet (n=81)		Hayır (n=84)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
<b>Agresyon Algılama İfadeleri</b>							
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	19	23,5	7	8,3	<b>8,777</b>	<b>0,012</b>
	Kararsızım	17	21,0	14	16,7		
	Katılıyorum	45	55,6	63	75,0		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Anksiyete bozukluğu tanımlı hastalarda agresif davranma riski olduğunu düşünmeyen hemşirelerin, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,777$  p=0,012) (Tablo 4-33).

**Tablo 4-34: Hemşirelere Göre Dissosiyatif Bozukluk Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Dissosiyatif Bozukluklarda Risk		Evet (n=62)		Hayır (n=103)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
<b>Agresyon Algılama İfadeleri</b>							
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	42	67,7	49	47,6	<b>8,352</b>	<b>0,015</b>
	Kararsızım	6	9,7	27	26,2		
	Katılıyorum	14	22,6	27	26,2		
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	8	12,9	25	24,3	<b>6,381</b>	<b>0,041</b>
	Kararsızım	11	17,7	27	26,2		
	Katılıyorum	43	69,4	51	49,5		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Dissosiyatif bozukluk tanımlı hastalarda agresif davranma riski olduğunu düşünen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur’ ifadesine, risk olduğunu düşünmeyenlere göre daha fazla oranda katılmadıkları tespit edilmiş, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=8,352$  p=0,015) (Tablo 4-34).

Ayrıca, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=6,381$  p=0,041) (Tablo 4-34).

**Tablo 4-35: Hemşirelere Göre Mental Retardasyon Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Mental Retardasyonda Risk Agresyon Algılama İfadeleri		Evet (n=99)		Hayır (n=66)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	25	25,3	12	18,2	<b>6,368</b>	<b>0,041</b>
	Kararsızım	29	29,3	11	16,7		
	Katılıyorum	45	45,5	43	65,2		
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	59	59,6	33	50,0	<b>7,610</b>	<b>0,022</b>
	Kararsızım	26	26,3	12	18,2		
	Katılıyorum	14	14,1	21	31,8		
Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır	Katılmıyorum	23	23,2	3	4,5	<b>10,573</b>	<b>0,005</b>
	Kararsızım	16	16,2	15	22,7		
	Katılıyorum	60	60,6	48	72,7		
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	18	18,2	4	6,1	<b>6,516</b>	<b>0,038</b>
	Kararsızım	20	20,2	21	31,8		
	Katılıyorum	61	61,6	41	62,1		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Mental retardasyon tanılı hastaların agresif davranma riski olduğunu düşünmeyen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ( $\chi^2=6,368$  p=0,041), ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ( $\chi^2=10,573$  p=0,005) ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ifadesine mental retardasyonda agresif davranış riski olduğunu düşünen hemşirelerin, düşünmeyenlere göre daha fazla oranda katılmadıkları belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=7,610$  p=0,022).

‘Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ ifadesine mental retardasyonda agresif davranış riski olduğunu düşünen ve düşünmeyen hemşirelerin her ikisi de, yüksek oranda katılım göstermekle birlikte, risk olduğunu düşünen hemşirelerin bu ifadeye katılmama oranlarının diğerlerine göre daha yüksek oranda olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=6,516$  p=0,038).

**Tablo 4-36: Hemşirelere Göre Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları Tanısında Agresif Davranış Görülme Riski ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Alkol-Madde Kullanım Bozukluklarında Risk		Evet (n=121)		Hayır (n=44)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Agresyon Algılama İfadeleri	Katılmıyorum	13	10,7	2	4,5	<b>7,212</b>	<b>0,027</b>
	Bir fiziksel şiddet eylemidir	10	8,3	10	22,7		
	Katılıyorum	98	81,0	32	72,7		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Alkol-madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların agresif davranma riskinin daha fazla olduğunu düşünen hemşirelerin agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, bir fiziksel şiddet eylemidir’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=7,212$  p=0,027).

**Tablo 4-37: Hemşirelere Göre Hastaların Agresif Davranış Sergilemelerinin Hastalıkla İlgili Nedenleri ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Hastalığın Akut Aşamasında Olma		Evet		Hayır		$\chi^2$	P
Agresyon Algılama İfadeleri		n	%	n	%		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	45	34,1	14	42,4	<b>12,267</b>	<b>0,002</b>
	Kararsızım	48	36,4	2	6,1		
	Katılıyorum	39	29,5	17	51,5		
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	96	72,7	20	60,6	<b>9,639</b>	<b>0,008</b>
	Kararsızım	23	17,4	3	9,1		
	Katılıyorum	13	9,8	10	30,3		
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	14	10,6	8	24,2	<b>11,518</b>	<b>0,003</b>
	Kararsızım	28	21,2	13	39,4		
	Katılıyorum	90	68,2	12	36,4		
Tedavinin etkin olmaması		Evet		Hayır		$\chi^2$	P
Agresyon Algılama İfadeleri		n	%	n	%		
Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	16	24,6	48	48,0	<b>10,874</b>	<b>0,004</b>
	Kararsızım	12	18,5	19	19,0		
	Katılıyorum	37	56,9	33	33,0		
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	3	4,6	16	16,0	<b>8,174</b>	<b>0,017</b>
	Kararsızım	10	15,4	24	24,0		
	Katılıyorum	65	80,0	60	60,0		
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	2	3,1	14	14,0	<b>7,629</b>	<b>0,022</b>
	Kararsızım	12	18,5	9	9,0		
	Katılıyorum	51	78,5	77	77,0		
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	1	1,5	10	10,0	<b>6,251</b>	<b>0,044</b>
	Kararsızım	6	9,2	15	15,0		
	Katılıyorum	58	89,2	75	75,0		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

‘Hastalığın akut aşamasında olmanın’ agresif davranma nedeni olacağına inanan hemşireler, “Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur” ifadesine, daha yüksek oranda ‘kararsız’ olduklarını belirtmiş ve anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=12,267$  p=0,002).

Yine, akut aşamanın agresif davranış nedeni olacağını düşünenler, “Agresyon, olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır” ifadesine daha yüksek oranda katılmadıklarını belirtmişler, ve bu istatistiksel açıdan anlamlı bir farka yol açmıştır

( $\chi^2=9,639$   $p=0,008$ ). Son olarak, akut aşamanın bir neden olacağını düşünen hemşireler, ‘Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ ifadesine daha yüksek oranda katıldıklarını belirtmişler ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=11,518$   $p=0,003$ ).

Agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutunda ‘Agresyon gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir’ ( $\chi^2=10,874$   $p=0,004$ ) ve agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, eşyalara ve kendine yönelik zarar verme tehdididir’ ( $\chi^2=8,174$   $p=0,017$ ), ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ ( $\chi^2=7,629$   $p=0,022$ ) ve ‘Agresyon, başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir’ ( $\chi^2=6,251$   $p=0,044$ ) ifadelerine, hastaların agresif davranma nedeninin ‘Tedavinin etkin olmaması’ olduğunu düşünen hemşirelerin katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

**Tablo 4-38: Hemşirelere Göre Hastaların Agresif Davranış Sergilemelerinin Kişilerarası İlişkilerle İlgili Nedenleri ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

		Evet		Hayır		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
<b>Diğer hastalar tarafından provoke edilmesi</b>							
<b>Agresyon Algılama İfadeleri</b>							
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	49	58,3	43	53,1	<b>7,799</b>	<b>0,020</b>
	Kararsızım	24	28,6	14	17,3		
	Katılıyorum	11	13,1	24	29,6		
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	54	64,3	37	45,7	<b>6,347</b>	<b>0,042</b>
	Kararsızım	15	17,9	18	22,2		
	Katılıyorum	15	17,9	26	32,1		
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	17	20,2	5	6,2	<b>7,066</b>	<b>0,029</b>
	Kararsızım	19	22,6	22	27,2		
	Katılıyorum	48	57,1	54	66,7		
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	9	10,7	24	29,6	<b>9,595</b>	<b>0,008</b>
	Kararsızım	20	23,8	18	22,2		
	Katılıyorum	55	65,5	39	48,1		
<b>Aile üyeleriyle yaşanan problemler ve çatışmalar</b>							
<b>Agresyon Algılama İfadeleri</b>							
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	32	39,0	27	32,5	<b>9,469</b>	<b>0,009</b>
	Kararsızım	16	19,5	34	41,0		
	Katılıyorum	34	41,5	22	26,5		
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	3	3,7	12	14,5	<b>10,564</b>	<b>0,005</b>
	Kararsızım	6	7,3	14	16,9		
	Katılıyorum	73	89,0	57	68,7		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Hastaların agresif davranış sergileme nedenini ‘Diğer hastalar tarafından provoke edilmesi’ olduğunu düşünen hemşirelerin agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ( $\chi^2=7,790$  p=0,020) ve ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur’ ( $\chi^2=6,347$  p=0,042) ifadelerine daha fazla oranda katılmadıkları belirlenirken, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde

güç gösterisi yaptığı bir araçtır' ( $\chi^2=9,595$   $p=0,008$ ) ifadesine ise katılımlarının daha fazla olduğu görülmüştür, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Hastaların agresif davranış sergileme nedenini 'Diğer hastalar tarafından provoke edilmesi' olduğunu düşünmeyen hemşirelerin agresyonun 'Kabul edilemez' boyutundaki 'Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur' ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Hastaların agresif davranış sergileme nedenini 'Aile üyeleriyle yaşanan problemler ve çatışmalar' olduğunu düşünen hemşirelerin agresyonun 'Normal/Kabul edilebilir' boyutundaki 'Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur' ( $\chi^2=9,469$   $p=0,009$ ) ve agresyonun 'Kabul edilemez' boyutundaki 'Agresyon, bir fiziksel şiddet eylemidir' ( $\chi^2=10,564$   $p=0,005$ ) ifadelerine katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4-39: Hemşirelere Göre Hastaların Agresif Davranış Sergilemelerinin Ortam ve Kurallar ile İlgili Nedenleri ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Fiziksel ortamdaki yetersizlikler		Evet		Hayır		$\chi^2$	P
Agresyon Algılama İfadeleri		n	%	n	%		
Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar	Katılmıyorum	48	69,6	43	44,8	<b>9,996</b>	<b>0,007</b>
	Kararsızım	14	20,3	34	35,4		
	Katılıyorum	7	10,1	19	19,8		
Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur	Katılmıyorum	46	66,7	45	46,9	<b>6,482</b>	<b>0,039</b>
	Kararsızım	11	15,9	22	22,9		
	Katılıyorum	12	17,4	29	30,2		
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	3	4,3	13	13,5	<b>8,092</b>	<b>0,017</b>
	Kararsızım	5	7,2	16	16,7		
	Katılıyorum	61	88,4	67	69,8		
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	0	0	15	15,6	<b>12,011</b>	<b>0,002</b>
	Kararsızım	10	14,5	10	10,4		
	Katılıyorum	59	85,5	71	74,0		
Sigara içmesine izin verilmemesi		Evet		Hayır		$\chi^2$	P
Agresyon Algılama İfadeleri		n	%	n	%		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	20	24,1	39	47,6	<b>14,836</b>	<b>0,001</b>
	Kararsızım	24	28,9	26	31,7		
	Katılıyorum	39	47,0	17	20,7		
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	4	4,8	11	13,4	<b>6,461</b>	<b>0,040</b>
	Kararsızım	14	16,9	6	7,3		
	Katılıyorum	65	78,3	65	79,3		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Hastaların agresif davranış sergileme nedeninin ‘Fiziksel ortamdaki yetersizlikler’ olduğunu düşünen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar’ ( $\chi^2=9,996$  p=0,007) ve ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur’ ( $\chi^2=6,482$  p=0,039) ifadelerine daha fazla oranda katılmadıkları belirlenirken, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ ( $\chi^2=8,092$  p=0,017) ve ‘Agresyon, bir fiziksel şiddet eylemidir’ ( $\chi^2=12,011$  p=0,002) ifadelerine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Hastaların agresif davranış sergileme nedeninin ‘Sigara içmesine izin verilmemesi’ olduğunu düşünmeyen hemşirelerin agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ifadesine ( $\chi^2=14,836$   $p=0,001$ ) daha fazla oranda katılmadıkları görülürken, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, bir fiziksel şiddet eylemidir’ ( $\chi^2=6,461$   $p=0,040$ ) ifadesine her iki grubun katılım oranları yüksek olmakla beraber, ‘Sigara içmesine izin verilmemesinin’ bir neden olduğunu düşünenlerin, daha fazla kararsız kaldıkları belirlenmiş, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan hemşirelerde agresif davranışlar sonucu meydana gelen durumlardan bazılarının, hemşirelerin agresyon algılamalarıyla karşılaştırılmasında anlamlı sonuçlar bulunmuştur:

**Tablo 4-40: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Öfke ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Agresyon Algılama İfadeleri		Öfke		Evet (n=98)		Hayır (n=67)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%	n	%		
Kendini korumaktır	Katılmıyorum	47	48,0	36	53,7	<b>6,527</b>	<b>0,038</b>		
	Kararsızım	14	14,3	17	25,4				
	Katılıyorum	37	37,8	14	20,9				
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	12	12,2	21	31,3	<b>9,160</b>	<b>0,010</b>		
	Kararsızım	24	24,5	14	20,9				
	Katılıyorum	62	63,3	32	47,8				

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Agresif davranış sonrasında öfke duymayan hemşirelerin, öfke duyan hemşirelere göre agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Kendini korumaktır’ ifadesine daha fazla oranda katılmadıkları belirlenmiş, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $\chi^2= 6,527$   $p=0,038$ ).

Agresif davranış sonrasında öfke duyan hemşirelerin, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir

araçtır' ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2= 9,160$  p=0,010).

**Tablo 4-41: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Korku ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Agresyon Algılama İfadeleri	Korku	Evet (n=100)		Hayır (n=65)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	72	72,0	44	67,7	<b>6,241</b>	<b>0,044</b>
	Kararsızım	19	19,0	7	10,8		
	Katılıyorum	9	9,0	14	21,5		
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	11	11,0	14	21,5	<b>7,460</b>	<b>0,024</b>
	Kararsızım	12	12,0	14	21,5		
	Katılıyorum	77	77,0	37	56,9		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Agresif davranış sonrasında korku duyan hemşirelerin, agresyonun 'Normal/Kabul edilebilir' boyutundaki 'Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır' ifadesine ( $\chi^2= 6,241$  p=0,044) daha fazla oranda katılmadıkları, 'Kabul edilemez' boyutundaki 'Diğer insanları tehdit etmektir' ifadesine ( $\chi^2=7,460$  p=0,024) katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

**Tablo 4-42: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Anksiyete ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Anksiyete		Evet (n=66)		Hayır (n=99)		$\chi^2$	P
		n	%	N	%		
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	45	68,2	47	47,5	<b>6,884</b>	<b>0,032</b>
	Kararsızım	11	16,7	27	27,3		
	Katılıyorum	10	15,2	25	25,3		
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	10	15,2	23	23,2	<b>7,386</b>	<b>0,025</b>
	Kararsızım	10	15,2	28	28,3		
	Katılıyorum	46	69,7	48	48,5		
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	5	7,6	20	20,2	<b>5,978</b>	<b>0,050</b>
	Kararsızım	9	13,6	17	17,2		
	Katılıyorum	52	78,8	62	62,6		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Agresif davranış sonrasında anksiyete yaşayan hemşirelerin agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ifadesine ( $\chi^2=6,884$  p=0,032) daha fazla oranda katılmadıkları, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ( $\chi^2=7,386$  p=0,025) ve ‘Diğer insanları tehdit etmektir’ ( $\chi^2=5,978$  p=0,050) ifadelerine katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

**Tablo 4-43: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Apati ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Apati		Evet (n=26)		Hayır (n=139)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir	Katılmıyorum	6	23,1	13	9,4	<b>6,089</b>	<b>0,048</b>
	Kararsızım	2	7,7	32	23,0		
	Katılıyorum	18	69,2	94	67,6		
Bir fiziksel şiddet eylemidir	Katılmıyorum	6	23,1	9	6,5	<b>8,078</b>	<b>0,018</b>
	Kararsızım	4	15,4	16	11,5		
	Katılıyorum	16	61,5	114	82,0		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Agresif davranış sonrasında apati gelişen ve gelişmeyen hemşirelerin, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Eşyalara ve kendine yönelik zarar verme tehdididir’ ( $\chi^2=6,089$   $p=0,048$ ) ifadesine katılımları yüksek olmakla beraber, apati gelişen grupta katılmama oranının daha fazla olduğu, ‘Agresyon, bir fiziksel şiddet eylemidir’ ( $\chi^2=8,078$   $p=0,018$ ) ifadesine ise apati gelişmeyen hemşirelerin katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-43).

