

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

**Danışman
Doç.Dr. Nesrin AŞTI**

**“ AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ” NİN (THE OVERT
AGGRESSION SCALE) TÜRK PSİKİYATRİK
HASTA GRUBUNDA
GEÇERLİK-GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI**

124118

DOKTORA TEZİ

LEMAN KUTLU

İSTANBUL-2003

TEŞEKKÜR

Psikiyatri hemşireliğini bana sevdiren, her konuda danışmanlığını esirgemeyen Sayın Hocam Çaylan Pektekin'e,

Sadece tez danışmanı olarak değil bir dost olarak da her konudaki danışmanlığı, katkıları ve paylaşımları ile Sayın Hocam Nesrin Aştı'ya,

Sürekli gülümseyen yüzü, pozitif enerjisi ve bilgileriyle beni destekleyen Sayın Hocam Sevim Buzlu'ya,

Yoğun çalışma ortamında bile katkılarını esirgemeyen ve büyük özveri gösteren Sayın Turan Ertan'a,

Doktora süresince İngilizce'min gelişmesinde ve çevirilerimde büyük özveriyle gösterdiği katkılarından dolayı Sayın Hocam Cüneyt Bademcioğlu'na,

Tezin İstatistik danışmanlığını büyük sabır ve öz veriyle yürüten Sayın Ahmet Dirican'a

Ölçeğin çevirilerinde yardımlarından dolayı Sayın Mine Özmen'e,

Her konuda paylaşımlarda bulunduğum, sevgisini, manevi desteğini, bilgilerini, sıkıntılı dönemlerimde bile her an hissettiğim dostum, arkadaşım, ablam, hocam Sayın Makbule Batmaz'a,

Bilgileri ve manevi desteğini sürekli hissettiren yöneticilerim Sayın Aytolan Yıldırım'a, ve Müge Kenanlı'ya

Manevi desteklerini, yardımlarını esirgemeyen ve beni içten destekleyen tüm çalışma arkadaşlarıma,

Doktora süresince bana destek olan ve sıkıntılı günlerimde bana katlanan bütün dostlarıma,

Araştırmanın yapılmasına izin veren kurum yöneticileri ve yardımlarını esirgemeyen Selma Çimen, Sevgi Yıldırım, Nurcan Aydın, ve diğer çalışan tüm meslektaşlarıma,

Her türlü desteği sağlayan ve pozitif enerjiyi kullanmamda bana rol modeli olan sevgili annem ve babama,

Manevi desteği ve katkılarıyla kardeşlerim Cengiz ve Murat'a,

Sabırları,sevgileri, maddi,manevi her türlü destekleri ile sıkıntılı ve sevinçli günlerimde her an yanımda olan hayat arkadaşım Mehmet KUTLU'ya ve biricik oğlum Bekir Can KUTLU'ya

SONSUZ SEVGİ VE TEŞEKKÜRLERİMİ SUNUYORUM....

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1.GİRİŞ	1
---------------	---

2. GENEL BİLGİLER.....	3
------------------------	---

2.1. Agresyon Tanımları.....	3
------------------------------	---

2.2. Agresyonun Etiyolojisi Üzerine Kuramlar.....	7
---	---

2.2.1.Biyolojik kuramlar.....	8
-------------------------------	---

2.2.2. Psikolojik Kuramlar.....	13
---------------------------------	----

2.2.3. Sosyal Kuramlar.....	18
-----------------------------	----

2.3. Agresyonun Çeşitleri.....	20
--------------------------------	----

2.4. Agresyonun Gelişimi ve Semptomları.....	26
--	----

2.5. Agresyonun Epidemiyolojisi.....	30
--------------------------------------	----

2.6. Agresyon Yönetimi.....	38
-----------------------------	----

2.7. Türk Psikiyatri Kurumlarında Agresyon Üzerine Yapılan Çalışmalar.....	49
---	----

2.8. Türkiye’de kullanılan ‘Agresyon Ölçekleri’.....	52
--	----

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	55
----------------------------	----

3.1.Gereç.....	55
----------------	----

3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	55
--	----

3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri.....	56
--	----

3.1.3. Agresyon Epizodlarının Gözlendiği Hastaların Özellikleri	56
--	----

3.1.4 .Verilerin Toplanması	57
-----------------------------------	----

3.1.5. Verilerin Değerlendirmesi.....	63
3.2. Yöntem.....	64
3.2.1. Ön Çalışma Aşaması.....	64
3.2.2. Ölçeğin Geçerlik-Güvenirlik Aşamaları.....	64
3.2.2.1.Ölçeğin Dil Eşdeğerliği Aşaması.....	64
3.2.2.2.Uygulayıcılararası Güvenirlik.....	65
3.2.2.3.İç Tutarlık.....	66
3.2.2.4.Yordam ya da Kestirim Geçerliği.....	66
4. BULGULAR.....	67
4.1. Ön Çalışma Verilerinin Değerlendirilmesi.....	67
4.2. Ölçeğin Geçerlik-Güvenirlik Aşamalarının Değerlendirilmesi.....	70
4.2.1. Dil Eşdeğerliği Aşaması.....	70
4.2.1.1.Ölçeğin Geçerlik- Güvenirliğinin Yapıldığı Örneklem Grubunun Özellikleri.....	77
4.2.2. Uygulayıcılararası Güvenirlik.....	83
4.2.3. İçTutarlık.....	94
4.2.4.Yordam ya da Kestirim Geçerliği.....	98
5. TARTIŞMA.....	100
5.1. Ön Çalışma Verilerinin Tartışılması.....	100
5.2. Ölçeğin Geçerlik-Güvenirlik Aşamalarının Tartışılması...	101
5.2.1. ÖlçeğinDil Eşdeğerliği Aşaması.....	101
5.2.1.1.Ölçeğin Geçerlik- Güvenirliğinin Yapıldığı Örneklem Grubunun Özellikleri.....	103
5.2.2. Uygulayıcılararası Güvenirlik.....	105
5.2.3. İçTutarlık.....	108
5.2.4.Yordam ya da Kestirim Geçerliği.....	109

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	110
6.1. Sonuçlar.....	110
6.1.1. Ön Çalışma Aşaması Sonuçları.....	110
6.1.2. Ölçeğin Geçerlik-Güvenirlik Aşamaları Sonuçları...	110
6.1.2.1. Ölçeğin Dil Eşdeğerliği Aşaması.....	110
6.1.2.1.1. Ölçeğin Geçerlik Güvenirliğinin Yapıldığı Örneklem Grubunun Özellikleri	111
6.1.2.2. Uygulayıcılararası Güvenirlik.....	111
6.1.2.3. İçTutarlık.....	112
6.1.2.4. Yordam ya da Kestirim Geçerliği.....	113
6.2. Öneriler.....	114
7. ÖZET.....	116
8. SUMMARY.....	118
9. KAYNAKLAR.....	120
10. EKLER.....	132
11. ÖZGEÇMİŞ.....	161

1.GİRİŞ

Psikiyatri kliniklerinde ve uzun süre bakım verilen birimlerde sağlık ekibi elemanları için büyük bir problem oluşturan agresyon; açık bir şekilde bir kazaya bağlı olmaksızın gerçekleşen, bireyin kendisine, objelere ve başkalarına yönelik uygun olmayan ve zarar verici uyaranları içeren, verbal ya da nonverbal olarak kendisini gösteren psikomotor davranış şekli olarak tanımlanmaktadır (1, 50, 68, 91, 99, 124).

Smith'in stres modeline göre agresif tepkiler, beş safhayı içeren bir saldırı dizisi şeklinde kendini gösterir. İlk safha; tetikleyici safhadır ki bu safhada stres yaratan bir olay ve strese verilen tepkiler mevcuttur. İkinci safha yükselen safhadır ve kontrol kaybına doğru gidişi gösteren davranışlar görülür. Üçüncü safha kriz safhasıdır ve kontrol kaybı vardır. Dördüncü safha iyileşme safhasıdır; bireyin yavaşladığı, normal davranışlara geri döndüğü safhadır. Beşinci safhada kriz sonrası depresyon gözlenir, başkalarıyla barış girişiminde bulunduğu safhadır (53).

Agresyonun tanımından da anlaşıldığı gibi bireyin kendisine, objelere ve başkalarına yönelik üç tipi olup hafif, orta ağır ve şiddetli olmak üzere dört farklı düzeyde kendisini göstermektedir (1, 2, 18).

Agresyonun hem ortaya çıkış şekilleri hem de nedenleri olan konusunda farklı görüşler belirtilmiştir. Bu görüşleri insanın biyopsikososyal bütünlüğünden hareketle biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç başlık altında toplamak mümkündür (1, 36, 96).

Agresyon, DSM IV tanı kriterlerine göre; delirium demans, amnestik ve diğer kognitif bozukluklar, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, duygu durum bozuklukları, kişilik bozuklukları (antisosyal ve borderline) içerisinde ve hemşirelik tanılması

kapsamında da NANDA'nın (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanımlarında (Bireysel başa çıkmada yetersizlik, kendisine ve çevresine zarar verme potansiyeli, dürtü kontrol yetersizliği vb.) sıkça değinilmektedir (1, 33, 47, 73, 101).

Agresyon insidansı psikiyatri kliniklerindeki hastalarda (özellikle şizofrenilerde ve perseküsyon hezeyanlı paranoid hastalarda) uzun süre yatarak tedavi-bakım gören hastalarda ve durumsal aktiviteler üzerinde daha az kontrolü olan hastalarda daha yüksektir (1, 71, 81, 101, 106).