**Tablo 4-44: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Çaresizlik ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

		Çaresizlik		Evet (n=46)		Hayır (n=119)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%	n	%		
Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir	Katılmıyorum	20	43,5	72	60,5	<b>9,343</b>	<b>0,009</b>		
	Kararsızım	18	39,1	20	16,8				
	Katılıyorum	8	17,4	27	22,7				
Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir	Katılmıyorum	1	2,2	10	8,4	<b>6,163</b>	<b>0,046</b>		
	Kararsızım	10	21,7	11	9,2				
	Katılıyorum	35	76,1	98	82,4				

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Agresif davranış sonrasında çaresizlik hissetmeyen hemşirelerin agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ( $\chi^2=9,343$   $p=0,009$ ) ifadesine daha fazla oranda katılmadıkları belirlenirken, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir’ ( $\chi^2=6,163$   $p=0,046$ ) ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-44).

**Tablo 4-45: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Kendini Suçlama ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Kendini Suçlama		Evet (n=31)		Hayır (n=134)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır	Katılmıyorum	2	6,5	35	26,1	<b>9,532</b>	<b>0,009</b>
	Kararsızım	5	16,1	35	26,1		
	Katılıyorum	24	77,4	64	47,8		
Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur	Katılmıyorum	7	22,6	52	38,8	<b>7,517</b>	<b>0,023</b>
	Kararsızım	7	22,6	43	32,1		
	Katılıyorum	17	54,8	39	29,1		
Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur	Katılmıyorum	2	6,5	20	14,9	<b>8,808</b>	<b>0,012</b>
	Kararsızım	14	45,2	27	20,1		
	Katılıyorum	15	48,4	87	64,9		
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	0	0	16	11,9	<b>6,138</b>	<b>0,046</b>
	Kararsızım	2	6,5	19	14,2		
	Katılıyorum	29	93,5	99	73,9		
Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır	Katılmıyorum	3	9,7	30	22,4	<b>6,536</b>	<b>0,038</b>
	Kararsızım	4	12,9	34	25,4		
	Katılıyorum	24	77,4	70	52,2		
Diğer insanları tehdit etmektir	Katılmıyorum	3	9,7	22	16,4	<b>6,350</b>	<b>0,042</b>
	Kararsızım	1	3,2	25	18,7		
	Katılıyorum	27	87,1	87	64,9		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Agresif davranış sonrasında çaresizlik hisseden hemşirelerin agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ( $\chi^2=9,532$  p=0,009), ‘Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ( $\chi^2=7,517$  p=0,023) ifadelerine ve agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ ( $\chi^2=6,138$  p=0,046), ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ( $\chi^2=6,536$  p=0,038) ve ‘Agresyon, diğer insanları tehdit etmektir’ ( $\chi^2=6,350$  p=0,042) ifadelerine katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Agresif davranış sonrasında çaresizlik hissetmeyen hemşirelerin agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,808$  p=0,012).

**Tablo 4-46: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Güvensizlik ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Agresyon Algılama İfadeleri	Güvensizlik	Evet (n=38)		Hayır (n=127)		$\chi^2$	P
		n	%	n	%		
Sürekli olursa tükenmeye yol açar	Katılmıyorum	1	2,6	15	11,8	<b>7,295</b>	<b>0,026</b>
	Kararsızım	9	23,7	12	9,4		
	Katılıyorum	28	73,7	100	78,7		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Agresif davranış sonrasında güvensizlik hissetmeyen hemşirelerin agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=7,295$  p=0,026).

**Tablo 4-47: Hemşirelerde Agresif Davranış Sonucu Gelişen Sosyal İlişkilerde Bozulma ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Agresyon Algılama İfadeleri	Sosyal İlişkilerde Bozulma	Evet (n=13)		Hayır (n=152)		$\chi^2$	P
		n	%	N	%		
Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır	Katılmıyorum	7	53,8	109	71,7	<b>7,214</b>	<b>0,027</b>
	Kararsızım	1	7,7	25	16,4		
	Katılıyorum	5	38,5	18	11,8		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Agresif davranış sonrasında sosyal ilişkilerinde bozulma yaşamayan hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır’ ifadesine daha fazla oranda katılmadıkları belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=7,214$  p=0,027).

**Tablo 4-48: Hemşirelerin Çalıştıkları Bölümde Kendilerini Güvende Hissetme Düzeyleri ile Agresyon Algılamalarının Karşılaştırılması (N=165)**

Hemşirelerin Bölümde Güvende Hissetme Düzeyleri		Evet (n=147)		Hayır (n=18)		$\chi^2$	P
		n	%	N	%		
<b>Agresyon Algılama İfadeleri</b>							
Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir	Katılmıyorum	63	42,9	1	5,6	<b>10,108</b>	<b>0,006</b>
	Kararsızım	27	18,4	4	22,2		
	Katılıyorum	57	38,8	13	72,2		

\*Sd=2 \*\* Sütun toplamı alınmıştır.

Çalıştıkları bölümde kendilerini güvende hissetmeyen hemşirelerin, güvende hissedenlere göre agresyonun 'Normal/Kabul edilebilir' boyutundaki 'Agresyonun gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir' ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=10,108$  p=0,006).

Hemşirelerin çalıştıkları bölümde zorunlu yatış uygulanma sıklığı ile agresyon algılamaları karşılaştırılmış, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

## 5. TARTIŞMA

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin agresyon algılamalarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen sonuçlar 4 bölüm halinde tartışılmıştır:

### 5.1. Hemşirelerin Kişisel-Mesleki Özellikleri ile İlgili Bulguların Tartışılması

Araştırma bulgularına göre, hemşireler kişisel ve mesleki özelliklerine göre incelendiğinde; yaş ortalamasının  $32 \pm 0,73$  olduğu (min.-max. değerler:19-62); %57,6'sının (n=95) 30 yaş ve altı grubu oluşturduğu; %83,6'sının (n=138) kadın; %53,3'ünün (n=88) evli; %38,2'sinin (n=63) şehirde büyüdüğü; %45,5'inin (n=75) sağlık meslek lisesi mezunu olduğu belirlenmiştir.

Mesleki özellikleri açısından hemşirelerin, %49,1'inin (n=81) Sağlık Bakanlığı'na bağlı psikiyatri veya devlet hastanelerinde çalıştığı, %75,8'inin (n=125) akut psikoz ve diğer akut psikiyatri hastalarının tedavi/bakım hizmetlerinin yürütüldüğü (alkol-madde, çocuk/ergen, adli, nevroz vb.) servislerde, %77,6'sının (n=128) servis-poliklinik hemşiresi olarak, %64,8'inin (n=107) nöbet/vardiya usulü görev yaptığı, %66,7'sinin (n=110) mesleki deneyim süresi 5 yıldan fazla iken, %60,6'sının (n=100) 5 ve 5 yıldan az bir süredir psikiyatri servisinde çalıştığı belirlenmiştir. Hemşirelerin %64,2'sinin (n=106), agresyon ve agresyonla baş etme yöntemleri konusunda eğitim almadığı saptanmıştır (Tablo 4-1).

### 5.2. Hemşirelerin Agresyon Deneyimleri ve Algılamaları ile İlgili Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda, hemşirelerin meslekte, psikiyatri servisinde ve özel yaşamda agresif davranış yaşama durumları 'tanık olma' ve 'maruz kalma' şeklinde 2 yönde belirlenmiştir (Tablo 4-2). Bu doğrultuda, hemşirelerin çoğunluğunun meslekte, psikiyatri servisinde ve özel yaşamda hem sözel, hem de fiziksel agresif davranışlara 'en az 1 kez' (nadiren+bazen+sık sık+her zaman şeklinde) tanık oldukları belirlenmiştir (meslekte sözel agresif davranışa tanık olma %98,8 n=163; psikiyatri servisinde sözel

agresif davranışa tanık olma %96,3 n=159; özel yaşamda sözel agresif davranışa tanık olma %83 n=137) (meslekte fiziksel agresif davranışa tanık olma %84,1 n=139; psikiyatri servisinde fiziksel agresif davranışa tanık olma %84,9 n=140; özel yaşamda fiziksel agresif davranışa tanık olma %67,2 n=111).

Benzer şekilde çalışma kapsamındaki hemşirelerin çoğunluğunun meslekte, psikiyatri servisinde hem sözel, hem de fiziksel agresif davranışlara da ‘en az 1 kez’ (nadiren+bazen+sık sık+her zaman şeklinde) maruz kaldıkları belirlenmiştir (meslekte sözel agresif davranışa maruz kalma %95,2 n=157; psikiyatri servisinde sözel agresif davranışa maruz kalma %94,5 n=156) (meslekte fiziksel agresif davranışa maruz kalma %75,1 n=124; psikiyatri servisinde fiziksel agresif davranışa maruz kalma %78,7 n=130).

Literatür incelendiğinde; psikiyatri servislerindeki agresyon ve şiddetle ilgili yapılan çalışmalarda hemşirelerin uğradıkları sözel ve fiziksel agresyonun %80 gibi yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir (Nolan 1999; Abderhalden 2002; Needham 2002; Maquire ve Ryan 2007; Jonker ve ark. 2008). Sözel agresyon, psikiyatri kliniklerinde en sık yaşanan agresyon türü olarak belirtilmektedir (Foster ve ark. 2006; Jonker ve ark. 2008). Ülkemizdeki koşulları sergilemesi açısından bir örnek olan, Bilgin ve Buzlu (2002) tarafından psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada ise örneklemin yarısının çalıştıkları servislerde hastalar tarafından fiziksel agresif davranışa maruz kaldığı belirlenmiştir (Bilgin ve Buzlu 2006). Literatürle uyumlu bulunan bu sonuçlar, gerek hemşirelik mesleğinin, gerekse de psikiyatri kliniklerinin agresif olayların sık meydana gelmesi yönündeki mevcut bilgileri bir kez daha doğrulamaktadır.

Araştırma bulgularına göre hemşirelerin, özel yaşamda sözel agresif davranışa ‘en az bir kez’ (nadiren+bazen+sık sık) maruz kalma oranı %76,4 (n=126) iken, yarıdan fazlasının (%64,8 n=107) fiziksel agresif davranışa maruz kalmadığı belirlenmiştir (Tablo 4-2). Kişilerarası ve aile içi şiddetin dünya genelinde olduğu gibi, ülkemiz açısından da önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu hatırlandığında, bu sonuçlar toplumsal olarak şiddet olgusunun yaygınlığını ve meşruluğunu akla getirmektedir. Kültürel yapı içerisinde de, sözel agresyon ülkemizde hemen her yaş ve kültür düzeyinde meydana gelmektedir ve doğal olarak tanık olma ve maruz kalma da yaygındır. Özel yaşamda fiziksel agresif olaylara yanıt olmanın düşük düzeyde

bulunması, memnuniyet verici olmakla beraber, bu tür eylemlerin özellikle kadın mağdurlar tarafından gizlenme eğilimini de hatırlatmaktadır. Abderhalden ve ark. (2002) İsviçre’de psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin %47’sinin özel yaşamlarında sözel, %40’ının da fiziksel agresif davranışa maruz kaldığını belirtmiştir.

Araştırma bulgularında, hemşirelere göre agresif davranış görülme riski en fazla olan (nadiren+bazen+sık sık+ her zaman) hastalıklar sırasıyla; kişilik bozukluğu (%83,7 n=138), şizofreni (%79,4 n=131), sanrısız bozukluklar (%75,1 n=124), alkol-madde kullanım bozuklukları (%73,3 n=121) şeklindedir. Ayrıca, agresif davranış riskinin olmadığı hastalıklar açısından durum incelendiğinde, majör depresif bozukluk (%64,8 n=107), dissosiyatif bozukluklar (%62,4 n=103) ve anksiyete bozukluklarının (%50,9- n=84) ilk 3 sırada geldiği belirlenmiştir (Tablo 4-3). Duxbury (2002) şizofreni, Alzheimer ve organik beyin sendromu tanımlı hastaların agresif davranış riskinin daha yüksek olduğu yönünde sonuçlar elde etmiştir. Hansen (1996) agresif davranış riskinin kişilik bozukluklarında yüksek olduğunu vurgulamıştır (Hansen1996; Kaynak: Nolan 1999). Agresyon ile ilgili çalışmalarda şizofreni, bipolar bozukluklar, alkol – madde kullanım bozukluğu tanımlı hastaların daha saldırgan oldukları yönünde sonuçlar elde edilmiştir (Haller ve ark. 1988; Torpy ve Hall 1988; Powell ve ark. 1994; Njman ve ark. 1997; Nijman ve ark.1999; Shepberd ve Lavender 1999; Silver ve ark. 1999; Steinert ve ark. 1999; El-Badri ve Mellso 2006; Turgut ve ark. 2006). Araştırma sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

Araştırma bulgularında, hemşirelere göre hastaların agresif davranış (sözel/fiziksel) sergileme nedenleri verilmiştir (Tablo 4-4). Hastalıkla ilgili faktörlerden ‘akut aşamada olma’ hemşirelerin çoğunluğu tarafından (%80 n=132) bir neden olarak belirtilmişken, ‘tedavinin etkin olmaması’ seçeneğine hemşirelerin %60,6’sı (n=100) katılmadığını ifade etmiştir. Kişilerarası ilişkilerle ilgili faktörlerden, ‘diğer hastaların provokasyonu’ (%50,9 n=84), ve ‘aile üyeleriyle yaşanan problemler ve çatışmalar’ (%49,7 n=82) hemşirelerin hemen hemen yarısı tarafından agresif davranış nedeni olarak belirtilmiştir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ‘çalışan tarafından provokasyon’ (%86,7 n=143) ve ‘hastalarla çalışanlar arasındaki iletişim yetersizliği’ (%76,4 n=126) seçeneklerini hastalardaki agresif davranışların nedenleri arasında görmedikleri tespit edilmiştir. Ortam ve kurallarla ilgili faktörler arasında, ‘hastanede kalmak istememe’ (%91,5 n=151), ‘kendi isteği dışında yatırılma’ (%89,7 n=148) ve

‘dışarıya çıkmasına izin verilmeme’ (%81,2 n=134), ‘sigara içilmesine izin verilmeme’ (%50,3 n=83) hastalardaki agresif davranışların en yüksek oranda nedenleri olarak belirtilmiş, öte yandan, ‘fiziksel ortamdaki yetersizlikler’, hemşirelerin yarıdan fazlası için (%58,2 n=96) agresif davranış nedeni olarak gösterilmemiştir (Tablo 4-4).

Bu sonuçlarda özellikle dikkat çekici noktaların, araştırma kapsamındaki hemşirelere göre hastaların agresif davranmalarının altında yatan nedenlerin, hastaya/hastalığına/çevresiyle kişilerarası ilişkilerindeki çatışmalara bağlı olduğu, çalışanlarla kişilerarası ilişkilerdeki yetersizlik veya çatışmaların, tedavi rejimindeki olası yetersizliklerin agresif olayların ortaya çıkışında pek etkin olmadığı yönünde dağılım göstermesidir.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, kalabalık ve hasta-çalışan arasındaki iletişim yetersizliklerinin agresif davranışın oluşumunda rol oynayan temel nedenlerden biri olduğu belirtilmiştir (Abderhalden 2002; Duxbury 2002; Jansen 2005). Duxbury ve Whittington (2005) tarafından yapılan çalışmada hastalar, agresif davranış nedeninin çoğunlukla çalışanlarla aralarındaki iletişim problemlerinin olduğunu düşünürken, çalışanların az bir bölümü iletişim problemlerini bir neden olarak gördüklerini belirtmiştir. Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir. Bu tür çalışmaların, ülkemizde de hastaların görüşlerine de yer verir şekilde yinelenmesi, agresif olayların etkisinde kalan tüm tarafların algılamalarını ortaya koyması açısından önemli ve gereklidir.

Araştırma bulgularına göre hemşirelerde agresif davranışlara bağlı olumsuz sonuçların çoğunlukla meydana gelmediği görülmekle birlikte, ‘öfke-kızgınlık’ (%59,4 n=98) ve ‘korku’ (%60,6-n=100) duygularının en yoğun yaşanan (nadiren+bazen+sık sık+her zaman şeklinde) durumlar olduğu belirlenmiştir (Tablo4-5). Bowers ve ark. (2005) hemşirelerde çoğunlukla agresif davranışa bağlı öfke ve korku meydana geldiğini belirtmektedir. Gerberich ve ark. (2003) tarafından yapılan benzer bir çalışmada ise agresif davranış sonrasında sırasıyla frustrasyon, öfke ve korku meydana geldiğini saptamıştır. Agresif olayları içeren, olumsuz koşullara sahip ortamlarda çalışmaya bağlı korku ve endişelerin, çalışanlarda hastalıktan dolayı izin kullanımlarında artışa, düşük morale, terapötik ortamın zedelenmesine ve doğal olarak hastaların iyileşme düzeylerinin azalmasına yol açtığı belirtilmektedir. Tüm agresif davranışlar, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sağlığına

yönelik bir tehdit oluşturmaktadır (Foster ve ark. 2006; Bowers ve ark. 2009). Araştırma sonuçları literatürle paralellik göstermektedir.

Hemşirelerin sadece %10,9'u (n=18) çalıştıkları bölümde kendilerini güvende hissetmediklerini belirtirken, %27,9'u (n=46) 'sık sık' ve %18,2'si (n=30) 'her zaman' güvende hissettiklerini ifade etmişlerdir (Grafik 4-1). Bilgin (2002) psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin agresyona yönelik tutumlarını incelediği çalışmasında hemşirelerin çalıştıkları bölümde fiziksel saldırılara karşı kendilerini güvende hissetme düzeylerini; örneklemin yarısının hiçbir zaman güvende hissetmedikleri yönünde bulmuştur. Jansen ve ark. (2005) tarafından yapılan çalışmada psikiyatride çalışan hemşirelerin %80'i çalıştıkları bölümde kendilerini her zaman güvende hissettiklerini belirtmişlerdir. Çalışmamızda, eskiye göre olumlu yönde artış gösteren bu sonucun, gerek hemşirelerin görev yaptıkları ortamlardaki olumlu düzenleme ve değişikliklere, gerekse de örneklemin yarıya yakınının özel psikiyatri hastanelerinde görev yapmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir.

Hemşirelerin yarıya yakını (%46,7 n=77), çalıştıkları bölümlerde hastalara 'sık sık' ve 'her zaman' zorunlu yatış uygulandığını belirtmiştir (Grafik 4-2). Psikiyatri servisleri, hastalıkların doğası gereği, hastalara zorunlu (istemleri dışında) yatışın evrensel olarak sıklıkla uygulandığı yegane alanlardandır.

Araştırma bulgularına göre, hemşireler agresyon algılamalarında agresyonun 'Normal/Kabul edilebilir' boyutuyla ilgili ifadelerden, 'Agresyon; olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır (%70,3 n=116), Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir (%55,8 n=92), Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar (%55,2 n=91)' ifadelerine yarısından fazlası katılmazken; 'Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir (%42,4 n=70), Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır (%53,3 n=88)' ifadelerine yarıya yakını katıldıklarını ifade etmiştir. 'Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur' ifadesine %35,8'inin (n=59) katılmadığı, %30,3'ünün (n=50) kararsız kaldığı tespit edilmiştir (Tablo 4-6).

'Agresyon; başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir (%80,6 n=133), Bir fiziksel şiddet eylemidir (%78,8 n=130), 'Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar' (%77,6 n=128), 'Agresyon, diğer insanları tehdit etmektir' (%69,1 n=114), 'Agresyon, eşyalara ve kendine yönelik zarar verme tehdididir (%67,9 n=112), 'Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır' (%65,5 n=108), 'Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye

neden olur' (%61,8 n=102), 'Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır' (%57 n=94) gibi agresyonun 'Kabul edilemez' davranış olduğu yönündeki ifadeler hemşirelerin çoğunluğu katıldıklarını belirtmiştir.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde, psikiyatri hemşirelerinin agresyonu kabul edilemez bir davranış olarak algıladığı görülmektedir (Abderhalden 2002; Jansen 2005) Çalışmamız literatür ile benzerlik göstermektedir. Çalışma kapsamındaki hemşireler agresyonu, uygulamada hastalarla iletişimi ve bakımı geliştirmeye yönelik bir kavram olarak ele almamakta, diğer yandan, agresyonu normalleştirme-meşrulaştırma eğilimi açısından, zihinsel/bilişsel açıdan daha katılımcı bir tavır ortaya koymaktadır (gülme, ağlama gibi bir emosyon olması vb.). Ayrıca, agresyonun hastadaki olası diğer problemlerin ön habercisi olabileceği yönünde de hemşirelerin üçte biri inanç göstermektedir. Araştırmamızda net olarak ortaya çıkan bir sonuç, hemşireler tarafından agresyonun çoğunlukla yıkıcı davranış olarak algılandığıdır. Jonker ve ark. (2008), psikiyatri hemşirelerinin hasta agresyonuna karşı algılamalarını araştırdıkları çalışmalarında, en yüksek skorların, agresyonun yıkıcı/zarar verici boyutu yönünde belirlendiğini, sonuçlarımıza benzer şekilde, nadiren hasta agresyonuna iletişim kurma veya korunma amacıyla yaklaşıldığını belirlemişlerdir.

### **5.3. Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumları (Tanık Olma/Maruz Kalma) ve Algılamaları Üzerinde Kişisel-Mesleki Özelliklerin Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, hemşirelerin agresif davranış yaşama durumları (tanık olma/maruz kalma) ve agresyon algılamaları üzerinde kişisel-mesleki özelliklerin etkisi ile ilgili bulgular tartışılacaktır.

#### **5.3.1. Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumları (Tanık Olma/Maruz Kalma) Üzerinde Kişisel-Mesleki Özelliklerin Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması**

Araştırma bulgularına göre, psikiyatride ve meslek hayatında agresif davranışa tanık olma/maruz kalmada hemşirelerin yaş grupları arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmazken, 30 yaş üzeri hemşirelerin, 30 ve 30 yaş altı hemşirelere göre özel hayatında fiziksel agresif davranışa daha fazla maruz kaldıkları tespit edilmiş,

istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=5,173$   $p=0,023$ ) (Tablo 4-7). Kadınlar aile içi şiddet ve toplumda kişilerarası şiddet açısından savunmasız gruplar arasında yer almaktadır. Yaşça daha büyük hemşirelerin özel yaşamlarında daha fazla fiziksel şiddete maruz kaldığının bulunması, hem yaşam süresinin daha uzun olmasını, hem de evlilik içi şiddetin daha yaygın oluşunu düşündürmektedir.

Erkeklerin özel yaşamlarında kadınlara göre daha fazla fiziksel agresif davranışa tanık oldukları belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=5,728$   $p=0,017$ ) (Tablo 4-8). Literatür incelendiğinde, psikiyatride çalışan erkeklerin kadınlara göre daha fazla agresif davranışa maruz kaldığı bulunmakla beraber (Vanderslott 1998; Carmel ve Hunter 1989, Kaynak: Jansen ve ark 2005 ), başka bir çalışmada ise cinsiyet ile agresyonla karşılaşma sıklığı arasında bir fark olmadığı belirtilmiştir (Cunningham 2003, Kaynak: Jansen ve ark.2005). Çalışmamızda özel yaşamda erkeklerin fiziksel agresif davranışa daha fazla tanık olmalarının belirlenmesi, erkeklerin dış ortamla daha fazla temas içinde olmalarının, fiziksel agresyon içeren ortamlarda daha sık bulunmalarının, erkekler arasında agresyonun kabul gören, yaygın kullanılan bir iletişim, bir davranış biçimi olduğunun göstergesi olabilir.

Araştırma bulgularına göre, hemşirelerin medeni durumunun agresif davranış yaşama durumu (tanık olma/maruz kalma) üzerindeki etkisi incelendiğinde, evli olanların bekarlara göre meslek hayatında ( $\chi^2=7,436$   $p=0,006$ ), psikiyatride ( $\chi^2=4,425$   $p=0,035$ ) daha fazla fiziksel agresif davranışa tanık oldukları ve maruz kaldıkları (meslekte:  $\chi^2=7,076$   $p=0,008$  psikiyatride:  $\chi^2=9,718$   $p=0,002$ ) belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuç, evli çalışanların meslekte ve psikiyatride deneyim süresinin fazla olma ihtimalini düşündürmektedir.

Özel yaşamda agresif davranışa tanık olma/maruz kalma ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4-9).

Hemşirelerin agresif davranış yaşama durumları (tanık olma/maruz kalma) ile büyüdüğü yer (köy, kasaba, şehir, büyükşehir ve yurtdışı) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Hemşirelerin eğitim durumları ile meslek ve özel hayatta sözel/fiziksel agresif davranışa tanık olma/maruz kalma durumları arasında istatistiksel olarak bir ilişki bulunmamışken, sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşirelerin lisans/lisansüstü mezunlarına göre psikiyatride sözel agresif davranışa daha fazla maruz kaldıkları

belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=p=0,048$ ) (Tablo 4-10). Literatüre bakıldığında, eğitim düzeyi düşük hemşirelerin daha fazla agresif davranışa maruz kaldığı belirtilmiştir (Cunningham 2003, Kaynak: Jansen ve ark. 2005). Öztunç (2001), genel hastane çalışanlarında gerçekleştirdiği çalışmasında, sözel ve fiziksel saldırılara en fazla ön lisans ve sağlık meslek lisesi mezunlarının uğradığını belirtmiştir. Sağlık meslek lisesi ve ön lisans mezunu hemşirelerin çoğunlukla servis hemşiresi olarak çalıştığı ve hastayla daha fazla temas halinde olduğu, bu nedenle agresif davranışa daha fazla maruz kaldığı düşünülmekte, ve örneklemin çoğunluğunun eğitim düzeyi daha düşük hemşirelerden oluştuğu da görülmektedir. Eğitimle ilgili niteliklere göre, hemşirelerin agresyon durumlarıyla daha etkili veya daha etkisiz şekilde baş edebildiği ileri sürülmektedir. Eğitimsel nitelikler ve deneyimlere bağlı olarak, hemşirelerin agresyonun işaretçi belirtilerini daha iyi tanıyabildikleri ve daha uygun şekilde yönetebildikleri belirtilmektedir (Jonker ve ark. 2008). Ancak iki grup sayısı arasındaki farkın sonucu yorumlamada dikkate alınması ve yoruma kesinlik katmak için, daha büyük gruplarda incelemenin tekrarlanması gereği de açıktır.

Üniversite ve Sağlık Bakanlığı Hastaneleri'nde çalışan hemşirelerin meslek hayatında fiziksel agresif davranışa tanık olma ( $\chi^2=6,306$   $p=0,012$ ) ve psikiyatride fiziksel agresif davranışa maruz kalma ( $\chi^2=3,856$   $p=0,050$ ) durumlarının, Özel Hastane'lerde çalışan hemşirelere göre daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-11). Ayrıca, kuruma göre hemşirelerin meslekte sözel agresif davranışa tanık olma, meslekte sözel ve fiziksel agresif davranışa maruz kalma, psikiyatride sözel/fiziksel agresif davranışa tanık olma, psikiyatride sözel agresif davranışa maruz kalma, özel hayatta sözel/fiziksel agresif davranışa tanık olma/maruz kalma durumları arasında, anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Ruh sağlığı hizmetlerinde, topluma temelli yaklaşımı benimseyen ülkelerde, psikiyatri yatak sayılarının azaltılması, psikiyatri servislerine hasta kabul eşiğinde bir yükselmeye yol açmıştır ve hastanede kalış sürelerinin de daha kısa olması söz konusu olmuştur. Bu değişimler sonucunda, ancak daha ağır/ciddi hastalık formları olan kişilerin servislere yatırılması gündeme gelmiştir (McGeorge ve ark. 2000; Kaynak: Foster ve ark. 2007). Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı kapsamındaki hastanelerin ikisini, ruh sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, merkez niteliğindeki hastaneler oluşturmaktadır ve her iki kuruma, akut psikiyatri hastaları, çoğunlukla da kendi istekleri dışında yatırılmaktadır. Sonucumuzun aksi yönde bir bulguyu, Larkin (1988) (Kaynak: Vanderslott 1998) genel

psikiyatri hastaneleri ile özel hastanelerdeki şiddet ve agresyon sıklığını karşılaştırdığı çalışmada genel psikiyatri hastanelerindeki agresyon oranını daha düşük olarak bulmuştur.

Akut bölümlerde çalışan hemşirelerin kronik bölümlerde çalışanlara göre özel hayatlarında fiziksel agresif davranışa daha fazla tanık oldukları belirlenmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=6,157$   $p=0,013$ ). Bu sonuç, akut bölümlerde erkek çalışan oranının kronik bölümlere göre daha yüksek olduğunu, farkın bu duruma bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Ki çalışmamızda erkeklerin özel yaşamlarında kadınlara göre, daha fazla oranda fiziksel saldırıya tanık olduklarının bulunması sonucu da bu görüşümüzü desteklemektedir. Ayrıca, akut bölümlerde çalışanların kronik bölümlerde çalışanlara göre, daha genç olmaları ve dolayısıyla özel yaşamlarında daha hareketli/kalabalık ortamlarda daha fazla bulunmaları ihtimalinin de agresif olaylara daha fazla tanıklık etmelerine yol açma ihtimalini akla getirmektedir. Hemşirelerin çalıştıkları bölüm ile meslekte ve psikiyatride agresif davranış yaşama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4-12).