Agresyonun yönetimi içinde en önemli adım başlangıçta hastanın zarar verme olasılığı en az iken değerlendirilebilmesi ve ilaç tedavisi, tecrit etme ya da fiziksel kısıtlamalardan önce davranışsal ve çevresel değişikliklerle ilgili yolların kullanılabilmesidir (48, 80, 91, 99, 101).

Agresyonun ölçülmesine yönelik çeşitli araçlar [Mansfield Agitasyon Envanteri (CMAI), Brief Agitation Scale (BARS), The Behavioral ve Emotional Activities Manifested in Dementia Scale (BEAM-D), Agitated Behavior Rating Scale (ABRS), Overt Aggression Scale (OAS), Aggression Questionnaire (AQ) gibi] yurtdışında yaygın olarak kullanılmasına rağmen ülkemizde Ruhsal Belirti Tarama Testi (Symptom Distress Check List- SCL-90-), Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS-) ve Saldırganlık Envanteri, gibi genel ruhsal durumu değerlendirme araçları hariç agresyonun ölçülmesine ve yönetimine yönelik araçlar yok denecek kadar azdır (8, 77, 99).

Ülkemizde bu konu ile ilgili oldukça kısıtlı sayıda çalışma vardır. Hemşirelerin yaptığı bilimsel çalışmalar içinde de bu konuyla doğrudan ya da dolaylı olarak bağlantılı olan çalışmaların sayısı yok denecek kadar azdır.

Literatür bilgilerinde ve çalışmalarda da görüldüğü gibi agresyon ve ajitasyon; psikiyatrik ve geropsikiyatrik hastaların ve bu hastaların tedavi/bakımı ile uğraşan hekim ve hemşirelerin olduğu kadar ailelerin de önemli bir sorunudur.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.AGRESYON TANIMLARI

Agresyon (Aggression) İngilizce bir kavram olup Türkçe karşılığında saldırganlık olarak ifade edilmiştir.

İnsanlığın varoluşundan günümüze kadar olan süreçte gerek ülkemizde gerekse diğer ülkelerde çeşitli nedenlerden dolayı saldırganlık ve şiddet; kendisini artan bir şekilde her yaş ve cinsiyet grubunda çeşitli tip ve düzeylerde göstermektedir (103, 116, 119).

Günümüz koşullarında gittikçe artmakta olan saldırganlık insanın kendisi ile çevresi arasındaki ilişkilerinde ortaya çıkmakta olup fiziksel saldırganlık şekli ve ağır şiddet düzeyi ile toplumsal hayatta mücadele edilmesi gereken en önemli sorun haline gelmiştir (28).

Son yıllarda saldırganlık olayları o kadar fazladır ki toplumdaki insanlar bu tür olayları içeren haberlere karşı duyarsızlaşmışlardır. Hatta medya bile, saldırganlık ve şiddet çok ağır ve farklı değilse haber olarak yer vermemektedir. Duyarsızlaşma o kadar fazladır ki saldırganlık ve şiddet kişinin yakınlarına karşı değilse yanı başında bile olsa ilgisiz kalmaktadır (10).

İki binli yıllarda, teknoloji ve bilimsel gelişmenin hızına paralel olarak saldırganlık ve şiddetin de hızlı yol kat ettiği gözlenmektedir. Bilimsel ve teknolojik araçların saldırganlık ve şiddet için araç olarak kullanılması sonuçları çok ağır olan saldırganlık ve şiddet olaylarının meydana gelmesine neden olmaktadır.Tarihsel süreçte bu olaylardan

günümüze en yakın örnekleri ;Filistinliler'in İsrail'e yönelik intihar saldırıları, Hindistan'ın Keşmir Bölgesi'ndeki Müslüman Hindu çatışmaları, Endonezya'nın Bali Adası'ndaki bir gece kulübünün bombalanması, 11 Eylül 2001 de El Kaide'nin ABD'deki İkiz Kulelere yönelik terör eylemi, Avusturalya, Amerika ve Almanya'da okullardaki öğrencilerin birbirlerine ve öğretmenlerine yönelik saldırıları, Çeçenler'in Moskova'daki tiyatro baskını ve Rus güvenlik güçlerinin kurtarma operasyonu, Afganistan'daki Taliban saldırıları, bütün ülkelerde spor faaliyetlerindeki taraftarların karşılıklı saldırıları, çeşitli toplantı ve eylemlere katılanlarla güvenlik görevlileri arasındaki çatışmalar, Amerika' daki "Keskin nişancı" lakabıyla adlandırılan katilin işlediği seri cinayetler vs şeklinde sıralamak mümkündür. Bu örneklerde de görüldüğü gibi saldırganlık ve şiddet; dünyadaki bütün yoksul, gelişmekte olan ve gelişmiş olan ülkelerin önemli olan sorunlarından.

Pek çok sorunun, çatışmanın nedeni ya da sonucu olarak gelişen olumsuz bir sosyal durum ve acı bir gerçek olan saldırganlık çağımızın en önemli sosyal problemlerinden biri olup insan davranışının en kapalı yönlerinden birini temsil ettiğine dair inançlar bulunmaktadır. Bu yüzden tanımlanması ve nereden kaynaklandığının açıklanması oldukça karışık ve zor bir konudur (15, 42, 46).

Saldırganlık oldukça geniş içerikli bir kavramdır. Çeşitli yaklaşımların ışığında, farklı disiplinlerde, bilim dallarında (nöroloji, psikoloji, edebiyat, sosyoloji vs), çeşitli yazarların kişisel tanımlamalarında ve çeşitli çalışmalarda birbirinden farklı kavramlarda ifade edilmiştir. Bu tanımlamalar üzerinde kişilerin inanışları, sosyal, kültürel ve geçmiş deneyimlerinin etkisi bulunmaktadır (31, 39, 96, 107).

Toplumdaki artış ile doğru orantılı olarak hastanelerde de artmakta olan ve özellikle psikiyatri kliniklerinde ve uzun süre bakım verilen birimlerde sağlık ekibi için büyük problem oluşturan saldırganlığın çeşitli tanımları yapılmıştır (1, 50, 91, 99).

Çeşitli tanımların ışığı altında saldırganlık:

- Kişinin yaradılışında var olan kendini kanıtlamada etkili olan bir davranıştır (69).

- Bireysel amaçlara ulaşma çabası içinde atak, düşmanlık, hükmetme, engelleri yok etme, çevreye ve ya kendisine karşı direnme tutumudur (56).
- Psikoanalitik görüşe göre, doğuştan gelen, bütün canlılarda ortak olan öğrenmeyle değişmeyen evrensel bir iç güdüdür (31, 134).
- Öğrenme kuramlarına göre başkalarına zarar vermeyi amaçlayan sonradan öğrenilmiş bir davranıştır (31).
- Etiyolojistlere göre türün içindeki kavgadır (31).
- Canlının kendini koruması, kollaması, uyum sağlayabilmesi için evrensel ve doğal bir güçtür (134).
- Bireyin kendi düşünce ya da davranışlarını, direnmeler karşın zorla karşısındakine benimsetme çabasıdır (96).
- Başka kişilere ya da nesnelere yöneltilmiş olan zararlı yıkıcı ve yok edici bir davranış biçimidir (31, 96).
- Basit anlamda bir engele ya da ketlenmeye karşı bir saldırdır (31).
- Sözel ve ya fizik tarzda güç sarf ederek bir hedefe yönelimli eylem olup, öfke, hiddet, kin ve düşmanlık şeklindeki duygulanımların motor karşılığıdır (36, 90).
- Bir başka kişiye zarar vermeyi, yaralayarak acı çektirmeyi ve eziyet etmeyi hedefleyen bir davranış şeklidir (36).
- Sonucu mutlaka zararlı bir olgu olan saldırganlık, genel olarak, birine ya da bir şeye, zarar ve ya acı vermek amacıyla yapılan herhangi bir tür davranış , güç ve baskıdır (15).
- Nesnelere kendisine ve ya başkalarına yönelik saldırgan davranışlardır (105).
- Kendi görüş noktasının doğru olduğu mesajını iletme için bir insan ve ya objeye zarar verme niyetinde olan fiziksel güç hareketidir (39).
- Misilleme yapmak ve ya kendini korumak için yapılan bir davranıştır (66).