Hemşirelerin çalıştıkları bölümde sorumluluk düzeyi ile meslekte, psikiyatride ve özel yaşamda agresif davranışa tanık olma/maruz kalma arasında istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç, bir başka deyişle, hemşirelerin agresif davranışlar açısından her türlü mesleki sorumluluk düzeyinde risk altında olduğu anlamına gelebilmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin çalışma biçimleri ve hemşirelikte deneyim süresi ile meslekte, psikiyatride ve özel yaşamda sözel/fiziksel agresif davranışa tanık olma/maruz kalma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmemiştir. Literatür incelendiğinde, meslekte deneyim süresi fazla olan hemşirelerin daha fazla agresif davranışa maruz kaldığı görülmektedir (Lanza 1983, Kaynak: Jansen 2005). Bu sonucun, çalışma süresinin daha uzun olmasının daha fazla agresif davranışa tanık olma ve maruz kalma sonucuna neden olduğu düşünülmektedir. Çalışma biçimi ile agresif davranış yaşama durumları ile ilgili literatür incelendiğinde, hemşireler agresyon olaylarının daha çok akşam saatlerinde ve gece vardiyalarında olduğunu düşünürken (Zernike ve Sharpe 1998, Kaynak: Jansen ve ark.2005), benzer bir çalışmada agresyon olaylarının öğleden sonra ve akşam saatlerinde daha fazla olduğu yönündedir (Wynn ve Bratlid 1998, Kaynak: Jansen 2005). Hemşirelikte deneyim süresi ile ilgili Whittington

(2002) mesleki deneyimi 15 yıldan fazla olan sağlık personelinin agresyona karşı daha toleranslı olduğunu, Jansen ve ark.(2005) ve Needham (2005)'da mesleki deneyimi 6-10 yıl olanların agresif davranışa dolayısıyla daha fazla maruz kaldığını belirtmektedir.

Psikiyatride deneyim süresi 5 yıldan fazla olan hemşirelerin, deneyim süresi 5 yıldan az olanlara göre meslek yaşamlarında daha fazla fiziksel agresif davranışa tanık oldukları ( $\chi^2=6,306$ ,  $p=0,012$ ), psikiyatride maruz kaldıkları ( $\chi^2=6,005$ ,  $p=0,014$ ) belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-13). Çalışma yılının fazla olması nedeniyle, agresif davranışa daha fazla maruz kalmalarının doğal bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Bu sonuç, aynı zamanda, psikiyatri kliniklerinin agresyon açısından en riskli yerler arasında ilk sırada gelen olduğunun literatürde de belirtildiği gibi bir kanıtını oluşturmaktadır (Vanderslott 1997; Morrison ve Love 2003; Maquire ve Ryan 2007; Jonker ve ark. 2008). Ayrıca, hemşirelerin psikiyatride deneyim süresi ile meslekte sözel agresif davranışlara tanık olma, meslekte sözel/fiziksel agresif davranışlara maruz kalma, psikiyatride ve özel yaşamda sözel/fiziksel agresif davranışa tanık olma, psikiyatride sözel agresif davranışlara maruz kalma, özel yaşamda sözel/fiziksel agresif davranışa maruz kalma durumları arasında bir fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda, agresyon ve agresyonla başetme konusunda eğitim alan hemşirelerin, eğitim almayanlara göre meslekte ( $\chi^2=9,409$   $p=0,002$ ) ve psikiyatride fiziksel agresif davranışa daha fazla maruz kaldıkları ( $\chi^2=7,769$   $p=0,005$ ) belirlenmiş; farklı olarak agresyon ve agresyonla başetme konusunda eğitim almayanların, özel yaşamlarında sözel agresif davranış yaşama durumlarının tanık olma ( $\chi^2=5,639$   $p=0,018$ ), maruz kalma ( $\chi^2=6,280$   $p=0,012$ ) düzeyinde eğitim alanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4-14). Agresyon ve agresyonla başetme eğitimi alan hemşirelerin hastaların agresif davranışını önlemede, yönetmede ve agresyonla başa çıkmada daha etkili oldukları saptanmıştır (Abderhalden ve ark. 2002; Jansen 2005). Çalışmamızda, agresyon eğitimi alan hemşirelerin meslek ve psikiyatri kariyerleri süresince daha fazla fiziksel saldırılara maruz kalmaları ilginç bir sonuç olup birkaç noktayı düşündürmektedir: Bu hemşireler, saldırıya maruziyetleri nedeniyle eğitimlere öncelikle alınmış olabilir. Veya çoğunlukla kurum yöneticilerinin eğitimlere öncelikle deneyimli hemşireleri dahil etmesinden kaynaklanıyor olabilir. Eğitimlerin içeriğinde, agresyonu önlemede kişilerarası iletişim ve hastayla ilişkide empati odaklı yaklaşımların ağırlıklı olduğu varsayıldığında da, eğitim alan hemşirelerin hastayı daha

iyi anlamak ve yaklaşımda bulunmak adına, tehlikeli durumlarda kendini koruma yönünde gereken girişimlerde bulunmaması ihtimalini de akla getirmektedir. Diğer yandan, bu eğitimlerin, hemşireleri sözel agresyona uğrama açısından etkili olduğu da görülmektedir.

### **5.3.2. Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Üzerinde Kişisel-Mesleki Özelliklerin Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması**

Çalışmamızda, hemşirelerin yaşı ile agresyon algılamaları karşılaştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde, Abderhalden ve ark. (2002) yaş olarak büyük hemşirelerin agresyonu disfonksiyonel ve kabul edilemez bir davranış olarak algıladığını belirlemiştir.

Araştırma bulgularına göre, algılama biçimi olarak ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ifadelerden ‘Agresyon, kendini korumaktır,’ ( $\chi^2=7,043$   $p=0,030$ ) ve ‘Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ( $\chi^2=8,833$   $p=0,012$ ) ifadelerine kadınların, erkeklere göre katılımlarının daha az olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-15). ‘Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ( $\chi^2=6,271$   $p=0,043$ ) ifadesine erkeklerin, kadınlara göre katılımlarının daha az olduğu bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Algılama biçimi olarak ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ifadelerden ‘Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ ifadesine ise kadınların, erkeklere göre katılımlarının daha fazla olduğu belirtilmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $\chi^2=7,943$   $p=0,019$ ). Çalışmamızda, erkekler agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ ifadelerine kadınlara göre daha fazla oranda katılırken, kadınlar agresyonun ‘Kabul edilemez’ bir davranış olduğu yönündeki ifadelere daha fazla oranda katılım göstermiştir. Bu anlamlılıklar doğrultusunda, erkeklerin agresyonu bir tür kendini koruma/savunma aracı olarak, daha işlevsel bir kimliğe bürünme ve kişilerarası ilişkilerde olağan bir iletişim aracı olarak görme eğiliminde oldukları; kadınların ise, agresyona ancak hastanın tedavi/bakım sürecinde durum değerlendirmeye yarayabilecek bir semptom veya gösterge olarak yaklaşma eğiliminde oldukları ileri sürülebilmektedir. Jansen ve ark. (2005)’nın yaptığı çalışmada da

araştırmamızla ilgili benzer bulgular elde edilmiş, erkeklerin kadınlara göre daha fazla oranda agresyonu ‘Normal/Kabul edilebilir’ bir reaksiyon olarak algıladığı belirlenmiştir.

Çalışmamızda, ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ifadesine bekarların, evlilere göre katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=7,512$   $p=0,023$ ) (Tablo 4-16). Literatür incelendiğinde, medeni durumun agresyon algılamaları üzerindeki etkisi ile ilgili veri bulunamıştır. Çalışmamızda bulduğumuz bu sonucun, evlilerin bekarlara göre gerek meslekte, gerekse psikiyatri bölümünde daha fazla fiziksel agresyona tanık olma ve mağdur olmaları sonucu paralelinde, bekar hemşirelerin agresif davranışlara daha az maruz kalmaları doğrultusunda eyleme karşı daha toleranslı oldukları ve daha anlaşılabilir buldukları şeklinde bir yorumu akla getirmektedir. Ancak, iki grup arasındaki sayısal farklılık dikkate alındığında, sonucun genellenmesinden çok, daha geniş örneklerde tekrar incelenmesi gerektiği de düşünülmektedir.

Araştırma bulgularına göre, hemşirelerin büyüdüğü yer ile agresyon algılamaları karşılaştırıldığında ‘Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ ( $\chi^2=7,246$   $p=0,027$ ), ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ ( $\chi^2=6,108$   $P=0,047$ ) ve ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ( $\chi^2=7,410$   $p=0,025$ ) ifadelerine şehir-büyükşehir-yurtdışında büyüyenlerin köy-kasabada büyüyenlere göre daha fazla oranda katıldıkları belirlenmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir. ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ifadesine köy-kasabada büyüyenlerin katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=6,119$   $p=0,047$ ). Bu ifadelerin hepsi, agresyonun ‘Kabul edilemez’ bir davranış olduğu yönündedir. Agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutuna ait ifadelerden ‘Agresyon, kendini korumaktır’ ( $\chi^2=7,515$   $p=0,023$ ) ve ‘Agresyon, tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar’ ( $\chi^2=6,529$   $p=0,038$ ) ifadelerine şehir-büyükşehir-yurtdışında büyüyenlerin, köy-kasabada büyüyenlere göre daha fazla oranda katılmadıkları ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 4-17). Bu farkın, şehir-büyükşehir-yurtdışı gibi agresyon ve şiddet olaylarının sık görüldüğü kalabalık ve kaotik ortamlarda

büyüyenlerin agresif davranışla ve olumsuz sonuçlarıyla daha fazla karşılaşmalarına ve dolayısıyla agresyonun uzun vadede olumsuzluklarının daha fazla farkında ve mağduru oluşlarına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Köy-kasabada büyüyenlerin, agresyonu yıkıcı bir eylem olarak daha fazla kabullenmeleri de, ortamda daha az dolaşımda olan bir olguya karşılık, daha az kabullenir bir inancı yansıttığı düşünülmektedir.

Araştırma bulgularına göre, hemşirelerin eğitim durumları ile agresyon algılamalarına ilişkin karşılaştırmalar yapılmış ve agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ davranış boyutunda, ‘Agresyon, olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır’ ifadesine lisans/lisansüstü mezunu hemşirelerin lise/ön lisans mezunu hemşirelere göre daha fazla oranda katılmadıkları belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=8,595$   $p=0,014$ ). ‘Kabul edilemez’ davranış boyutunda ise, ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ifadesine lise/ön lisans mezunu hemşirelerin lisans/lisansüstü mezunu hemşirelere göre katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,553$   $p=0,014$ ) (Tablo 4-18). Lise ve ön lisans mezunu hemşirelerin lisans ve lisanüstü hemşirelere göre psikiyatride sözel agresif davranışa daha fazla maruz kalmaları nedeniyle, agresyonu ‘Kabul edilemez’ bir davranış olarak algılamalarının beklenen bir sonuç olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, hemşirelerin eğitim düzeyi arttıkça, agresyona hemşire-hasta iletişimini olumlu yönde algılamaya yönlendirecek bir atıfta bulunulmamaktadır. Ancak, her iki grup arasındaki sayısal farklılıklar, kesin yorum yapmaktan alıkoyan bir yapı ortaya çıkarmaktadır ve sonuçlar daha geniş ve homojen sayıda gruplar arasında yeniden değerlendirmeye alınmalıdır.

‘Kabul edilemez’ davranış boyutundaki ‘Agresyon, bir fiziksel şiddet eylemidir’ ifadesine Üniversite-Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nde çalışan hemşirelerin Özel Hastaneler’de çalışan hemşirelere göre katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=8,636$   $p=0,013$ ) (Tablo 4-19). Üniversite-Sağlık Bakanlığı Hastaneleri’nde çalışan hemşirelerin meslek hayatında ve psikiyatride fiziksel agresif davranışa tanık olma ve maruz kalma durumlarının daha fazla olması nedeniyle hemşirelerin, agresyonu kabul edilemez bir davranış olarak algıladıkları düşünülmektedir.

Hemşirelerin çalıştığı bölüm ve çalışma biçimi ile agresyon algılamaları arasında istatistiksel açıdan fark bulunmamıştır.

Araştırma bulgularına göre, ‘Kabul edilemez’ davranış boyutuna ait ifadelerden ‘Agresyon, diğer insanları tehdit etmektir’ ifadesine, sorumlu hemşirelerin servis/poliklinik hemşirelerine göre katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,522$   $p=0,014$ ) (Tablo 4-20). Sorumlu hemşirelerin genellikle meslekte deneyimli olan hemşireler olması ve sorumluluk pozisyonuna bağlı olarak, belki de zaman zaman kullanımına başvuru bir tehdit aracı olarak agresyonu algıladıkları düşünülmektedir.

‘Normal/Kabul edilebilir’ davranış boyutuna ait ifadelerden ‘Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ifadesine hemşirelikte deneyim süresi 5 ve 5 yıldan az olan hemşirelerin, deneyim süresi 5 yıldan fazla olan hemşirelere göre daha fazla katılım gösterdikleri belirlenmiş olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=11,491$   $p=0,003$ ) (Tablo 4-21). Hemşirelikte deneyim süresi 5 ve 5 yıldan az olan hemşirelerin, agresif davranışa daha az maruz kalmaları ve meslekte yeterli deneyimlerinin olmaması nedeniyle bu farkın oluştuğu, tıpkı bekarlar gibi agresyona daha toleranslı yaklaştıkları düşünülmektedir.

‘Normal/Kabul edilebilir’ davranış boyutundaki ifadelerden ‘Agresyon, kendini korumaktır’ ifadesine psikiyatride deneyim süresi 5 yıldan fazla olan hemşirelerin, deneyim süresi 5 ve 5 yıldan az olanlara göre daha fazla oranda katılmadıkları belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=6,114$   $p=0,047$ ) (Tablo 4-22). ‘Kabul edilemez’ davranış boyutunda yer alan ‘Agresyon, başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir’ ifadesine her iki grupta yüksek oranla katılmakla birlikte, deneyim süresi 5 yıldan fazla olan hemşirelerin, deneyim süresi 5 ve 5 yıldan az olanlara kıyasla katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=9,555$   $p=0,008$ ). Psikiyatride deneyim süresi 5 yıldan fazla olan hemşirelerin, meslek yaşamlarında fiziksel agresif davranışa tanık olma ve psikiyatride maruz kalma oranlarının daha yüksek olması nedeniyle agresyonun ‘Kabul edilemez’ bir davranış olarak algıladıkları, yüksek oranda maruz kalmalarına bağlı olarak olumsuz sonuçlarının da daha fazla farkında oldukları ve tolerans göstermedikleri düşünülmektedir.

Hemşirelerin, agresyon ve agresyonla başetme yöntemleri konusunda eğitim alma durumu ile agresyon algılamalarının karşılaştırılmasında, birçok ifade anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 4-23). ‘Normal/Kabul edilebilir’ davranış yönündeki ifadelerden ‘Agresyon gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir’ ( $\chi^2=8,709$   $p=0,013$ ), ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen sağlıklı, normal bir reaksiyondur’ ( $\chi^2=5,990$   $p=0,050$ ) ve ‘Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ( $\chi^2=6,765$   $p=0,034$ ) ifadelerine, agresyon ve agresyonla başetme konusunda eğitim alanların eğitim almayanlara göre katılmama oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir. ‘Normal/Kabul edilebilir’ davranış yönündeki ifadelerden ‘Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ( $\chi^2=10,203$   $p=0,006$ ) ifadesine eğitim alanlar yüksek oranla katılmamakla beraber, katılım oranının, eğitim almayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir. Agresyonun ‘Kabul edilemez’ davranış yönündeki ‘Agresyon, başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir’ ( $\chi^2=9,108$   $p=0,011$ ), ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ( $\chi^2=6,200$   $p=0,045$ ) ve ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ( $\chi^2=7,115$   $p=0,029$ ) ifadelerine agresyon konusunda eğitim almayan hemşirelerin, eğitim alanlara göre katılım oranlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir. Hastaların agresif davranışını önlemede, yönetmede ve agresyonla başa çıkmada birçok çalışmada (Abderhalden ve ark. 2002; Duxbury ve Whittington 2005) daha etkili oldukları saptanan agresyon ve agresyonla başetme konusunda eğitilmiş hemşirelerin, bu konuda bir eğitim almayan hemşirelerin agresyonu sadece yıkıcı/zarar veren yönüyle ‘Kabul edilemez’ bir davranış olarak algılamalarının aksine agresyonu her boyutuyla değerlendirdikleri düşünülmektedir.

#### **5.4. Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Üzerinde Agresyon Deneyimlerinin Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması**

Bu bölümde, hemşirelerin agresyon algılamaları üzerinde agresyon deneyimlerinin etkisi ile ilgili bulgular tartışılacaktır.

#### **5.4.1. Hemşirelerin Agresif Davranış Yaşama Durumlarının (Tanık Olma/Maruz Kalma) Agresyon Algılamalarına Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması**

Araştırma bulgularına göre, meslek hayatları boyunca, fiziksel agresif davranışa tanık olmayanların tanık olanlara göre, ‘Normal/Kabul edilebilir’ yönündeki ‘Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ifadesine daha fazla katılım gösterdikleri bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,829$   $p=0,012$ ) (Tablo 4-24). ‘Kabul edilemez’ davranış yönündeki ‘Agresyon, eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir’ ifadesine meslek yaşamlarında fiziksel agresif davranışa maruz kalan hemşirelerin maruz kalmayanlara göre katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,917$   $p=0,012$ ) (Tablo 4-25). Bu sonuçlar doğrultusunda, mesleki deneyim süresince fiziksel agresif davranışlara tanık olma ve maruz kalmanın, araştırma kapsamındaki grupta, agresyonu işlevsel veya yıkıcı olarak algılamada belirleyici olabildiği ileri sürülebilmektedir. Çalışmamızda, hemşirelerin, psikiyatride çalışırken sözel agresif davranışa tanık olma ve maruz kalma durumlarının agresyon algılamaları üzerinde bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Bir diğer deyişle, sözel agresif eylemlerin uzun vadede kümülatif olumsuz etkileri olmakla birlikte, kültürel yapı içerisinde de sık karşılaşılan bir durum olması nedeniyle, hemşirelerin agresyon algılamaları üzerinde bu çalışmada belirlenen bir etkileri olmadığı ileri sürülebilmektedir.

Araştırma bulgularına göre, ‘Normal/Kabul edilebilir’ yönündeki ‘Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ifadesine psikiyatride fiziksel agresif davranışa tanık olmayan hemşirelerin, tanık olan hemşirelere göre katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ( $\chi^2=8,484$   $p=0,014$ ) (Tablo 4-26). Agresyonla tanık olma düzeyinde dahi karşılaşmamış olmanın, tıpkı bekarların ve mesleki deneyim süresi az olanların algılamalarında olduğu gibi, agresyonu olumlu/tolere edilebilir kabulleniş açısından etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin psikiyatride çalışırken, fiziksel agresif davranışa maruz kalma durumu ile agresyon algılamaları arasında bir fark bulunmamıştır. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin kişisel-mesleki özellikleri ile agresyon algılamaları arasındaki ilişkiler hatırlandığında, algılamalar üzerinde mesleki deneyim sürecince maruz kalınan agresif davranışların aktarımla uzun süreli de olsa etkili

olabildiği, psikiyatride çalışırken riskin daha yüksek olmakla beraber, algılamalar üzerinde geçmiş deneyimlerin daha etkili olabildiği ve tüm bu etkilenmelerin tek bir faktörle değil, pekçok faktörün (kişisel-mesleki) biraraya gelişiyile gerçekleştiği düşünülmektedir.

Araştırma bulgularına göre, hemşirelerin özel yaşamlarında sözel ve fiziksel davranışa tanık olmaları ile ‘Normal/Kabul edilebilir’ yönündeki 2 ifadede anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 4-27/Tablo 4-28). Özel yaşamlarında sözel agresif davranışa tanık olmayan hemşirelerin ‘Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ( $\chi^2=8,672$   $p=0,013$ ) ifadesine katılmama oranlarının, tanık olanlara göre, daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir (Tablo 4-26). Özel yaşamlarında fiziksel agresif davranışa tanık olmayan hemşirelerin ‘Agresyon, gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir’ ifadesine, katılmama oranlarının, tanık olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=7,618$   $p=0,022$ ) (Tablo 4-28). Hemşirelerin az sayıda da olsa özel yaşamda sözel/fiziksel agresif olaylarla karşılaşmamış olmaları, agresyonu, hastanın bakım sürecinde herhangi bir değerlendirmeye tabi tutmadıklarını veya agresyonu diğer duygular gibi normalleştirme eğiliminde olmadıkları anlamına gelebilmektedir. Bir şekilde yaşama dahil olan/karşı karşıya kalınan bir durum, bir olgunun duygusal/bilişsel anlamda bilgi işleme dahil edilmesinde rol oynuyor olabilir. Aksi durumda, olgu herhangi bir sürece dahil edilmemekte, bir başka deyişle bilinmemektedir. . Literatürde, algılama, organizmanın iç ve dış uyaranları/duyumları farketmesi ve yorumlaması ile, belleğe kaydetmesi olarak tanımlanmaktadır (Zebrowitz 1990, Kaynak: Jansen ve ark. 2005). Deneyim ise, kişinin gözlemlerinden veya yaşantılamasından kaynaklanan sahip olduğu bilgidir (Jansen ve ark. 2005). Bu tanımlar da görüşümüzü desteklemektedir.

Çalışmamızda, hemşirelerin özel yaşamlarında sözel agresif davranışa maruz kalma durumu ile agresyon algılamaları arasında bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin, özel yaşamlarında fiziksel agresif davranışa maruz kalma durumu ile agresyon algılamaları ifadelerinin bazıları arasında anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 4-29). Buna göre ‘Normal/Kabul edilebilir’ yöndeki ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur’ ( $\chi^2=6,420$   $p=0,040$ ) ve ‘Agresyon, olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır’ ( $\chi^2=15,051$   $p=0,001$ ) ifadelerine özel yaşamda fiziksel agresif davranışa maruz kalmayan hemşirelerin, katılmama oranlarının

daha yüksek olduğu; ‘Kabul edilemez’ yöndeki ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ ifadesine ise bu hemşirelerin, katılım oranının daha yüksek olduğu ve istatistiksel açıdan farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=7,673$   $p=0,022$ ). Üstteki tahmine dayalı olarak, özel yaşamda fiziksel agresif davranışlarla karşılaşmamış olmak, araştırma kapsamındaki hemşirelerde, yine agresyonu çok yönlü bir biçimde değerlendirmeye katmadıklarını düşündürmektedir. Agresyona sürekli biçimde özel yaşamlarında maruz kalanların ‘Uzun vadede agresyonun tüketici etkisinin farkında olmamaları’ ise, kendilerinde bir duyarsızlık, apati meydana gelebildiği yorumunu akla getirmektedir.

#### **5.4.2. Hemşirelerin Agresyonla İlgili Diğer Deneyimlerinin Agresyon Algılamalarına Etkisini Gösteren Bulguların Tartışılması**

Şizofreni tanılı hastalarda agresif davranma riski olduğunu düşünmeyen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ yönündeki ‘Agresyon, kendini korumaktır’ ifadesine, risk olduğunu düşünenlere göre katılmama oranlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $\chi^2=8,054$   $p=0,018$ ) (Tablo 4-30).

Sanrısız bozukluk tanılı hastalarda agresif davranma riski olduğunu düşünen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar’ ( $\chi^2=7,668$   $p=0,022$ ) ve ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur’ ( $\chi^2=7,317$   $p=0,026$ ) ifadelerine daha fazla oranda katılmadıkları tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-31).

Ayrıca, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ( $\chi^2=11,654$   $p=0,003$ ) ve ‘Agresyon, diğer insanları tehdit etmektir’ ( $\chi^2=7,279$   $p=0,026$ ) ifadelerine, risk olduğunu düşünmeyenlere göre katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Bipolar bozukluk tanılı hastalarda agresif davranma riski olduğunu düşünmeyen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ifadesine risk olduğunu düşünen hemşirelere göre

katılımlarının daha fazla ( $\chi^2=8,241$   $p=0,016$ ); ‘Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ( $\chi^2=10,080$   $p=0,006$ ), ‘Agresyon, olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır’ ( $\chi^2=6,611$   $p=0,037$ ) ifadelerine ise katılmama oranlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (Tablo 4-32).

Ayrıca, ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ( $\chi^2=6,903$   $p=0,032$ ) ve ‘Agresyon, başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir’ ( $\chi^2=9,421$   $p=0,009$ ) ifadelerine, bipolar bozuklukta agresif davranış riski olduğunu düşünmeyen hemşirelerin, düşünenlere göre katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Anksiyete bozukluğu tanımlı hastalarda agresif davranma riski olduğunu düşünmeyen hemşirelerin, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,777$   $p=0,012$ ) (Tablo 4-33).

Dissosiyatif bozukluk tanımlı hastalarda agresif davranma riski olduğunu düşünen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur’ ifadesine, risk olduğunu düşünmeyenlere göre daha fazla oranda katılmadıkları tespit edilmiş, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=8,352$   $p=0,015$ ) (Tablo 4-34). Ayrıca, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=6,381$   $p=0,041$ ) (Tablo 4-34).

Mental retardasyon tanımlı hastaların agresif davranma riski olduğunu düşünmeyen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ( $\chi^2=6,368$   $p=0,041$ ), ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır’ ( $\chi^2=10,573$   $p=0,005$ ) ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ifadesine mental retardasyonda agresif davranış riski

olduğunu düşünen hemşirelerin, düşünmeyenlere göre daha fazla oranda katılmadıkları belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=7,610$   $p=0,022$ ).

‘Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ ifadesine mental retardasyonda agresif davranış riski olduğunu düşünen ve düşünmeyen hemşirelerin her ikisi de, yüksek oranda katılım göstermekle birlikte, risk olduğunu düşünen hemşirelerin bu ifadeye katılmama oranlarının diğerlerine göre daha yüksek oranda olduğu ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=6,516$   $p=0,038$ ).

Alkol-madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların agresif davranma riskinin daha fazla olduğunu düşünen hemşirelerin agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, bir fiziksel şiddet eylemidir’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=7,212$   $p=0,027$ ).

Hastaya ait bir karakteristik olarak, hemşirelerin agresyon algılamalarını etkileyebilen bir faktör olabileceği düşüncesinden hareketle; hemşirelere göre, belirli hastalık tanılarında agresif davranma riski olması veya olmaması inancı ile hemşirelerin yukarıda da belirtilen algılama ifadeleri arasında saptanan anlamlı farklar, gerek riskli, gerekse risksiz olarak algılanan hastalıklarda, saptanan ortak noktanın, ‘agresyonun yıkıcı/zarar verici bir olgu olduğuna inanma, işlevsel/normal/kabul edilebilir bir olgu olduğuna inanmama’ eğilimine işaret etmektedir. Bir başka deyişle, genel olarak tanının ne olduğunun öneminden çok, pek çok faktörün etkileşiminden doğan, ‘agresyonun yıkıcı ve işlevsel olmayan bir durum’ olarak algılanması söz konusudur.

Çalışmamızda, risk olduğu düşünülen hastalıklarda, agresyonun yıkıcılığını gösteren ifadeler daha ağırlıktayken, risk olmadığı düşünülen hastalıklarda, agresyonun normal/kabul edilebilir bir durum oluşuna gönderme yapan ifadeler daha çoğunluktadır. Ayrıca, hastalık tanısına ve bu tanıya yönelik hemşirenin algısının önemine dikkat çeken ilginç sonuçlardan biri de, Mental Retardasyon tanısında ortaya çıkmıştır: Mental retardasyonda agresyon riski olduğunu düşünen hemşireler, zarar vericilik/kabul edilemezlik anlamı taşıyan ‘Agresyon, tehdit, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ ifadesine katılmadığını belirtmiştir. Bu sonuç, mental retarde bir hastanın agresif davranması, hemşirelerde olumsuz bir algıya neden olmuyor anlamına gelebilmektedir. Bu görüşümüzü destekleyen, aksi yönde bir eğilim, Sanrısız Bozukluk’ta risk olduğunu düşünenlerin, ‘Agresyon, diğer insanları tehdit etmektir’ ifadesine katıldıklarını belirtmelerile de ortaya çıkmaktadır. Mental retardasyonlu hastalarda agresif davranma

riski olmadığını düşünen hemşireler, ‘Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ifadesine katılım göstermişlerdir. Yine farklı bir durum olarak, Alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastalara karşı, hemşirelerde kesin olarak ‘Agresyonun bir fiziksel şiddet eylemi’ olduğuna dair bir algılamanın olduğu sonucu da anlamlıdır. Bu sonuçlar, hastalık tanısının ve tanının hemşirede oluşturduğu algı birlikteliğinin agresyona ilişkin atıf ve algılamalarda önemine işaret etmektedir.

Psikiyatri hemşirelerinin, psikiyatri hastalarının bütün davranışlarından sorumlu tutulamayacağı yönünde bir algılaması olduğu yönünde genel bir kanı vardır (Jansen ve ark. 2005). Çalışma tarihi olarak eski sayılabilecek bir çalışma olmasına rağmen, agresyon konusu ile ilgili ilk sayılabilecek nitelikteki çalışmalardan biri olan Poster ve Ryan’ın (1989) araştırmasında, psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin, saldırgan hastalara karşı yasal bir girişimde bulunmanın etik uygunluğu konusunda net olmadıkları ileri sürülmüştür.

Çalışmamızda, hemşirelere göre hastaların agresif davranış sergileme nedenleri ile agresyon algılamalarının karşılaştırılması sonucu;

‘Hastalığın akut aşamasında olmanın’ agresif davranma nedeni olacağına inanan hemşireler, “Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur” ifadesine, daha yüksek oranda ‘kararsız’ olduklarını belirtmiş ve anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=12,267$   $p=0,002$ ). Konu ile ilgili literatürde (Duxbury 1999, Kaynak: Jansen ve ark. 2005; Bowers ve ark.2007) hastalığın akut aşamasının agresif davranış riskini yüksek oranda barındırdığı ve bu aşamada hastanın iyi değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Çalışmanın genel sonuçları içinde, çok fazla katılım gösterilmeyen bu ifadeye, hemşirelerin ‘kararsız’ kaldıklarının belirlenmesi, hemşirelerin ‘akut aşamanın’ önemini farkında oldukları ve hastadaki diğer problemlerin belirlenmesinde, agresyonun bazen yol gösterici olabileceğine dair bir eğilimleri olabileceği anlamına gelmektedir.

Yine, akut aşamanın agresif davranış nedeni olacağını düşünenler, “Agresyon, olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır” ifadesine daha yüksek oranda katılmadıklarını belirtmişler, ve bu istatistiksel açıdan anlamlı bir farka yol açmıştır ( $\chi^2=9,639$   $p=0,008$ ). Hemşirelere göre, akut aşama önemlidir, hastalıktan kaynaklanan birçok olumsuz durumu içermektedir. Ancak, akut psikiyatrik durumların akut aşaması, hastayla etkili/olumlu bir iletişim kurmanın güçlüğüne de sahne olmaktadır. Hemşireler, agresyonu çalışmanın bütününde olumlu bir iletişim kurma aracı olarak görmemektedir.