- Başkasına yada kendisine fiziksel zarar vermek için bir tehdit, niyet veya harekettir (67).
- Zarar vermek ve incitmek için herhangi bir fiziksel veya sözel davranıştır (59).
- Başkalarına zarar verme amacına yönelen davranıştır (11).
- Sevmekten daha çok zarar verme ve yıkmadır (74).
- Tahrip, öfke ve nefret yüklü düşünce ve davranışlarıdır (107).
- Kişi grup ya da kitlelerin daha önceden geliştirilmiş bir ön yargı ve ya sürtüşme olsun ya da olmasın; düşünce, duygulanım, üzüntü, tutum, tavır, sözlü ve ya motor-hareketi ve ya cinsel kavram ve ya organları kullanarak kültüre, geleneksel kavramlara, soyut fikirlere, değer yargılarına, eşyaya, bitkilere, hayvanlara ve insanlara karşı yöneltilmiş tezyif, tahrip, tahkir ve zarar meydana getirici düşünce niyet ve davranışlardır (107).
- Psikolojik ve fiziksel olarak zarar verme olarak kabul edilen herhangi bir davranıştır (108)
- Fiziksel, psikolojik ve duygusal zarara neden olma niyetidir (140).
- Bireysel psikiyatride öfke, hiddet, kin ve nefret duygularının dışa vurum biçimi, bilimler açısından da engellenmeye baskılanmaya bastırılmaya karşı bir tepkidir (70).
- Başkalarına zarar verme ve ya incitmeyle sonuçlanan davranışsal bir harekettir (70).
- Sözel ve ya fiziksel güç harcayarak, bir hedefe yönelen bir eylem olup, öfke, hiddet, kin ve düşmanlık gibi duygulanımların motor karşılığı olan saldırganlık, bir başka kişiye, kişinin kendisine ya da bir nesneye zarar vermeyi hedefleyen bir davranış şeklidir (15).
- Eylemin kendisi vurgulandığında saldırganlık başka kişilere zarar veren herhangi bir davranış, eylemde bulunan kişinin niyeti vurgulandığında ise hedefi yaralamak niyetiyle girişilen bir davranış olarak tanımlanır (125).

Daha geniş kapsamıyla saldırganlık; açık bir şekilde bir kazaya bağlı olmaksızın gerçekleşen, bireyin kendisine objelere ve başkalarına yönelik uygun olmayan ve zarar verici uyaranları içeren, verbal ya da nonverbal olarak kendisini gösteren psikomotor davranış şeklidir (1, 50, 91, 99).

Hemşirelik tanıları el kitabında (NANDA-Handbook of Nursing Diagnosis) hemşirelik tanısı olarak “Saldırma Riski” ele alınmış ve diğer insanlara, kendine ya da çevreye yönelik saldırıda bulunan, şiddet kullanan ya da bu riski taşıyan bireydeki durum dur şeklinde tanımlanmıştır (19).

Saldırganlık tanımlarında da görüldüğü gibi saldırgan davranışın duygusal düzeyinde öfke ve kızgınlık, değişik derecelerde kin, nefret, düşmanlık, şiddet gibi duygular bulunabilir. Ancak duyguların yanı sıra başka faktörler de davranış belirlemede etkilidir. Bu davranışın fiziksel, ruhsal ve sosyal olup olmadığının belirlenmesinde, zarar verici ve acı çektirici niteliğin yanında bireyin davranışının ardında yatan niyet de önemlidir (31). Birey bu niyetini saldırgan davranış içinde zarar verici, zorlayıcı, şiddet içeren davranışların dışında da değişik şekillerde gösterebilir, yardım reddi, negatif davranma, alay etme gibi davranışlar buna örnek olarak verilebilir (56).

2.2. AGRESYONUN ETİYOLOJİSİ ÜZERİNE KURAMLAR

Saldırganlık evrensel bir davranış olup çeşitli şekillerde bütün canlılarda gözlenmektedir. Saldırganlığın hem ortaya çıkış şekilleri hem de ortaya çıkışına neden olan etkenler konusunda farklı görüşler belirtilmiştir. Bu görüşleri insanın biyopsikososyal bütünlüğünden hareketle biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç başlık altında toplamak mümkündür (30, 36, 96).

2.2.1. Biyolojik Kuramlar

İnsanda saldırganlığa neden olan biyolojik kuramları; evrimsel biyoloji, genetik, endokrin, nörofizyoloji, nörotransmitterler, ilaçlar, alkol ve uyuşturucu maddeler, fiziki

duruma bağılı etkenler, nöroanatomik örselenme, organik hastalıklar şeklinde belli başlıklar altında toplayabiliriz:

-Evrimsel Biyoloji

Evrimsel biyoloji görüşüne göre saldırganlık; süreç içinde gelişebilen evrim geçirmiş bir güçtür. Bilindiği gibi insanlar da hayvanlar gibi temel gereksinimlerinin ve değerli kaynaklarının tehdit altında olduklarını algıladıklarında genellikle saldırganlık davranışı gösterirler. Bu durum, saldırganlığın zaman içinde kazanılmış bir davranış biçimi olduğunu göstermektedir (36).

Hayvan ve insan davranışlarında rekabet, bulundukları yere hakimiyet kurma, saldırganlık, üreyerek neslini devam ettirmek, eş seçme, erkek dişi farklılıkları gibi bir çok benzerliklerin bulunduğu bir çok bilimci tarafından araştırılarak ortaya konmuştur. Bu araştırmalardan hareketle sosyobiologlar saldırganlığın hem alan hakimiyetini artırma hem de rekabet edenleri yok etme amacını üstlendiğini belirtmişlerdir (36, 128).

Morris'in (1967) maymunların saldırgan davranışları üzerinde yaptığı bir çalışmada onların gruplarında hiyerarşik olarak üstünlük kurmak, hakkını korumak için birbirleriyle savaştıklarını gözlemlemiştir. Hayvanlardaki bu davranış insanlarda da gözlemek mümkündür. Tarihsel süreç içindeki savaşları incelediğinde hakimiyetin kurulması ve sürdürülmesi adına toplumların birbirleriyle kıyasıya mücadele ettikleri görülmektedir (17).

-Genetik

İnsanın genetik yapısı ile saldırgan davranışları arasında ilişkinin olduğunu savunan bir çok bilimci bu alanda çalışmalar yapmışlardır (31). Agresyon davranışının iç güdüsel bir davranış olduğu düşüncesinden hareketle bu tip davranış için insanın genetik ve yapısal olarak donatıldığı düşünülmektedir (56).

Bu incelemelerde saldırgan davranışlar kromozom analizlerinde kromozom anomalisi olan bireylerde daha fazla görülürken ikiz çalışmalarında da tek yumurta

ikizlerinde eş zamanlı görünme oranını çift yumurta ikizlerine göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca evlat edinilenlerin biyolojik akrabalarında mental bozukluk öyküsü olanlarda da benzer davranış olduğu belirlenmiştir (36, 63, 125, 96).

-Hormonlar

Hormonlarla saldırganlığın ilişkisi üzerine hayvanlarda yapılan bir çok deneyde bazı hormonların artmasının ya da azalmasının saldırganlığın oluşumu üzerine etkili olduğu gösterilmiş olmasına rağmen insanlarla yapılan çalışmalarda verilerin yetersiz ve çelişkili olduğu gözlenmektedir (61).

Endokrin hastalığı olan bireylerde saldırganlığın değerlendirilmesi ile ilgili çalışmalarda özellikle cushing ve hipertroidi olan bireylerin sıklıkla öfkeli ve saldırgan bir tutum izledikleri gözlenmiştir. Ayrıca premenstrüel sendromun da saldırgan davranışları arttırdığı belirtilmiş olup bazı ülkelerde saldırganlıkla ilgili suçlarda savunma olarak kullanılmaktadır. Buna rağmen premenstrüel sendromun doğrudan suç faaliyetine katkıda bulunan faktör olup olmadığı ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Bunun yanında hipoglisemili hastalarda yapılan çalışmalar, hipogliseminin aşırı şiddet olaylarında rol oynadığını göstermiş olup bu duruma belli kişilik ve çevreden olan kişilerde, hipoglisemik durum dengeyi saldırgan davranışa doğru baskın gelecek şekilde değiştirebildiği şeklinde açıklamalar getirilmektedir (36, 61).

Cinsiyet ile saldırganlık arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda erkeklerin kadınlara oranla daha fazla saldırgan davranışlarda bulundukları tespit edilmiş olmasına rağmen androjenin erkeklerin saldırgan davranışları üzerine etkisinin olup olmadığı tespit edilememiştir. Ancak hayvan deneylerinden androjenin saldırganlığı arttırdığı östrojenin de azalttığı yönünde veriler elde edilmiştir (36, 60, 126, 130).

Sonuç olarak yapılan bir çok çalışmada, saldırganlıkta başta testosteron olmak üzere, progesteron, luteinizan hormon, renin, beta-endorfinler, prolaktin ve melatonin gibi hormonların etkisi olduğu sonucuna varılmıştır (32, 36, 60, 61).

-Nörotransmitterler

Saldırganlıkla nörotransmitterler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi için bir çok çalışma yapılmıştır. Bunlardan Brown ve arkadaşları (1982) saldırgan davranış ve intihar davranışının temellerinin serebrospinal sıvıda (CSF) 5 hydroxyindoleacetik acid (5 HIAA) seviyelerinin düşmesiyle ilgili olduğunu bulmuştur (61). Ayrıca alzheimerlı hastalarla yapılan çalışmalarda aynı sonucu destekler veriler elde edilmiştir (27, 72).

Saldırganlık ve nörotransmitterler arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda, saldırgan davranışın oluşumunda epinefrin, dopamin, asetilkolin, serotonin ve GABA' nın etkili olduğu belirtilirken beta adrenerjik antagonistlerle nörepinefrin blokajının insanlarda saldırgan davranışı inhibe ettiği ile ilgili veriler de sunulmaktadır. Ayrıca dopaminin de saldırgan davranışları ortaya çıkarmada önemli rol oynadığı ve dopamin antagonistlerinin saldırgan davranışı baskıladığı yönünde de çalışmalar bulunmaktadır (49,35,39,61,84).