Yine, akut aşamanın bir neden olacağını düşünen hemşireler, ‘Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ ifadesine daha yüksek oranda katıldıklarını belirtmişler ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=11,518$   $p=0,003$ ). Pek çok agresyon olayının akut aşamada meydana geldiği/gelebileceği rasyoneli dikkate alındığında, agresif olayların bu aşamadaki yoğunluğu ve ciddiyetinin hemşirelerde bu algılamının gelişmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutunda ‘Agresyon gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir’ ( $\chi^2=10,874$   $p=0,004$ ) ve agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, eşyalara ve kendine yönelik zarar verme tehdididir’ ( $\chi^2=8,174$   $p=0,017$ ), ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ ( $\chi^2=7,629$   $p=0,022$ ) ve ‘Agresyon, başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir’ ( $\chi^2=6,251$   $p=0,044$ ) ifadelerine, hastaların agresif davranma nedeninin ‘Tedavinin etkin olmaması’ olduğunu düşünen hemşirelerin katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir. Hastaların agresif davranma nedeni olarak, ‘Tedavi etkinliğinin yetersizliğini’ düşünme, hastalığın boyutuna ve tedavi rejiminin önemine işaret etmektedir. Sebebi ne olursa olsun, tedavi etkisizliği bir yanda hemşirelerde agresyonu daha tolere eden, daha normalleştiren bir algılamaya yol açarken, diğer yanda, agresyonun zarar vericiliğini ve olumsuz sonuçlarını içermektedir.

Hastaların agresif davranış sergileme nedeninin ‘Diğer hastalar tarafından provoke edilmesi’ olduğunu düşünen hemşirelerin agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir’ ( $\chi^2=7,790$   $p=0,020$ ) ve ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur’ ( $\chi^2=6,347$   $p=0,042$ ) ifadelerine daha fazla oranda katılmadıkları belirlenirken, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ( $\chi^2=9,595$   $p=0,008$ ) ifadesine ise katılımlarının daha fazla olduğu görülmüştür, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Hastaların provokasyonu sonucu agresif davranışlar ortaya çıkması, iletişim kopukluğunu, öfke gibi olumsuz duyguların uygun şekilde ifade edilmesi gereğini, kişilerarasında güç çatışmalarının agresyona nasıl zemin hazırlayabileceğini akla getirmektedir. İlişkili bulunan algılama ifadeleri de bu doğrultuda incelendiğinde, kapsamlarındaki ilişki ve güç/hiyerarşi paternleri açıktır.

Hastaların agresif davranış sergileme nedenini ‘Diğer hastalar tarafından provoke edilmesi’ olduğunu düşünmeyen hemşirelerin agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir. Bu sonuç, çalışma kapsamındaki hemşirelerin agresyona daha çok hasta odaklı baktıklarını ve agresyonun sonucu açısından bir değerlendirme yapma eğiliminde olduklarını düşündürmektedir.

Hastaların agresif davranış sergileme nedeninin ‘Aile üyeleriyle yaşanan problemler ve çatışmalar’ olduğunu düşünen hemşirelerin agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ( $\chi^2=9,469$   $p=0,009$ ) ve agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, bir fiziksel şiddet eylemidir’ ( $\chi^2=10,564$   $p=0,005$ ) ifadelerine katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Hemşireler, psikiyatri hasta aileleri ile hastalar arasındaki iletişimin niteliği ve çatışmaların önemini farkında olarak, agresyonun aile kaynaklı agresyon olgularında işlevsel bir yanı olabileceğini düşünmekte ve zarar verici sonucunun ciddiyetine de atıfta bulunmaktadır.

Hastaların agresif davranış sergileme nedeninin ‘Fiziksel ortamdaki yetersizlikler’ olduğunu düşünen hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyon, tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar’ ( $\chi^2=9,996$   $p=0,007$ ) ve ‘Agresyon, öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur’ ( $\chi^2=6,482$   $p=0,039$ ) ifadelerine daha fazla oranda katılmadıkları belirlenirken, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ ( $\chi^2=8,092$   $p=0,017$ ) ve ‘Agresyon, bir fiziksel şiddet eylemidir’ ( $\chi^2=12,011$   $p=0,002$ ) ifadelerine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir. Fiziksel ortam yetersizlikleri, hastaya ve/veya ekibin nitelikleri dışında, kontrolün tamamen dış odaklı olduğu bir neden olarak ele alınmaktadır. Psikiyatri servislerinde bir bütün olarak fizik ortam hem hastanın hem de ekibin güvenlik ve memnuniyet algısı üzerinde önemli rol oynamaktadır. Hemşirelerin, bu nedene bağlı olarak, agresyon algılamalarının yıkıcı ve işlevsel olmayan bir yapıda şekillendiği ileri sürülebilir.

Hastaların agresif davranış sergileme nedeninin ‘Sigara içmesine izin verilmemesi’ olduğunu düşünmeyen hemşirelerin agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’

boyutundaki ‘Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur’ ifadesine ( $\chi^2=14,836$   $p=0,001$ ) daha fazla oranda katılmadıkları görülürken, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, bir fiziksel şiddet eylemidir’ ( $\chi^2=6,461$   $p=0,040$ ) ifadesine her iki grubun katılım oranları yüksek olmakla beraber, ‘Sigara içmesine izin verilmemesinin’ bir neden olduğunu düşünenlerin, daha fazla kararsız kaldıkları belirlenmiş, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir. Psikiyatri servislerinde kuralların uygulanmasının, engellenme eşiği düşük bireylerde kişilik ve mahremiyet haklarına bir saldırı olarak tanımlanması ve agresif davranışlara zemin hazırlaması söz konusudur. Sigara içmenin belirli koşullara bağlanması da bunlardan biridir. Bunu agresif davranışlarda bir neden olarak görmeyen hemşireler, hasta agresyonunun altında yatan sebepler konusunda, yeterince çok yönlü bir değerlendirmeye sahip olmayabilir ve agresyonu sadece fiziksel yönüyle, zarar verici olarak ele alıyor olabilir.

Çalışmamızda, hemşirelerde agresif davranışlar sonucu meydana gelen durumlardan bazılarının, hemşirelerin agresyon algılamalarıyla karşılaştırılmasında anlamlı sonuçlar bulunmuştur. Agresif davranış sonrasında öfke duymayan hemşirelerin, öfke duyan hemşirelere göre agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Kendini korumaktır’ ifadesine daha fazla oranda katılmadıkları belirlenmiş, bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $\chi^2= 6,527$   $p=0,038$ ). Agresif davranış sonrasında öfke duyan hemşirelerin, agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2= 9,160$   $p=0,010$ ). Öfke duygusunun yaşanmasında öğrenmenin büyük bir yeri vardır ve öfke istenmeyen sonuçlara, karşılanmayan beklentilere verilen son derece insani, doğal bir duygudur. Agresif eylemler sonucu öfke duymayan hemşirelerin, agresyona bir kendini koruma aracı olarak bakmaması, öfke duyanlarda, sözel veya fiziksel agresyona olumlu/kendini koruma aracı olarak bakma, bir tür meşrulaştırma eğilimini akla getirmektedir. Agresif davranış sonucu öfke duyan hemşirelerde, agresyona ‘hastaların bir güç gösterisi aracı’ olarak bakma eğilimi de, agresyon gibi olumsuz olaylara karşı sık verilen tepkilerden olan öfkenin hemşireleri yoğun etkilediğine dikkati çekmektedir.

Çalışmamızda agresif davranış sonrasında korku duyan hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Olumlu hemşire-hasta iletişiminin

başlangıcıdır' ifadesine ( $\chi^2= 6,241$   $p=0,044$ ) daha fazla oranda katılmadıkları, 'Kabul edilemez' boyutundaki 'Diğer insanları tehdit etmektir' ifadesine ( $\chi^2=7,460$   $p=0,024$ ) katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Agresif davranış sonrasında anksiyete yaşayan hemşirelerin agresyonun 'Normal/Kabul edilebilir' boyutundaki 'Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir' ifadesine ( $\chi^2=6,884$   $p=0,032$ ) daha fazla oranda katılmadıkları, agresyonun 'Kabul edilemez' boyutundaki 'Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır' ( $\chi^2=7,386$   $p=0,025$ ) ve 'Diğer insanları tehdit etmektir' ( $\chi^2=5,978$   $P=0,050$ ) ifadelerine katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Agresif davranış sonrasında sık görülen yanıtlardan, korku ve anksiyete yaşayan hemşirelerin, agresyonun olumsuz sonuçlarını yaşamaması nedeniyle agresyonu 'Kabul edilemez' bir davranış olarak algıladığı düşünülmektedir.

Agresif davranış sonrasında çaresizlik hissetmeyen hemşirelerin agresyonun 'Normal/Kabul edilebilir' boyutundaki 'Agresyon, bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir' ( $\chi^2=9,343$   $p=0,009$ ) ifadesine daha fazla oranda katılmadıkları belirlenirken, agresyonun 'Kabul edilemez' boyutundaki 'Agresyon, başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir' ( $\chi^2=6,163$   $p=0,046$ ) ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir. Agresif davranış sonrasında çaresizlik hisseden hemşirelerin agresyonun 'Normal/Kabul edilebilir' boyutundaki 'Agresyon, güçsüzlük duygusundan kaynaklanır' ( $\chi^2=9,532$   $p=0,009$ ), 'Agresyon, hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur' ( $\chi^2=7,517$   $p=0,023$ ) ifadelerine ve agresyonun 'Kabul edilemez' boyutundaki 'Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar' ( $\chi^2=6,138$   $p=0,046$ ), 'Agresyon, hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır' ( $\chi^2=6,536$   $p=0,038$ ) ve 'Agresyon, diğer insanları tehdit etmektir' ( $\chi^2=6,350$   $p=0,042$ ) ifadelerine katılımlarının daha fazla olduğu belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir. Agresif davranış sonrasında çaresizlik hissetmeyen hemşirelerin agresyonun 'Kabul edilemez' boyutundaki 'Agresyon, tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur' ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=8,808$   $p=0,012$ ).

Agresif davranış sonrasında çaresizlik hisseden/hissetmeyen hemşireler agresyonu genelde 'Kabul edilemez' bir davranış olarak algılamakla beraber, hastanın

agresif davranışının altında yatan nedenleri anlamaya ve problemlerini tanımlamaya çalışan bir tutum sergilediği düşünülmektedir. Çaresizlik yanıtı yaşamayan hemşirelerde, diğerlerine göre daha kesin bir şekilde, agresyonun tolere edilemeyeceğine ve zarar verici yanına dair atıf yapılmaktadır.

Çalışmamızda, agresif davranış sonrasında güvensizlik hissetmeyen hemşirelerin agresyonun ‘Kabul edilemez’ boyutundaki ‘Agresyon, sürekli olursa tükenmeye yol açar’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu bulunmuş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=7,295$   $p=0,026$ ). Güvensizlik hissetmeyen hemşirelerin, hissedenlere oranla agresyonun uzun vadede olumsuz sonuçlarına dair, daha net bir farkındalık içinde oldukları ileri sürülebilir.

Araştırma bulgularına göre, agresif davranış sonrasında sosyal ilişkilerinde bozulma yaşamayan hemşirelerin, agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır’ ifadesine daha fazla oranda katılmadıkları belirlenmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=7,214$   $p=0,027$ ). Hemşirelerin agresif olaylara maruz kalma sonrası sosyal ilişkilerinde bir sorun yaşamamalarına rağmen, agresyonu hasta ile iletişim kurmada olumlu/yapıcı bir faktör olarak algılamadıklarını düşündürmektedir.

Agresif davranış sonrasında sosyal ilişkilerinde bozulma yaşamayan, güvensizlik hissetmeyen hemşireler, agresyonun olumsuz sonuçlarından etkilenmemelerine rağmen agresyonu ‘Kabul edilemez’ bir davranış olarak algıladıkları düşünülmektedir.

Araştırma bulgularına göre, çalıştıkları bölümde kendilerini güvende hissetmeyen hemşirelerin, güvende hissedenlere göre agresyonun ‘Normal/Kabul edilebilir’ boyutundaki ‘Agresyonun gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir’ ifadesine katılımlarının daha fazla olduğu tespit edilmiş, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $\chi^2=10,108$   $p=0,006$ ). Çalışırken kendisini güvende hissetmeyen hemşire, güvensizliğe bağlı olumsuz durumlar yaşamamasına rağmen, hastalardaki ya da bireylerdeki agresyonu anlamada daha tolere eden, kabul gören bir anlayış geliştirebilmektedir.

Hemşirelerin çalıştıkları bölümde zorunlu yatış uygulanma sıklığı ile agresyon algılamaları karşılaştırılmış, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.

## 5.5. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 5.5.1. SONUÇLAR

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin agresyon algılamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacı ile gerçekleştirilen çalışmanın bulgularına göre,

- Hemşirelerin, yaş ortalamasının  $32 \pm 0,73$  olduğu; %57,6'sının 30 yaş ve altı grubu oluşturduğu; %83,6'sının kadın; %53,3'ünün evli olduğu; %38,2'sinin şehirde büyüdüğü; %45,5'inin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu, %49,1'inin S.B.'na bağlı psikiyatri veya devlet hastanelerinde çalıştığı, %75,8'ünün akut psikoz ve diğer akut psikiyatri hastalarının tedavi/bakım hizmetlerinin yürütüldüğü (alkol-madde, çocuk/ergen, adli, nevroz vb.) servislerde, %77,6'sının servis-poliklinik hemşiresi olarak, %64,8'inin nöbet/vardiya usulü görev yaptığı, %66,7'sinin mesleki deneyim süresinin 5 yıldan fazla iken, %60,6'sının 5 ve 5 yıldan az bir süredir psikiyatri servisinde çalıştığı; %64,2'sinin agresyon ve baş etme yöntemleri konusunda eğitim almadığı belirlenmiştir.
- Hemşirelerin çoğunluğunun meslekte, psikiyatri servisinde ve özel yaşamda hem sözel, hem de fiziksel agresif davranışlara 'en az 1 kez' (nadiren+bazen+sık sık+her zaman şeklinde) tanık oldukları belirlenmiştir. Benzer şekilde hemşirelerin çoğunluğunun meslekte, psikiyatri servisinde hem sözel, hem de fiziksel agresif davranışlara 'en az 1 kez' (nadiren+bazen+sık sık+her zaman şeklinde) maruz kaldıkları belirlenmiştir. Hemşirelerin özel yaşamda sözel agresif davranışa 'en az bir kez' (nadiren+bazen+sık sık) maruz kalma oranı %76,4 (n=126) iken, yarıdan fazlasının (%64,8 n=107) kendi bildirimlerine göre, fiziksel agresif davranışa maruz kalmadığı belirlenmiştir.
- Hemşirelere göre, agresif davranış görülme riski en fazla olan hastalıklar sırasıyla; kişilik bozukluğu (%83,7 n=138), şizofreni (%79,4 n=131), sanrısız bozukluklar (%75,1 n=124), alkol-madde kullanım bozuklukları (%73,3 n=121) şeklindedir. Ayrıca, agresif davranış riskinin olmadığı hastalıklar açısından durum incelendiğinde, majör depresif bozukluk (%64,8 n=107), dissosiyatif

bozukluklar (%62,4 n=103) ve anksiyete bozukluklarının (%50,9-n=84) ilk 3 sırada geldiği belirlenmiştir.

- Hemşirelere göre hastaların agresif davranış (sözel/fiziksel) sergileme nedenleri arasında öncelikle; hastalıkla ilgili faktörlerden ‘akut aşamada olma’ (%80 n=132) gelmekteyken, kişilerarası ilişkilerle ilgili faktörlerden, ‘diğer hastaların provokasyonu’ (%50,9 n=84), ve ‘aile üyeleriyle yaşanan problemler ve çatışmalar’ (%49,7 n=82) hemşirelerin hemen hemen yarısı tarafından agresif davranış nedeni olarak belirtilmiştir. Hemşirelerin büyük çoğunluğunun ‘çalışan tarafından provokasyon’ (%86,7 n=143) ve ‘hastalarla çalışanlar arasındaki iletişim yetersizliği’ (%76,4 n=126) seçeneklerini hastalardaki agresif davranışların nedenleri arasında görmedikleri tespit edilmiştir. Ortam ve kurullarla ilgili faktörler arasında, ‘hastanede kalmak istememe’ (%91,5 n=151), ‘kendi isteği dışında yatırılma’ (%89,7 n=148) ve ‘dışarıya çıkmasına izin verilmeme’ (%81,2 n=134), ‘sigara içilmesine izin verilmeme’ (%50,3 n=83) hastalardaki agresif davranışların en yüksek oranda nedenleri olarak belirtilmiş, öte yandan, ‘fiziksel ortamdaki yetersizlikler’, hemşirelerin yarıdan fazlası için (%58,2 n=96) agresif davranış nedeni olarak gösterilmemiştir.
- Hemşirelerde agresif davranışlara bağlı olumsuz sonuçların çoğunlukla meydana gelmediği görülmekle birlikte, ‘öfke-kızgınlık’ (%59,4 n=98) ve ‘korku’ (%60,6-n=100) duygularının en yoğun yaşanan durumlar olduğu belirlenmiştir.
- Hemşirelerin yarıya yakını (%46,1 n=46) çalıştıkları bölümde kendilerini çoğunlukla güvende hissettiklerini ifade etmiştir.
- Hemşirelerin yarıya yakını (%46,7 n=77), çalıştıkları bölümlerde hastalara ‘sık sık’ ve ‘her zaman’ zorunlu yatış uygulandığını belirtmiştir.
- Araştırmamızda, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin agresyon algılamalarının, çoğunlukla, yıkıcı ve zarar verici nitelikte ‘agresyonun kabul edilemez’ bir olgu olduğu yönünde eğilim gösterdiği; ‘agresyonun normal/kabul edilebilir’ olgu olarak kabulünün, özellikle mesleki uygulamaları ve iletişimi

kapsayan boyutta, çoğunlukla söz konusu olmadığı belirlenmiştir. Sadece ‘Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir’ ve ‘Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır’ ifadeleri hemşirelerin yarıya yakınının katılım (kabul) gösterdiği ifadelerdir.

- Hemşirelerin agresyon algılamalarını, cinsiyet, medeni durum, büyüdüğü yer, eğitim durumu, çalıştığı kurum şekli, sorumluluk düzeyi, hemşirelikte ve psikiyatride deneyim süresi, agresyonla başetme eğitimi alma durumu, meslekte ve özel yaşamda fiziksel agresif davranış deneyimleri (tanık olma/maruz kalma) durumu, psikiyatride fiziksel, özel yaşamda sözel agresif davranışa tanık olma deneyimleri ve bölümde kendini güvende hissetme düzeyinin etkilediği belirlenmiştir.
- Ayrıca, hemşirelere göre şizofreni, sanrısız bozukluklar, bipolar bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar, alkol-madde kullanım bozuklukları, mental retardasyon tanılı hastalarda agresif davranış görülme riskinin ve hastaların agresif davranış sergileme nedenlerinden hastalığın akut aşamasında olması, tedavinin etkin olmaması, diğer hastalar tarafından provoke edilmesi, aile üyeleriyle yaşanan problemler ve çatışmalar, sigara içmesine izin verilmemesi, fiziksel ortamdaki yetersizliklerin agresyon algılamalarını etkilediği belirlenmiştir.
- Hemşirelerde agresif davranış sonucu gelişen öfke, korku, anksiyete, apati, çaresizlik, kendini suçlama, güvensizlik, sosyal ilişkilerde bozulmanın agresyon algılamalarını etkilediği saptanmıştır.

### 5.5.2. ÖNERİLER

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, genel olarak psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, agresyon deneyimleri ve agresyon algılamaları üzerine genel bir anlayış sağlamaktadır.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler:

Psikiyatri servislerinde, agresyon olaylarının etkili şekilde yönetimi için, işlevsel modeller geliştirilmesinde, agresif hastalara karşı sağlık çalışanlarının tutumlarını ve algılamalarını belirleyen/etkileyen durumların bilinmesi önemlidir. Çevresel, kurumsal ve kültürel değişimleri tanımlamak amacıyla, daha ileri çalışmalar yapılması gereklidir.

Hastaların agresif davranışlarının hemşireler tarafından çoğunlukla yıkıcı/zarar verici yönde algılanmasının hasta-hemşire ilişkisini olumsuz yönde etkileyebileceği ve negatif tutumlara yol açabileceği göz önünde tutularak, İletişim Becerilerini, Risk Tanılamayı ve Risk Yönetimini geliştirmeye odaklanan eğitimler düzenlenmesi gereklidir.

Hasta agresyonunun, psikiyatri hemşireliği günlük uygulamalarının bir parçası olarak kabul edilmesi ve bu nedenle hemşireler tarafından çoğunlukla önemli bir sorun olarak algılanmaması eğilimi nedeniyle, hemşirelerin baş etme stratejileri üzerine araştırılmalar yapılması gereklidir.

Hastalara ve agresif davranışlarına karşı, bakım verenlerin tutum ve algılamalarının, davranışı yönetmek (kontrol altına almak) için uygulanan girişimlerin yapısı üzerinde önemli etkisi vardır ve hemşirelerin agresyon algılamaları ile klinikte karşılaştıkları durumlarda sergiledikleri davranışlar (olayın bildirim, kontrol altına alma yöntemleri vb.) arasında ilişki olup olmadığının belirlenmesi amacıyla, ileri çalışmalar düzenlenmesi gereklidir.

### KAYNAKLAR

- Abay, E. ve Tuğlu, C. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 3:21-26.
- Abderhalden, C., Needham, I., Friedli, T.K., Poelmans, J. ve Dassen, T.(2002). Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand*, 106 (412):110-117.
- Aslan, Ö., Lofçalı, A., Uğur, Ő. ve Tuğlu, A. (2005). Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaşımları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 47 (1) : 18 – 23.
- Ayan, S. (2007). Aile içinde Şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8:206-214.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y. ve Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında Şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3:147-154
- Bilgin, H.(2002). *Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişilerarası ilişki tarzları ile hasta/hasta yakınlarından kaynaklanan saldırılara karşı tutumları*. Doktora tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bilgin, H. ve Buzlu, S.(2006). A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues in Mental Health Nursing*, 27:75-90.
- Bowers, L., Whittington, R., Almvik, R., Bergman, B., Oud, N. ve Savio, M.(1999). European perspective on psychiatric nursing and violent incidents:management, education and service organisation. *International Journal of Nursing Studies*, 36- 217-222.

Bowers, L., Alexander, J., Simpson, A., Ryan, C., Carr-Walker, P. (2007). Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. *International Journal of Nursing Studies*, 44 349–356.

Bowers, L., Teresa, A., Simpson, A., Jones, J., Van Der Merwe, M. ve Jeffery, D. (2009). Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues in Mental Health Nursing*, 30:4,260-271.

Camerino, D., Estryn-Behar, M., Conway, P.M., Van Der Heijden, M.B.I.J. ve Hasselhorn, H.M.(2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European next study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45: 35–50.

Çetin, M., Çilden, Ş., Başoğlu, C., Tarhan, N. ve Burkovic, Y. (1996). Saldırganlık Davranışının Biyokimyasal ve Nöroendokrinolojik Göstergelerinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 4, 1-4.

Dilbaz, N. (1999). Şiddet Riskinin Değerlendirilmesi ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. *Klinik Psikiyatri*, 2:179-188.

Doğan, S., Güler, H. ve Koçak, E. (1999). Hemşirelerin Öfke Davranışlarına Tepkileri ve Kendi Öfke Düzeylerinin Belirlenmesi. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(1).

Doğan, S., Güler, H. ve Kelleci, M. (2001). Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1).

Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 325–337.

Duxbury, J. ve Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 469–478.

El-Badri, S.M. ve Mellsoy, G. (2006). Aggressive behaviour in an acute general adult psychiatric unit. *Psychiatric Bulletin*, 30,166-168.

Foster, C., Bowers, L, ve Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58(2), 140–149.

Geçtan, E. (1999). Psikanaliz ve Sonrası, Hür Yayınları, İstanbul.

Gerberich, S.G., Church, T.R., McGovern, P.M., Hansen, H.E., Geisser,N.M., Ryan, A.D., Mongin, S.J., Watt, G.D. (2004). An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurse's Study. *Occup Environ Med*, 61:495-503.

Haller, R.M. ve Deluty, R.H. (1988). Assaults on staff by psychiatric inpatients: a critical review. *Br J Psychiatry*, 152:174-179.

Irwin, A. (2006). The nurse's role in the management of aggression. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13, 309–318.

Jansen, G. J., Dassen, W.N. ve Moorer, P.(1997). The Perception of Aggression, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11, 51-55.

Jansen, G. J., Dassen, W. N. ve Jebbink, G. G.(2005). Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 3–13.

Jansen, G.J.(2005). The attitude of Nurses towards Inpatient Aggression in Psychiatric Care, *The Development of an Instrument*.1st ed. The Netherlands, p.175-9.

Jonker, E. J., Goossens, P. J. J., Steenhuis, I. H. M. ve Oud, N. E. (2008). Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 492–499.

Ketelsen, R., Zechert, C., Driessen, M. ve Schulz, M. (2007). Characteristics of aggression in a German psychiatric hospital and predictors of patients at risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 92-99.

Maquire, J. ve Ryan, D.(2007). Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 120-127.

Morrison, E.F. ve Love, C.C. (2003). An evaluation of four programs for the management of aggression in psychiatric settings. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(4), 146-155.

Muro, C., Tomas, C., Moreno, L. ve Rubio, V. (2002). Perception of aggression, personality disorders and psychiatric morbidity in nursing students. *Acta Psychiatr Scand*, 106 (Suppl. 412): 118–120.

Needham, I., Abderhalden, C., Dassen, T., Haug, H.J. ve Fischer, J.E.(2004). The perception of aggression by nurses: psychometric scale testing and derivation of a short instrument. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 36–42.

Nijman, H., Allertz, W., Merckelbach, H., Cambo, J. ve Ravelli, D. (1997). Aggressive behaviour on an acute psychiatric admissions ward. *Eur. J. Psychiatry* 11(2):106-114.

Nijman, H.L., Muris, P., Merckelbach, H., Palmstierna, T., Wistedt, B., Vos, A.M., Rixtel, A.V. ve Allertz, W. (1999). The staff observation aggression scale-revised (SOAS-R). *Aggressive Behavior*, 25: 197-209.

Nijman, H. ve Henk, L. (1999). Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv.* 50: 830-831.

Nolan, P., Daltender, J., Soares, J., Thomsen, S. ve Arnetz, B.(1999). Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 934-941.

Oflaz, F. (2006). Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7:55-61.

Oral, G. ve Atamer, A. (2004). Psikolojik Kuramlar ve Agresyon Üzerine Bir Derleme. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 1(1):43-57.

Öztunç, G. (2001). Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5:1-9.

Poster, E.C. ve Ryan, A.J. (1989). Nurses' attitudes toward physical assaults by patients. *Arch Psychiatr Nurs*, 3 (6):315-322.

Powell, G., Caan, W. ve Crowe, M. (1994). What events precede violent incidents in psychiatric hospitals?. *Br J Psychiatry*, 165:107-112.

Shepherd, M. ve Lavender, T. (1999). Putting aggression into context: an investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. *Journal of Mental Health*, 8(2): 159-170.

Silver, E., Mulvey, E. ve Monahan, J. Assessing violence risk among discharged psychiatric patients: toward an ecological approach. *Law and Human Behavior*, 23(2): 237-255.

Steinert, T., Wiebe, C. ve Gebhardt, R.P. (1999). Aggressive behavior against self and others among first-admission patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 50:85-90.

Şenuzun, E.F. ve Karadakovan, A. (2005). Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *International Nursing Review*, 52, 154–160.

Torpy, G. ve Hall, M. (1988). Violent incidents in a secure unit. *Journal of Forensic Psychiatry*, 4(3): 517-541.

Turgut, T., Lagace, D., İzmir, M. ve Dursun, S.(2006). Assesment of violence and aggression in psychiatric settigs:descriptive approaches. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 16,179-194.

Vanderslott, J.(1998). A study of incidents violence towards staff by patients in an NHS Trust hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 291-298.

Wells, J. ve Bowers, L. (2002). How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK?. *Journal of Advanced Nursing*, 39(3), 230–240.

Whittington, R. (2002). Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the ‘zero tolerance’ era: associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing*, 11: 819–825.

Woods, P. ve C, Ashley.(2007). Violence and aggression:a literature rewiew. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 652-660.

Yeşildal, N. (2005). Sağlık Hizmetlerinde İş Kazalari ve Şiddetin Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (5).

**FORMLAR****EK-1****BİLGİ FORMU**

Bu çalışma; psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, agresyon (saldırganlık) algılamalarını ve algılamalarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın yararlı olması ve gerçeği yansıtması için lütfen her soruyu içtenlikle yanıtlayınız. Bilgi formunda isim belirtilmeyecek ve tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Yardımlarınız için teşekkürler.

Şenay Özdemir Pekriz

İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Florence Nightingale H.Y.O.

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Aşağıdaki form 2 bölümden oluşmaktadır. 1. bölümde kişisel ve mesleki alana ait sorular, 2. bölümde agresyon (saldırganlık) deneyimleri ve algılamaları ile ilgili sorular bulunmaktadır.

**I- Kişisel – Mesleki Bilgiler:**

**1. Yaşınız:.....**

**2. Cinsiyetiniz:**

Kadın

Erkek

**3. Medeni durumunuz:**

Evli

Bekar

Dul

Boşanmış

Ayrı yaşıyor

**4. Büyüdüğünüz yer:**

Köy

Kasaba

Şehir

Büyükşehir

Yurtdışı

**5. Eğitim durumunuz:**

- ( ) Sağlık Meslek Lisesi                      ( ) Lisans  
 ( ) Ön Lisans                                      ( ) Lisansüstü

**6. Çalıştığınız Kurum şekli:**

- ( ) Üniversite Hastanesi      ( ) S.B. Hastanesi      ( ) Özel Hastane      ( ) Diğer

**7. Çalıştığınız bölüm:**

- ( ) Akut psikoz                                      ( ) Kronik psikoz  
 ( ) Alkol-madde                                      ( ) Nevroz  
 ( ) Çocuk-ergen psikiyatrisi                      ( ) Psikiyatrik rehabilitasyon (Gündüz hastanesi)  
 ( ) Adli servis                                      ( ) Poliklinik  
 ( ) Geropsikiyatri                                      ( ) Acil  
 ( ) Diğer(Açıklayınız)

**8. Çalıştığınız bölümde sorumluluk düzeyiniz:**

- ( ) Servis hemşiresi                                      ( ) Sorumlu Hemşire  
 ( ) Poliklinik Hemşiresi                                      ( ) Diğer (Açıklayınız)

**9. Çalışma Biçiminiz?**

- ( ) Gündüz                                      ( ) Gündüz + vardiya                      ( ) Vardiya  
 ( ) Gündüz + nöbet                                      ( ) Nöbet                                      ( ) Diğer (Açıklayınız)

**10. Kaç yıldır hemşirelik yapıyorsunuz?**

- ( ) 1 yıldan az                      ( ) 2-5 yıl                      ( ) 6-9 yıl                      ( ) 10 yıl ve üzeri

**11. Kaç yıldır psikiyatri kliniğinde çalışıyorsunuz?**

- ( ) 1 yıldan az                      ( ) 2-5 yıl                      ( ) 6-9 yıl                      ( ) 10 yıl ve üzeri

## II. Agresyon (Saldırganlık) Deneyimleri ve Algılamaları:

Bu bölümde, hastalar tarafından tanık olduğunuz ve/veya maruz kaldığımız sözel ve fiziksel agresif davranışlarla ilgili sorular bulunmaktadır.