Asetilkolinin artışı ile saldırganlığın artması yönünde pozitif bir ilişki tespit edilirken GABA 'nın (γ -amino butirik asit) azalması ile saldırganlığın artması yönünde negatif bir ilişki olduğu saptanmıştır (25, 35, 36, 61).

BOS'taki serotonin (5-HT) nörokimyası ile ilgili olarak yapılan insan çalışmalarında hayvan çalışmalarıyla uyumlu olarak serotonin azalmasında saldırganlığın arttığı, serotoninin artmasında da azaldığı yönünde veriler elde edilmiştir (35, 36, 60).

-Nörofizyolojik Nedenler

Yapılan klinik çalışmalar ve gözlemler sonucunda beyindeki patolojik oluşumlar (özellikle temporal lob tümörleri), bazı epilepsi türleri (anterior temporal lop epilepsileri ve psikomotor epilepsiler), odaksal zedelenmeler, huntington koresi, ancephalitis lethargia, korsakof sendromu, kuduz, ön hipotalamik zedelenmeler, orta amigdal ve mezansefalik segmental bölgedeki anormal elektirik boşalımları ve baskın hemisfer zedelenmeleri gibi durumlarda saldırganlık eylemlerinin arttığı ortaya konmuştur (36, 61).

Saldırgan kişilerin beyin görüntüleme incelemelerinde, nörofizyolojik ve nöropatolojik yöntemler kullanarak yapılan çeşitli çalışmalarda, frontal loblar, limbik sistem ve temporal loblarda yapısal değişiklikler belirlenmiştir (61,75).

İnsanda beyin biyoelektirik aktivite değişikliklerinin öfke davranışına neden olduğuna ilişkin bilgiler olmasına rağmen saldırgan davranışla ilişkisi tam olarak ortaya konamamıştır (61).

Günümüzdeki son çalışmalar saldırganlık ve tehlikeden kaçınma davranışlarının temporal lob, amigdal ve hipotalamusdaki limbik sistem tarafından kontrol edildiğini ve hipotalamusun da önemli bir düzenleyici rol üstlendiğini ortaya koymuştur (36, 61,).

-İlaçlar:

İnsanlarda benzodiazepinin saldırgan davranışı azaltabileceğine ilişkin çok sayıda çalışma olmasına rağmen yüksek dozda kullanımında saldırgan davranışı arttırdığına ilişkin çalışmalar da vardır (36, 61).

Lityumla ilgili yapılan çalışmalarda lityumun affektif saldırganlığı azaltmada etkili olduğu belirtilmiştir. Lityumun saldırgan davranış üzerindeki etkisinin, serotonin öncü maddesi olan tripofaninin beyin içine alınması ve serotonin düzeylerinin artırılması ile olabileceği ileri sürülmektedir (36, 61).

Bir enzim inhibitörü olan paraklorofenilalanin kullanımında beyin serotoninin azaltılmasıyla şiddete yönelik affektif saldırganlık artabilmektedir (36, 61).

Anabolik steroidlerin kötüye kullanımıyla da şiddet davranışı gözlenebilmektedir. Başlangıçta hafif öfori ve hiperaktivite, kısa bir süre sonra çabuk öfkelenme, huzursuzluk, hostile tutumlar, somatik yakınmalar ve çökkünlük duygu durumu gelişebilir. "Roid Hiddeti" denilen ve şiddet suçlarına varabilen eylemler de görülmektedir (36, 61) .

-Uyuşturucu ve Uyarıcılar :

Uyuşturucu ve uyarıcı kullanımı ile saldırganlık arasındaki ilişki incelendiğinde; az miktarda kullanılan alkolün saldırganlığı azalttığı, doz arttıkça da saldırgan davranışın ortaya çıkışını hızlandırdığı belirtilmektedir (15, 36, 61, 65).

Barbitürat, uçucu maddeler, opiadlar, cannabis, esrar, amfetamin, kokain gibi naddelerin kötüye kullanımında saldırgan davranışların görülme sıklığı fazladır (15, 36, 61).

-Fiziki Uyarılama:

Yapılan bir çok araştırmada insanın fiziksel olarak uyarılma durumlarının da saldırgan davranışların oluşumunda önemli olduğu belirtilmiştir. Bunların başında fizyolojik uyarılma, cinsel uyarılma ve ağrı-acı veren durumlar gelmektedir. Fizyolojik uyarılmaya; rekabete dayalı aktiviteler (at yarışı, futbol gibi spor faaliyetleri) (26, 52), aşırı fiziksel güc isteyen işlerde çalışma, şiddet filimleri izleme (55, 87, 133), tahrik edici sözlere, davranışlara ve fiziksel saldırıya maruz kalma gibi durumlar saldırganlığı ortaya çıkarmakta ve şiddetini arttırmaktadır (15, 36).

Cinsel uyarılmanın saldırganlık üzerine olan etkisinin cinsel eylemin ve erotik araçların tipine bağlı olduğu belirtilmektedir. Örneğin izlenen erotik filmlerde şiddetin ön planda olması gibi.

Fiziksel ağrı, fiziksel yetersizlik ve acının da kişide acı çektilme dürtüsünü harekete geçirdiği ileri sürülmektedir. Fiziki acı hissini ifade etmede kullanılan yöntemleri saldırgan kişinin sıkıntısını gidermekte yetersiz kaldığı durufmlarda saldırgan davranışlar içine girebilir (78).

-Nöroanatomik Örselenme:

Son çalışmalarda saldırganlığın öğrenilmiş bir davranış olduğunu ve tekrarlayan saldırgan davranışların kaynağında, organik beyin örselenmeleri olduğu görüşü ileri sürülmektedir. Bu görüşü savunanlar, fiziksel istismara uğramış kişilerde örselenmelere bağlı ikincil olarak çeşitli nörolojik bozuklukların oluşabileceğini ve bu durumun da kişileri saldırgan davranışlara biyolojik olarak hazırlayabileceği belirtilmektedir (36).

Fiziksel istismara maruz kalma, kafa travması ve saldırganlık arasındaki ilişkinin kesin olmadığı belirtilmekle birlikte, bir çok çalışma geçmişteki fiziksel istismar ile sonraki saldırgan davranışlar arasında bağlantı olduğunu göstermektedir. Kafa travması ile uzun süreli fiziksel istismara maruz kalma veya tanık olmanın bir arada olmasının saldırganlığı arttırdığı ifade edilmektedir (36).

Agresyonla ilgili diğer çalışmalar araştırılan immün sistem ve beslenme ile ilgilidir. Özellikle vitamin eksikliği ve immün sistem yetersizliği ilgili çalışmalarda agresyonun oluşmasındaki etkileri araştırılmaktadır (9, 38).

2.2.2. Psikolojik Kuramlar

Saldırganlığın oluşumunu ve nedenlerini; iç güdü kuramı, engellenme-saldırganlık kuramı, kendilik değeri ile saldırganlık ilişkisi, temel kaygı kuramı, bilişsel kuram, kişilik kuramı, psikiyatrik bozukluklar gibi psikolojik temelli kuramlar çerçevesinde kuramcılar görüşlerini açıklamışlardır. Bu açıklamalara göre:

-İç Güdü Kuramı:

Bu kuramcılarının başında, psikoanalitik kuramın öncülerinden Freud gelmektedir. Freud insanda iki tür iç güdü olduğundan söz etmektedir. Bunlar yaşam (Eros) ve ölüm (Thanatos) iç güdüleridir. Bu iç güdüler karşılıklı olarak birbirleriyle etkileşim içindedirler. Freud her insanın içinde yaşama içgüdüsünden enerji alan yapıcı dürtüler kadar ölüm içgüdüsünden enerjisini alan yıkıcı dürtülerin de oluştuğunu belirtmiştir. Enerjiyi yönlendirme şekli, kişinin geçmiş yaşantı ve deneyimlerine dayalı olarak değişim

göstermektedir. Freud'un görüşüne göre, saldırganlık kişinin de kendine zarar verici dürtülerinin yönünü kendisinden uzaklaştırarak başka kişilere yöneltilmesinden kaynaklanmaktadır (3, 31, 61, 96).

Lorenze'e göre saldırganlık davranışı, bireyin diğer insanlarla arasındaki bir mücadele iç güdüsünden kaynaklanmaktadır. Bu iç güdü ile her canlıda saldırma ya da kaçma arasında bir denge bulunmaktadır. Saldırganlık mücadele iç güdüsü ile birlikte olan enerjinin ve saldırganlığı tetikleyen uyaranların gücüne bağlıdır (31, 61, 96).

Kernberg'e göre duygulanımlar iç güdüsel oluşumlardır. Freud'un tanımladığı libidinal dürtüleri doyurmak için düzenlenen pikofizyolojik süreçlerdir. Kernberg, Freud'un görüşlerini Jacobson'un geliştirdiği içe alınmış nesne ilişkileri kuramı ile birleştirerek, öfke, hiddet, kin gibi duyguların hem tümüyle kötü bir obje ilişkisinin etkinleşmesiyle ondan kurtulma, onu yok etme, hem de tümüyle iyi bir obje ilişkisini yeniden sağlama arzusunu dile getirme yolu olduklarını belirtmiştir. Bu durumda saldırganlıkla bir çeşit doyum sağlanmaktadır (36, 44).

-Engellenme-Saldırganlık Kuramı

Dollard, Doob, Miller, Mowrer ve Sears gibi kuramcılar davranışçılığı temel alarak, psikanalitik kuramdan da yararlanarak saldırgan ve yıkıcı dürtülerin doğuştan getirilen bir güdü veya öğrenmeyle kazanılan bir davranış biçimi olarak değil, engellenme ve çatışmalarla ortaya çıkan ve psikososyal gelişim sürecinde olgunlaşan dürtüler olduklarını açıklamışlardır. Bu kuramda agresyon, başkalarına psikolojik veya fiziksel zarar verme niyetiyle ortaya çıkarılan davranış biçimi olarak tanımlanmaktadır (31, 61, 96).

Rosenweig'a göre agresyon düşmanlık ve yıkıcılıkla eşit olarak görülmemekte, bireyin kendisini zorla kabul ettirme çabası olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlama, agresyona olumsuz ve yıkıcı niteliklerinin yanında, olumlu ve yapıcı özellikler kazandırmaktadır. Böylece insanlar kendi türlerine ait özelliklere uygun olarak kendini kabul ettirebilir, haklarını savunabilir ve engeli kaldırıp yeniden uyuma ulaşabilir (96.)

Engellenme ise istek, gereksinme ya da davranışın belli bir sonuca ulaşmasının önlenmesidir. Bu görüşe göre, birey bir engellenme durumunda çoğunlukla agresif bir tepki göstermektedir (96).

Dürtünün amacı boşalım ve doyum sağlamaktır. Bu durum engellendiğinde ve sürekli olduğunda ortaya giderek artan bir gerginlik tablosu çıkar. Bu durumda gösterilen en ilkel temel tepki, bu engelden kurtulmaya çalışmaktır. Bu kaçma geri çekilme, dürtü nesnesini değiştirme, fantaziler oluşturma gibi yollarla sağlanabileceği gibi, saldırma yoluyla da gerçekleştirilebilir (61).

-Kendilik Değeri ile Saldırganlık İlişkisi:

Adlere göre insanda doğuştan aşağılık duygusu vardır. İnsanlar aşağılık duygusunu önlemek ve dengelerini tekrar düzene sokmak için fiziksel olarak bir eyleme ya da saldırganlığa, cinsel davranışlara, alkol madde kullanımına veya diğer çeşitli riskli eylemlere başvururlar (36).

Kernberg'e göre kişide kendilik değeri aniden kritik bir noktaya gelir veya tehdit altında kalırsa, çocuklukta yaşanmış çatışmalar tekrar canlanır. Böylece çocuklukta olgunlaşmamış bir kendilik ideali gelişimi olan birincil narsizmin tekrar su yüzüne çıkmasına neden olur. Narsisizmin zedelendiğinin algılanması öfke yaratır. Bu durumda saldırganlık narsistik zedelenmeyi düzeltmenin ve tekrar dengeyi sağlamanın bir ifadesidir (36, 44).

Kaplan tüm çocuk ve ergenlerin, erişkinler tarafından olumlu kendilik gelişimini başarabilmeye koşullandırıldıklarını belirtir. Kendilik değeri yeterince beslenememiş ergenlerin, geleneksel doğruları reddetmeye ve azaltılmış kendilik algılamalarını düzeltmek düşüncesiyle saldırgan davranışları, şiddeti ve suç işlemeyi benimsemeye yatkın olduklarını savunur (36, 77).

-Temel Kaygı Kuramı:

Horney çocuğun doğduğu andan itibaren yabancı ve düşman bir dünya ile karşılaştığını, tek başına, çaresiz ve güçsüz olduğunu, bu nedenle de kaygı duyduğunu belirterek bu kaygıdan kurtulmak için de sevme, kendini sevdirmeye, boyun eğme, içe kapanma ya da gerektiğinde güç elde etmek için saldırma gibi davranışlarda bulunduğunu savunmuştur (36).

-Bilişsel Kuram:

İnsanların karşılaştığı olaylara karşı gösterdiği davranışlarını inançları, yargıları ve otomatik düşünceleri (kendisiyle konuşması) etkilemektedir. Bunların etkisi doğrultusunda olayların olumsuz yorumlanması ile olumsuz beklentiler, saldırgan eğilimler ve davranışlar ortaya çıkabilmektedir (15).

Blackburn (1971, 1986) saldırganlık eğilimleri olan bireylerin kişilerarası ilişkilerde olumsuz ve düşmanca durumlarla karşılaşma beklentisinde olduklarını, bu bilişsel tutarsızlıkla zarar verdikleri kişinin bunu hak ettiğine inandıklarını belirtmektedir. Beck (1976) de olumsuz ve hatalı bilişlerin, kişinin aşırı genelleme yapmasına, olayları gereğinden fazla büyütmesine ve seçici olarak odaklanmasına neden olduğunu ve bu durumun da gerçekleri çarpıttığını belirtmiştir (15).

-Kişilik Kuramı :

Kişilik özellikleri ile agresif davranışlar arasında bir ilişkinin olup olmadığı ile ilgili Megargee tarafından yapılan çalışmalarda, agresif davranışlarına fazla sınır koymayan kişilerin, daha az şiddetle agresif davranışlar gösterdiği, buna karşın kendisini sürekli olarak sınırlayan kişilerde agresif davranışların daha fazla ve şiddetli olduğu belirtilmiştir (13, 20, 41, 61).

Rotter'e göre bireyin agresif davranış biçimi ile kendi davranışlarını kendi iradesine bağlı olarak ortaya koyması arasında bir ilişki vardır. Kuramın da "İçsel ve dışsal kontrole inanç" kavramlarını kullanmıştır. İçsel kontrolde kişiler kendi yaşamlarını kendilerinin yönlendirebileceğine inanmaktadır. Dışsal kontrolde ise olayların kendi denetimlerinin dışında gerçekleştiği ve çabalarının işe yaramadığı inancı vardır. Bu kurama göre, içsel kontrol grubunda olan kişilerin agresif davranışlar karşısında daha fazla agresif davranışlar gösterdiği, dışsal kontrol grubunda olan insanların ise daha az agresif davranışlar gösterdiği savunulmaktadır (95, 96).

-Psikiyatrik Bozukluklar:

Rabkin'in çalışmalarının sonucunda psikiyatrik hastalar içinde şiddetli suçlardan tutuklanma ve mahkum olma oranı genel nüfusun içinden gelenlerden daha fazladır. Ancak bilimsel tetkik veya kararlar potansiyel şiddet gösterisi olarak kullanılmamalıdır. Bununla birlikte agresyon gösteren hasta grupları içinde aşırı şiddet gösteren bazı hastalık tanıları vardır. Paranoya ve şizofreni bu tanılar içinde yer almaktadır. Psikotik bozuklukları olan hastaların şiddet davranışını gösterme riskinin daha yüksek olduğu çalışmalarla ispatlanmıştır. Ayrıca borderline ve antisosyal kişilik bozuklukları, deliryum demans, amnestik sendrom, organik beyin bozuklukları, mani, mental retardasyon içerisinde de şiddet gözlenmektedir (12, 16, 22, 51, 96).

Taylor 203 erkek mahkum üzerinde yaptığı bir çalışmada; %46'sının şiddet suçları işlemeye psikotik semptomlar tarafından yöneltildiğini saptamış ve suçların %82'sinin muhtemelen hastalığa bağlanabileceğini vurgulamıştır (96).

DSM IV 'te şiddet davranışının görüldüğü durumlar;

*Zeka gerilikleri, dikkat eksikliği, hiper aktivite bozukluğu, davranım bozuklukları,

*Bilişsel bozukluklar,

*Delirium,

*Demans,

*Psikotik bozukluklar (şizofreni, başka bir yerde tanımlanmamış psikotik bozukluklar),

*Duygulanım bozuklukları (genel medikal durumlara bağı duygulanım bozuklukları, maddeye bağı duygulanım bozuklukları),

*İntermitant explosif bozukluklar,

*Davranım bozukluğu ile birlikte olan uyum bozukluğu,

*Kişilik bozuklukları (paranoid, antisosyal, borderline, narsistik),

*Çocukluk, ergenlik ve erişkinlik çağlarının topluma karşı davranışı şeklinde tanımlanmaktadır (36).

2.2.3.Sosyal Kuramlar

-Sosyal Öğrenme Kuramı:

Sosyal öğrenme kuramının prensipleri ilk defa Bandura ve Walters tarafından 1963 yılında sunulmuştur. Bu yaklaşıma göre agresyon, sonradan kazanılan bir davranış biçimidir. Bu davranış biçimi, **edimsel koşullanma**, **taklit** ve **özdeşleşme** gibi öğrenme kavramlarıyla açıklanmaktadır (36, 96):

Edimsel koşullanmada, ödül ve ceza önemlidir. Kuramcılara göre ödüllendirilen ve onaylanan agresif davranışların sürdürülme olasılığı daha yüksek olmaktadır. Agresif davranışın arkasından gelen pekiştirme kendi içinde bir amaç haline dönüşerek agresif davranışların araç olarak kullanılmasına ve sürdürülmesine neden olabilmektedir. Agresif davranışlar ödül ve ceza yaşantılarının etkileşimi içerisinde belirlenmektedir. Ödüllendirilen ve onaylanan davranışlarla agresif davranışlar yarışmaktadır. Agresif olmayan davranışlar sistematik olarak ödüllendirilir ve agresif davranışlar cezalandırılırsa agresif davranışlarda azalma eğilimi görülmektedir (3, 96).