**Sözel Agresif Davranışlar:** Aşağılayıcı, korkutucu, tehdit edici, tiksindirici, fiziksel temas içermeyen sözler ve jestler.

**Fiziksel Agresif Davranışlar:** Tükürme, tekmeleme, tırmalama, yumruklama, itme, dayak veya bir eşya kullanarak saldırma. (Gerçek yaralanma olması şart değildir.)

12. Meslek hayatınız boyunca, hastalar tarafından hemşirelere karşı gerçekleştirilen aşağıdaki durumlardan hangilerine tanık oldunuz?

	Hayır	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
Sözel Agresif Davranışlar					
Fiziksel Agresif Davranışlar					

13. Meslek hayatınız boyunca, hastalar tarafından hemşirelere karşı gerçekleştirilen aşağıdaki durumlardan hangilerine siz maruz kaldınız?

	Hayır	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
Sözel Agresif Davranışlar					
Fiziksel Agresif Davranışlar					

14. Psikiyatri kliniğinde çalışırken hastalar tarafından hemşirelere karşı gerçekleştirilen aşağıdaki durumlardan hangilerine tanık oldunuz?

	Hayır	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
Sözel Agresif Davranışlar					
Fiziksel Agresif Davranışlar					

**15. Psikiyatri kliniğinde çalışırken hastalar tarafından hemşirelere karşı gerçekleştirilen aşağıdaki durumlardan hangilerine siz maruz kaldınız?**

	Hayır	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
Sözel Agresif Davranışlar					
Fiziksel Agresif Davranışlar					

**16. Sizce aşağıdaki hastalık tanlarından hangilerinde sözel ve/veya fiziksel agresif (saldırgan) davranış görülme riski daha fazladır? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

Tanılar	Hayır	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
Şizofreni					
Sanrısız Bozukluklar (Paranoya..)					
Bipolar I / II Bozukluklar (Duygudurum boz.)					
Majör Depresif Bozukluk					
Anksiyete Bozuklukları					
Deliryum, Demans ve Amnestik Bozukluklar					
Dissosiyatif Bozukluklar					
Kişilik Bozuklukları					
Mental Retardasyon (Zeka Gerilikleri)					
Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları					
Diğer (Açıklayınız)					

**17. Sizce, psikiyatri hastalarının sözel ve/veya fiziksel agresif (saldırgan) davranışlarda bulunmalarının nedenleri nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- ( )Hastalığın akut aşamasında olması  
 ( )Tedavinin etkin olmaması  
 ( )Diğer hastalar tarafından provoke edilmesi  
 ( )Çalışan tarafından provoke edilmesi  
 ( )Aile üyeleriyle yaşanan problemler ve çatışmalar  
 ( )Hastalarla çalışanlar arasındaki iletişim yetersizliği  
 ( )Hastanede kalmak istememesi  
 ( )Dışarı çıkmasına izin verilmemesi  
 ( )Sigara içmesine izin verilmemesi  
 ( )Fiziksel ortamdaki yetersizlikler (kalabalık, gürültü vb.)  
 ( )Kendi isteği dışında (zorunlu yatış) yatırılması  
 ( )Diğer (Açıklayınız.)

**18. Hastalar tarafından sözel ve/veya fiziksel agresif davranışa uğradıktan sonra sizde aşağıdaki durumlardan hangileri meydana geldi? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

Durumlar	Hayır	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
Öfke, kızgınlık duyma					
Korku					
Anksiyete					
Güçsüzlük					
Apati (ilgisizlik)					
Çaresizlik					
Depresyon					
Kendini suçlama					
Güvensizlik					
İşe dönmede güçlük çekme					
Bedensel şikayetler					
Sosyal ilişkilerde bozulma					
Utanç					
Diğer (Açıklayınız)					

**19. Çalıştığınız bölümde kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?**

- ( ) Hiç  
 ( ) Nadiren (%25)  
 ( ) Bazen (%25–50)  
 ( ) Sık sık (%50–75)  
 ( ) Her zaman (%75–100)

**20. Çalıştığınız bölümde hastalara ne sıklıkla zorunlu yatış (kendi isteği dışında) uygulanmaktadır?**

- ( ) Hiç  
 ( ) Nadiren (%25)  
 ( ) Bazen (%25–50)  
 ( ) Sık sık (%50–75)  
 ( ) Her zaman (%75–100)

**21. Agresyon (saldırganlık) ve baş etme yöntemleri konusunda eğitim aldınız mı?**

- ( ) Evet ( ) Hayır

**22. İş yaşamınız dışında (özel yaşamınızda), aşağıdaki agresyon (saldırganlık) durumlarından hangilerine tanık oldunuz?**

	Hayır	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
Sözel Agresif Davranışlar					
Fiziksel Agresif Davranışlar					

**23. İş yaşamınız dışında (özel yaşamınızda), aşağıdaki agresyon (saldırganlık) durumlarından hangilerine siz maruz kaldınız?**

	Hayır	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
Sözel Agresif Davranışlar					
Fiziksel Agresif Davranışlar					

## II- Agresyon (Saldırganlık) Algılaması Anket Formu:

Aşağıda, agresyon (saldırganlık) kavramını algılama biçiminizi belirlemek amacıyla hazırlanmış 16 ifade vardır. Her birini dikkatle okuyarak, size göre uygun seçeneği işaretleyiniz.

Agresyon (saldırganlık);	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
1. Gülme, ağlama gibi bir duygu ifadesidir.			
2. Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır.			
3. Tehdit edilme, güvensizlik ve incinmeye neden olur.			
4. Kendini korumaktır.			
5. Diğer insanlara zarar vermek ve üstünlük sağlamak amacıyla yapılan yıkıcı sözel ve fiziksel davranışlardır.			
6. Tedavide ve hemşirelik bakımında yeni olanaklar sunar.			
7. Bir iletişim şeklidir ve tolere edilmelidir.			
8. Eşyalara veya kendine yönelik zarar verme tehdididir.			
9. Sürekli olursa tükenmeye yol açar.			
10. Hastaların diğer kişiler üzerinde güç gösterisi yaptığı bir araçtır.			
11. Başkalarına ruhsal ve fiziksel zarar vermektir.			
12. Öfke duyma sonucu gelişen, sağlıklı/normal bir reaksiyondur.			
13. Hastanın diğer problemlerini belirlemede yardımcı olur.			
14. Diğer insanları tehdit etmektir.			
15. Bir fiziksel şiddet eylemidir.			
16. Olumlu hemşire-hasta iletişiminin başlangıcıdır.			

## ETİK KURUL KARARI

EK-2

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ  
DEKANLIĞI



İstanbul, / /  
10 Mart 2008

Yıl : 7133

Konu :

İstanbul Üniversitesi Rektörlüğü  
Personel Daire Başkanlığına

İLGİ: 12.02.2008 tarihli, 4745 sayılı yazınıza:

İ.Ü.Florence Nigtingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim üyesi Yard.Doç.Dr.HÜLYA BİLGİN'in danışmanlığında Yüksek Lisans Öğrencisi ŞENAY ÖZDEMİR PEKRİZ'in yürütücülüğünde "Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Algılamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı tez çalışması hakkında ilgi yazınız ve ekleri 04 Mart 2008 tarihinde toplanan Fakültemiz Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, saygılarımla arz ederim.

EKİ:

1 dosya

<b>İST. Ü. REKTÖRLÜĞÜ</b>	
Personel D. Başkanlığına	Yazı İşleri ve Genel Evrak Md. Gelen Evrak Sayı : 18639
17.4.2008	

*Mehmet Yıldırım*  
Prof.Dr. Mehmet YILDIRIM  
Dekan Yardımcısı ve Etik  
Kurul Başkanı

Not : Yanıtlarda yazımızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur. Tel : (0212)4143000

EK-3

İ. T. F.

## FAKÜLTE YÖNETİM KURULU KARARLARI

No:36

## 22.04.2008 Tarihinde Toplanan Yönetim Kurulunca:

Sorumlu araştırıcılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard. Doç. Dr. Hülya BİLGİN'in üstlendiği Yüksek Lisans öğrencisi Şenay Özdemir PEKRİZ'in yürüteceği 2008/638 dosya no'lu "Psikiyatri hemşirelerinin agresyon algılamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi" başlıklı anketli yüksek lisans tezi ile ilgili Fakültemiz Etik Kurul Başkanlığı'nın olumlu görüş yazısı müzakere edildi.

Çalışmanın Fakültemiz Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Alp ÜÇÖK'un gözetiminde uygulanmasına karar verildi.

Aslı Gibidir.



EK-4



İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ  
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 19/03/2008

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu

Toplantı Sayısı : 3

Sorumlu araştırmacılığını Üniversitemiz Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yard.Doç.Dr.Hülya BİLGİN'in,üstlendiği Yüksek Lisans Öğrencisi Şenay Özdemir PEKRİZ'in,yürüteceği 2008/638 dosya no'lu "Psikiyatri hemşirelerinin agresyon algılamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi" başlıklı anketli yüksek lisans tezi kurulumuzca incelendi etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

**Prof.Dr. Zafer ARI**

Etik Kurul Başkanı ( Dekan Yardımcısı)

**Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN**

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

**Prof.Dr. Ahmet GÜL**

İç Hast. A.D, Romatoloji Bilim Dalı

**Prof.Dr. Berrin UMMAN**

Kardiyoloji A.D.

**Prof.Dr. Cahide GÖKKUŞU (Katılmadı)**

Biokimya A.D

**Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ**

Anesteziyoloji A.D.

**Prof.Dr. Sevinç EMRE**

Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D

**Prof.Dr. Nuran YILDIRIM**

Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.

**Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN**

Nöroloji A.D.

**Prof.Dr. Pınar SAİP**

I.Ü. Onkoloji Enstitüsü

**Prof.Dr. Ümit TÜRKÖĞLU**

Biokimya A.D

**Prof.Dr. Çiçek BAYINDIR**

Patoloji A.D., Nöropatolojik B.D.

**Prof.Dr. Yeşim ERBİL (Katılmadı)**

Genel Cerrahi A.D.

**Prof.Dr. Neşe ÇOLAK (Katılmadı)**

İç Hast.A.D. End. Ve Metabolizma Hast. B.D.

**Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR**

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

**Fatma Ceyda DÖNMEZER**

Sivil Toplum Örgütü Üyesi

**Av. Dilek Temiz ÖZBEK**

Hukukçu

EK-5



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

04/03/2008

SAYI :SG.B104İSM.4344743/364  
KONU :Anket İzni  
(Şenay ÖZDEMİR PEKRİZ)

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu

Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Psikiyatri Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Şenay ÖZDEMİR PEKRİZ' inn "Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Algılamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" konulu tez çalışma anketini 01/02/2008 tarih ve 307 sayılı yazınızda belirttiğiniz Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi' nde uygulama yapması uygun görülmüştür. İlgili kurumlarımıza üst yazı gönderilmiş olup, üst yazı ve protokol örneği ektedir.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Mehmet BAKAR  
Sağlık Müdürü

EK: 1. Protokol Fotokopisi (1 adet – 1 sayfa)  
2. Yazı (1 adet – 4 sayfa)

*ilgili İjretim üyesine  
iletilecektir*  
7.03.2008  
*Okuy*

355  
10.3.2008

EK-6



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
HASTANESİ

Sayı : B.30.2.MAR.0.70.10.00/1078  
Konu : Staj

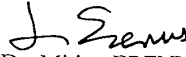
11

T.C.  
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Müdürlüğü'ne

İLGİ: 01.02.2008 tarih ve 308 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile bildirilen Yüksekokulunuz yüksek lisans öğrencisi Şenay ÖZDEMİR'in Hastanemiz kliniklerinde staj yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi rica ederim.

  
Prof.Dr. Mithat ERENUS  
Başhekim V.

İdareye  
18.3.08  
P.A.

425  
19.3.2008

EK-7

FRANSIZ LAPE HASTANESİ  
RUH VE SİNİR HASTALIKLARI  
P.K. 347 ŞİŞLİ- İSTANBUL

Tel.:(0212) 246 10 20(5 hat)  
Fax:(0212) 233 69 89

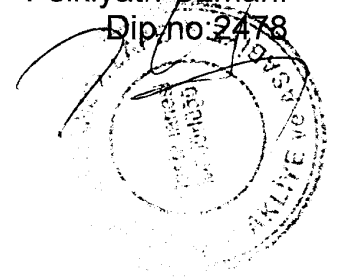
09/06/2009

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU  
MÜDÜRLÜĞÜNE,

Öğrenciniz Şenay Özdemir Pekriz ' Yrd. Doç. Dr. Hülya Bilgin danışmalığında yürüteceği "Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Algılamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasının hastanemizde yapılması uygundur.

Bilgilerinize sunulur

Başhekim Yrd.  
Dr. Ersan Kantarcı  
Psikiyatri Uzmanı  
Dip.no:2478



EK-8



SAYI : 2008 / 288  
KONU : Şenay Özdemir Pekriz Hk.

09.05.2008

FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU'NA  
İSTANBUL

Şenay Özdemir Pekriz isimli öğrencinizin test çalışmasını kurumumuz bünyesinde uygulanması uygun görülmüştür.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Ahmet M. ŞENGÜL  
Başhekim

ÖZEL NPİSTANBUL HASTANESİ  
Alemdağ Cd. Site Yolu No: 29 34768 Ümraniye - İSTANBUL  
Tel: 0216 633 0 633 (Pbx) Faks: 0216 634 12 50  
www.npistanbul.com

Form: 34

EK-9



Balıklı Rum Hastanesi Vakfı

**ANATOLIA KLİNİKLERİ**

27.05.2008

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ  
FLORENCE NIGHTİNGALE HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE,

Öğrenciniz Şenay Özdemir Pekriz'in Yrd. Doç. Dr. Hülya Bilgin danışmanlığında yürüteceği "Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Algılamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını kliniğimizde yapması uygundur. Bilgilerinize sunulur.

Saygılarımla

BALIKLI RUM HASTANESİ VAKFI  
PROF. DR. MANSUR BEVZYÜREK  
Dip. Tas. No: 19772  
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI UZMANI  
10343162

Prof. Dr. Mansur Beyazyürek  
Balıklı Rum Hastanesi  
Anatolia Klinikleri Şefi

## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Şenay	<b>Soyadı</b>	Pekriz
<b>Doğ.Yeri</b>	Ankara	<b>Doğ.Tar.</b>	27.02.1981
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kim No</b>	14810543602
<b>Email</b>	senayy81@mynet.com	<b>Tel</b>	

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>		
<b>Yük.Lis.</b>		
<b>Lisans</b>	Gülhane Askeri Tıp Akademisi Hemşirelik Yüksek Okulu	2003
<b>Lise</b>	Seyranbağları Lisesi	1999

### İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Yüksek Hemşire	Mardin 70.Mknz.P.Tugayı Revir Baştabipliği	2008-.....
2.	Yüksek Hemşire	İstanbul GATA Haydarpaşa	2004-2008
3.	Yüksek Hemşire	Ankara GATA	2003-2004

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta		

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>LES Puanı</b>			
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	Çok iyi
SPSS	Orta

### Sertifikaları

Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Eğitimci Kursu  
 Acil ve Sahra Koşullarında İlk Yardım Kursu  
 İnme Hemşireliği Kursu  
 Yara Bakımı Hemşireliği Kursu