Gözlenen agresif davranışların **taklit** edilmesi, agresif davranışların şekillendirilmesinde etkili olmaktadır. Bandura ve Walters başkalarının agresif davranışını izleyen bir çocuğun, daha agresif bir tutum içine girme eğiliminde olduğunu saptamışlardır. Yapılan çalışmalar anne babanın ceza şekilleriyle çocuklarının ceza şekillerinin birbirleriyle ilişkili olduklarını ortaya koymuşlardır (3, 96).

Özdeşleşme, temelinde taklidin yer aldığı özdeşleşme sürecinde çocuk, davranışlarını modele uygun olarak biçimlendirirken modele benzemeye çalışmaktadır. Anne ve babalar davranışlara göre belirledikleri ödül ve ceza yöntemleri ile bu süreci yönlendirmektedir. Örneğin anne ve baba çocuğunun agresif davranışlarda bulunmasını istemiyorsa ve onda bulunmasını istediği başka davranış biçimlerini de belirlemişse, çocuğunun neyi, nerede, nasıl taklit edeceğini ve kiminle özdeşim kuracağını da saptamış olmaktadır (96).

-Sosyal Çevre Kuramı:

Sosyal çevre kuramına göre, kişinin yaşadığı çevre agresyona yönelik davranışlarını etkilemekte ve öfkenin asertif bir şekilde sözel ifadesini destekleyen kültürel normların, insanların öfkeyle sağlıklı bir şekilde başetmelerine olanak sağladığı, saldırgan davranmayı destekleyen normların ise öfkenin yıkıcı bir şekilde fiziksel ifadesine yol açtığı ileri sürülmektedir (96).

Yaşanılan ortamın kalabalık olması, aşırı çevresel uyaranlar (gürültünün yoğun olması, aşırı sıcaklar) ya da uyaransızlık, hava kirliliği, toplumsal destek sistemlerinin yetersizliği, kişiler arasında ilişki ve iletişim kopukluğu, yoksulluk, televizyon ve diğer kitle iletişim araçlarında şiddet olaylarının fazla olması, ailenin parçalanması, ağır işlerde çalışma, ateşli silahların yaygın kullanılması gibi faktörler de agresif eğilimlerin ve davranışların ortaya çıkışını kolaylaştırmaktadır (7, 42, 58, 98).

2.3. AGRESYONUN ÇEŞİTLERİ

Araştırmacılar tarafından uzun süren araştırmalardan sonra agresyon; biçimine, kuramcılara , motivasyon unsuruna, ifade tarzına, yöneldiği hedefe, şiddet düzeyine göre çeşitli sınıflara ayrılmıştır.

Kuramcılardan Rosenweig, engellenmeye karşı geliştirilen agresif tepki biçimlerini üçe ayırmıştır:

-Engele odaklı agresyon biçimi (obstacle-dominance aggression): Agresyon engellenme durumuna karşı gösterilmektedir. Birey agresif tepkilerini kendisine ya da dışarıya yöneltebilir hatta önemsizliğini vurgulamaya çalışabilir ancak tepkiler hep engelde odaklaşmaktadır.

-Ego-savunma agresyon biçimi (ego-defence aggression): Birey kendisini veya başkalarını suçlayarak ya da engeli önemseyerek ve suçlamada bulunmadan ego dengesini korumaya yönelik agresif tepkiler göstermektedir.

-Gereksinim-israr agresyon biçimi (need-persistence aggression): Bu agresyon biçimi olumlu ve yapıcı nitelikler taşımaktadır. Birey engellenme durumunu ortadan kaldırmayı amaçlamakta ve bu yönde engeli çözüm bulucu agresif tepkiler göstermektedir. Engeli çözümlenmekte ısrar vardır ve bu yüzden çözümü kendisi bulmakta, başkalarından beklemekte veya zamana bırakmaktadır (31, 54, 96, 141) .

Moyer (1976) gerçekte bütün canlılarda bulunan agresyonu sekiz çeşide ayırmıştır:

-Yağmacı/yırtıcı agresyon: Motive edilen saldırgan davranış olup tarihimizde atalarımızın avlanma davranışlarında görülmüştür. Bu gün ise normal bireylerin davranışlarında avlanma olarak görülebilir. Normal olmayan davranış çeşitleri çoğunlukla psikopatlerde görülmektedir; saldırgan bir çeşit saptırmayla narsistik yaklaşımla karşısındaki kişiyi daha aşağı ve eşit olmayan bir varlık olarak görmektedir. Bu bireyler avlanma ve çalma davranışı karşısında ahlaki ve vicdani sorumluluk taşımamaktadırlar.

-Erkekler arasında saldırganlık: Erkeklerin birbirlerine karşı fiziksel şiddet ya da uysal davranış göstermesidir. Davranışın temelinde ego tehdidi yada bir tür rekabet vardır.

-Korkuya neden olan agresyon: Hapishaneye kapatılma gibi ciddi bir tecritin herhangi bir şekline karşı kişinin gösterdiği saldırgan davranışlardır. Temelinde agresif olabilirler kapatılmayla da agresyonun şiddeti artabilir.

-Ülkeye ait /bölgesel agresyon: Bireylerin kendi bölgesinin istilasına karşı gösterdiği saldırgan ya da tehdit edici davranış olarak görülmektedir.

-Maternal agresyon: Çoğunlukla hayvanlarda açıkça görülen bir davranış olup annelerin çocuklarının güvenliğini tehdit edici durumları algıladığında gösterdiği korumaya yönelik davranışlardır.

-Huzursuzluk (irritabilite) agresyonu: Saldırganın engellendiği, incindiği, yoksun bırakıldığı ya da baskılandığı zaman gösterdiği davranıştır. Saldırganlık ve hiddet, bir nesneye yönelik olabilir ve çoğunlukla kabul edilebilir. Ancak agresyon çıkışını uygun kullanmayan kişiler agresyonu başkalarına da yöneltebilirler.

-Seks ile ilgili agresyon: Seksüel davranışı ortaya çıkaran aynı uyaran tarafından agresif davranış ortaya çıkarılabilir. Seksüel arzuyu uyandıran herhangi bir kişi kıskançlık yoluyla saldırganlığı uyabilir. Kıskançlık doğrultusundaki agresyon davranışları ve seksüel arzuyu uyandırmak için üstünlük ve agresyon davranışlarının bir arada olması gibi davranışlar örnek olarak gösterilebilir.

-Enstüramental agresyon: Ödüle ulaşabilmek ya da elde edebilmek için gösterilen agresyon davranışlarıdır (52). Bu ödül para veya seksüel haz olabilir (100, 135).

Charles (2000) agresyonu, **açık agresyon** (vurma itme, çekme, tekmeleme vs) ve **anlatımsal agresyon** (sözel ve el kol hareketleri) olmak üzere iki bölümde ele almaktadır.

Cüceloğlu günlük yaşamda görülen agresyon biçimlerini uyuma götürücü, uyumu bozucu ve yer değiştirmiş agresyon şeklinde üç çeşide ayırmaktadır (24).

Feshbach (1964), Buss (1961) ve Aranson (1992) saldırgan davranışı kendi içinde enstrümantal ve hostile agresyon olarak ikiye ayırmışlardır (15).

Motive eden unsurlar doğrultusunda saldırganlık çeşitli sınıflara ayrılmaktadır:

-Şiddetli saldırganlık: Saldırganlıktaki şiddet ögesi belirgindir. Genellikle gerçekten olan ya da gerçek olduğuna inanılan aşağılanma, değersizleştirilme, hor görülmeyi gidermeye yönelik yer değiştirmiş saldırganlık dürtülerinden kaynağını alır. Kişiyi kontrol etmeyi sağlamanın dışında, aşırı fiziksel ve sözel saldırganlık vardır. Saldırgan davranışta hiddet ön plandadır. Davranışın temelinde öfke ile cezalandırma yer almaktadır.

-Güç, hakimiyet, kontrol: Saldırgan kişi egemenliği ve kontrolü sağlama ihtiyacı içindedir ve akut olarak yaşadığı yetersizlik duygularının giderilmesini amaçlamaktadır. Cinsel tacizlerde saldırganın gücü tekrar tekrar hissedebilmesi için taciz ettiği kişiden geleceğe ilişkin olarak erotik beklentilerine uygun mesajlar almak istemesi buna örnek olarak gösterilebilir.

-Cinsel doyum: Cinsel sapmaları da içerebilecek cinsel isteklerin doyurulmasını amaçlar.

-Sadistik cinsel fantezi: Saldırganlık fantazilerinin gerçekleştirilmesine yöneliktir.

-Parafili: Saldırganlık DSM-IV' te tanımlanan bir ya da daha fazla parafilileri içerir; tekrarlayan, yoğun, cinsel yönden uyarıcı fantazilerin, cinsel dürtülerin ya da davranışların belirlediği, canlı olmayan nesnelere, kişinin ya da partnerin acı çekmesine ve aşağılanmasına, çocuk ya da rızası olmayan kişilere en az altı aylık süreyle ve klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya, mesleki alanlarda yada önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yolaçan davranışlardır.

-Cinsel çatışma: Davranış ya da koşulların yol açtığı travmatik geçmiş yaşantılarla ilgili olarak ani, panikten aşırı öfkeye kadar gelişebilen davranışlarla karakterizedir. Cinsel istismar örnek verilebilir.

-Aşırı olumsuz uyarılabilirlik: Saldırgan eylem öncesi yoğun öfke ve uyarılabilirlik durumu vardır, dış ortamlardan bağımsız olarak ortaya çıkar, öfke duygusunun nedeni veya hedefi belirsizdir.

-Gerilimi/disforiyi giderme: Eylem öncesinde yoğun anksiyete, gerilim, öfke veya disfori vardır. Saldırgan davranışla bu semptomlarda gerileme olur.

-Heyecan/canlılık: Saldırgan davranış, cinsel olmayan tarzda zevk vermek, heyecan ve canlılık oluşturmak amacıyla yapılır.

-Kompulsif zarar verme/öldürme dürtüsü: Saldırganın dürtü ve ya dış uyarıcı koşullar olmadan karşı çıkmaya çalıştığı ama durduramadığı obsesif zorlayıcı düşünceler doğrultusunda yaptığı davranışlardır.

-Benlik saygısının yok edilmesi: Saldırıya uğrayanın, saldırı davranış öncesi aşağılaması, değersizleştirilmesi, sözel olarak öfkelenmesi ile ortaya çıkan davranışlardır.

-Tehdit/gerçek kayıp: Saldırgan davranış, nesne ve destek sistemlerinin kaybı yada tehdidi söz konusu olduğunda ortaya çıkmaktadır.

-Kontrol edilemeyen saldırganlık: Şiddet eşiği düşük olan kişilerde minimal uyarıyla ortaya çıkan davranışlardır.

-Kurbanın yol açması: Saldırıya uğrayan kişilerin saldırı öncesi saldırıyı provake etmesi ile ortaya çıkan davranışlardır.

-İntikam: Saldırgan kişinin doğru ya da gerçek dışı inançlarıyla intikam almak amacıyla yaptığı davranışlardır.

-Kıskançlık: Kişinin sadakatsizlikle ilgili düşünceleri doğrultusunda yaptığı davranışlardır.

-Yer değiştirmiş saldırganlık: Saldırgan davranış, saldırganın öfkelenmesine neden olan kişinin dışındaki başka kişi ya da nesnelere yönelik olarak gerçekleşir.

-Problem çözme/dikkat çekme: Kişinin saldırgan davranışıyla kötü durumuna dikkat çekmeye, sorunlarının çözümü için başkalarını ikna etmeye çalışması ve zorlaması ya da ihtiyaçlarını karşılatması ile karakterize davranışlardır.

-Para kazanma: Davranış para kazanma niyetine ve beklentisine yöneliktir.

-Yakalanmaktan kaçma: Davranış, suçlamaktan ya da yakalanmaktan kurtulmaya yöneliktir.

-Piromani: Davranış, yangın çıkarma şeklinde olup amaçlıdır. Eylem öncesinde gerginlik olabilir. Yangın tablosundan zevk alabilir izleyebilir.

-Çete/grup eylemi: Saldırgan davranış grup içinde ya da organize bir suç örgütü içinde yer alan sal dırgan tarafından gerçekleştirilir.

-İntoksikasyon: İlaç ve alkol intoksikasyonunun saldırgan davranışa eşlik ettiği davranışları içerir.

-Psikotik: Psikotik semptomların sonucunda ortaya çıkan davranıştır.

-Kahraman olma: Başka kişilerin ya da unsurların suçlanmasına ve saldırı sonrası taktir kazanılmasına neden olacak davranışlardır (95).

Agresyon ifade tarzına göre; sözel saldırganlık ve fiziksel saldırganlık olmak üzere ikiye ayrılmaktadır:

-Sözel agresyon: Fiziksel saldırganlığın temel uyarıcısı olup yüksek sesle konuşma, bağırma, küfür etme, tehditlerde bulunma gibi yıkıcı sözel ifadelerden oluşur.

-Fiziksel agresyon: Agresyonun fiziksel davranışa dönüşmesi ile ortaya çıkmaktadır. Hedefine göre üç tipi vardır:

***Objelere karşı fiziksel agresyon:** Eşyalara vurma, kırma, çizme, fırlatma tekmeleme, yangın çıkarma gibi davranışlarla karakterizedir.

***Başkalarına karşı fiziksel agresyon:** Isırma, vurma silah kullanma, yumruklama, çimcikleme, itme, tekmeleme, tehdit edici hareketlerde bulunma gibi davranışlarla karakterizedir.

***Kendisine karşı fiziksel agresyon:** Kendini yere atma, eşyalara vurma, kafasını vurma, kendini kesme, çimdikleme, kendisine vurma, yakma, kendisini sakatlama gibi davranışlarla karakterizedir (106).

Şiddet düzeyine göre agresyonun dört çeşidi vardır:

Hafif agresyon; memnuniyetsizlik ifadeleri, huzursuz ve gergin davranışlar, hafif küçük düşürücü sözel cevaplar, yüzünü buruşturma, tükürme, dilini dışarı çıkarma gibi yüz ifadeleri ve seksüel içerikli el hareketleri ile karakterizedir (1).

Orta düzeydeki agresyonda düşmanlık, öfke, memnuniyetsizlik ifadeleri daha açıktır. Kapıları çarpma, objeleri hedef almaksızın fırlatma, küçük düşürücü sözler kullanma ve sözel tacizlerde bulunma gibi hareketlerle açık bir şekilde kendini gösterir(1).

Ağır ve şiddetli agresyon ise agresyonun en son düzeyidir. Bu iki düzeyde zarar verici fiziksel davranışlar bulunur ve hedefi bellidir. **Ağır agresyonda** çoğunlukla fiziksel olarak zarar verici davranışların tehditi sözkonusudur (1).

Şiddetli agresyonda ise fiziksel zarar verici davranışlar öfke, engellenme, gerginlik ve düşmanlıkla birleşerek fiziksel hareketlerle de dışarıya yansıtılır. Görüldüğü gibi erken tanılanmış, girişimsiz agresyonun uyarıların sıklığına ve sürekliliğine bağlı olarak hafif (tetikleyici safha) düzeyden orta (yükselen safha), ağır ve şiddetli (kriz safhası) agresyona doğru gidişi gösteren bir agresyon haritası çizer. Birçok araştırmacı çalışmalarında bu agresyon haritasının en uç sınırındaki bireyin kendisini ve başkalarını tehlikeye sokan davranışları üzerine odaklanır (1).

2.4. AGRESYONUN GELİŞİMİ VE SEMPTOMLARI

Gleitman (1981) bireylerde saldırgan davranışın meydana gelmesinde “genel uyarılmışlık” halinin önemli olduğunu ve verimli bir yaşam sağlayabilmeleri içinde optimum düzeyde uyarılmışlık halini sürdürmeleri gerektiğini vurgulamaktadır. Ona göre şiddetli heyecanlar optimum düzeyde uyarılmışlığa, optimum düzeyde uyarılmışlık hali de şiddetli heyecanlara neden olmaktadır (15).

Agresyon bir süreç olarak, saldırganın anksiyetesinin başlangıcından şiddet patlamasına kadar geçen süreç içinde gösterdiği tüm davranışlarını kapsamaktadır. Aynı zamanda bu süreç, saldırganın agresyonunun grafiksel olarak bir göstergesini oluşturmaktadır (110, 111).

Agresyon Yönetim Merkezinde (Center for Aggression Management 1993) şiddeti önleme uzmanı olarak çalışan John D. Byrnes şiddet oluşmadan önce bireyin şiddete doğru gidişini gösteren agresyonu tetikleyici safha (stresin ve anksiyetenin başladığı), yükselen safha (anksiyetnin birbiri üzerine biriktiği safha) ve kriz safhası (sözel ve fiziksel kontrolün kaybedildiği safha) şeklinde üç bölümde ele almış ve bu safhalarda yer alan aşamaların önceden anlaşılmasının önemli olduğunu açıklamıştır. Bu safhalar içinde yer alan aşamaları üç şekilde tanımlar:

-Birikmiş Anksiyete (Mounting anxiety):

Günlük yaşantımızda başa çıkmaya alışık olduğumuz normal anksiyetenin (trafik gürültü vs) aksine birikmiş anksiyete bizde değişiklik yaratır. Hareketlerimizde farklılıklar olmaya başlar. Bu yüzden normal anksiyete ve stresten farklıdır. Bu değişiklikler; davranış, beden dili ve kişiler arası ilişkiler şeklinde üç düzeyde meydana gelir. Birey tetikleyici anksiyeteye daha uzun süre başa çıkamadığı için birbirini tetikleyen anksiyeteler birikmeye başlar ve potansiyel saldırganda bu doğrultuda birikmiş anksiyeteye şiddetlenen safhaya geçer (1, 110, 111, 112).

Saldırganda anksiyetenin en erken belirtileri içinde işbirliği yapmayı red etme, söylentileri yayma (özellikle iş ortamında çalışanlarla ve iş verenle ilgili), kavga çıkaran ya da huzursuz davranışlarda bulunma, daha sonraki aşamalarında ise yüzeysel nefes alıp verme, terleme, endişe içinde olma, adımlayarak yürüme, niteliksiz küfür ve kabalık kullanma gibi davranışlar yer almaktadır (1, 111, 112).

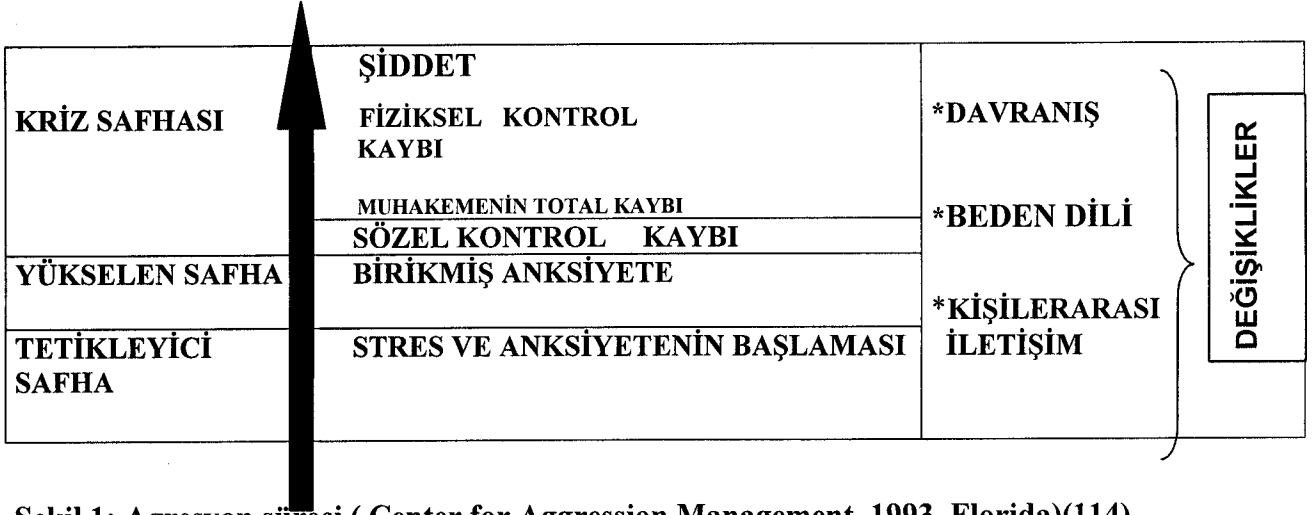
Bir saldırgan sözel kontrolü kaybetmeden önce Byrnes'in sözel agresyon ölçeğine göre sözel agresyonun dört aşamasında ilerler. Bu ölçeğin aşamaları; sorgulama, kabul etmeme, sözel olarak ifade etme ve tehditlerle göz dağı verme şeklinde bölümlerden oluşmaktadır (112) .

-Sözel kontrol kaybı (Loss of verbal control):

Kriz safhasında görülen bu aşamada; saldırganın söylediği cümlelerin birbirine karıştığı ve kelimelerin ise yanlış fikir veren belli bölümlerin alınması ile oluşturulduğu görülmektedir. Dudaklarını kıpırdatma, içeri doğru ısırır şekilde oynatma, yüzde önce beyaz sonra kırmızı renkte değişikliklerin olması ve hatta dişlerini sıkarak göstermesi gibi davranışlar da bu aşamada saldırganda görülen diğer davranışlardır (110, 112).

-Fiziksel kontrol kaybı (Loss of physical control):

Saldırgan bu aşamada fiziksel kontrolünü kaybederek fiziksel şiddeti içeren; vurma, itme, çekme, tekmeleme, ısırma, eşyaları fırlatma vs gibi davranışlarda bulunmaktadır. Bu safha hem saldırgan için hem saldırıya maruz kalan kişi için hem de saldırıyı izleyen ve kontrol altına almaya çalışan kişiler için yasal boyutta soruşturmayı ve yargılamayı gerektirebilecek şekilde tehlikeli davranışları içeren bir safhadır (110, 112).



Şekil 1: Agresyon süreci (Center for Aggression Management 1993, Florida)(114).

Smith'in stres modeline göre ise agresif tepkiler, beş safhayı içeren saldırı dizisi oluşturur:

İlk safha; tetikleyici safhadır (triggering phase). Bu safhada stres yaratan bir olay ve strese verilen tepkiler mevcuttur. Genel uyarılmışlık halinde yükselme olmaktadır. Tetikleyici faktörlere bireysel cevaplar verilmektedir. Saldırgan için olaylar, durumlar, başka insanlar, nesneler tek tek ya da bir arada tetikleyici faktörler olabilmektedir. Vücutta kas gerginliği, seste değişiklikler, öç almaya hazırlanma, parmaklarını vurma, adımlayarak yürüme, sözel tekrarlar, huzursuzluk, sinirlilik, anksiyete, şüphencilik, terleme, titreme, öfkeli bakma, nefes alıp vermede değişiklikler mevcuttur. Bu safhada başkalarına yönelik agresyon davranışı yoktur (43, 82, 109, 111, 113).

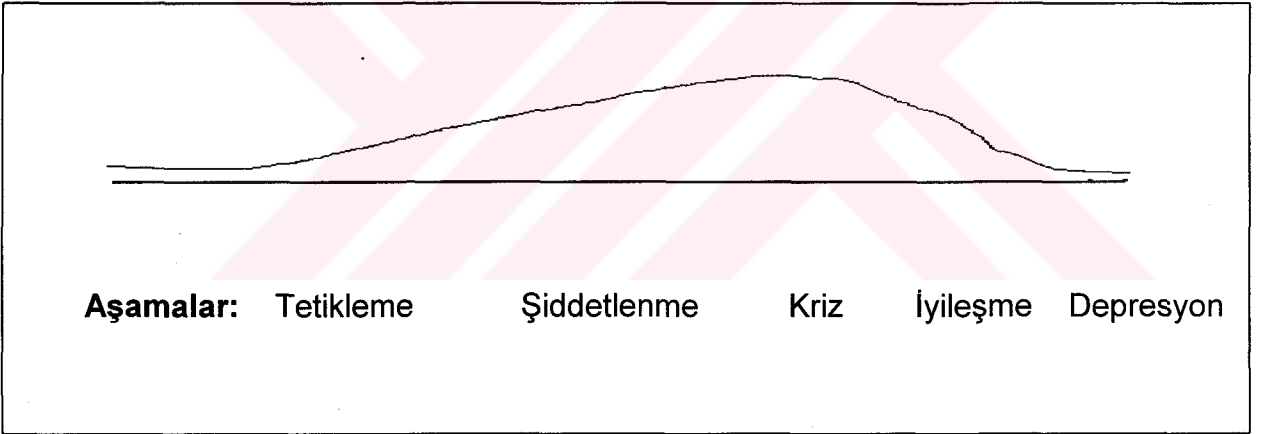
İkinci safha şiddetlenen safhadır (escalation phase) ve kontrol kaybına doğru gidişi gösteren davranışlar mevcuttur. Tetikleyici faktörlere bağlı olarak fiziksel ve emosyonel gerilim artmıştır. Saldırganda; solgun/kızarmış yüz, kalp atım hızının ve solunumun artması, bağırma, öfke, küfür etmek, ajitasyon, aşırı hassasiyet, tehditler, talepler, gerginlik, muhakeme yeteneğinin azalması, kışkırtıcı davranışlar, yumruklarını sıkmak gibi davranışlar mevcuttur (43, 82, 109, 113).

Üçüncü safha kriz safhasıdır (crisis phase) ve kontrol kaybı ve şiddet mevcuttur. Saldırganın beden dili, davranışları ve diğerleriyle iletişim şeklinin tümüyle değişmesi ve olumlu mekanizmaları kullanamama vardır. Hakimiyetin kaybı, kavga, vurma, hiddet,

olumlu mekanizmaları kullanamama vardır. Hakimiyetin kaybı, kavga, vurma, hiddet, tekme atma, tırmalama, bir şeyler fırlatmak gibi davranışlarla karakterizedir (43, 82, 109, 113).

Dördüncü safha iyileşme safhasıdır (recovery phase); bireyin yavaşladığı, emosyonel ve fiziksel hareketliliğin azaldığı, normal davranışlara geri döndüğü safhadır. Saldırganda vücut gerginliğinde azalma, suçlamalar, şikayetler, sesin zayıflaması, relaksasyon, konuşma içeriğinde değişme davranışları mevcuttur (43, 82, 109, 113).

Beşinci safha kriz sonrası depresyon safhasıdır (postcrisis depression phase), Başkalarıyla barış girişiminde bulunduğu ve iletişim kurduğu safhadır. Ağlama, özür dileme, saldırı duygularını bastırma gibi davranışlar gözlenebilir (43, 82, 113).



Şekil 2:Saldırı Siklusu (82)

2.5. AGRESYONUN EPİDEMİYOLOJİSİ

Agresyon ve şiddet evde ve toplumda sosyoekonomik durum, ırk ve etnik köken ayırt etmeksizin dünya genelinde önemli bir toplum sağlığı problemini oluşturmaktadır (104, 123). Her yıl milyonlarca insan şiddetin neden oldu yaralanma sonucu ölmekte, sakatlanmakta ya da iyileşerek hayatta kalmayı başarabilmektedir. İnsanların ölüm nedenleri üzerine yapılan çalışmalarda şiddet üçüncü, suicid dördüncü ve savaş altıncı sırada yer almaktadır. Ayrıca şiddet, ölüm ve sakatlığa ek olarak depresyon, alkol, madde ve sigara kullanımı, yeme ve uyku bozuklukları, HIV ve seksüel yolla bulaşan hastalıkları da sebep ya da sonuç olarak karşımıza çıkarmaktadır (136).

Yapılan araştırmalarda dünyada son yüzyılda iç ve dış savaş nedeniyle 170 milyon insanın öldüğü, iki dünya savaşında 24 milyon askerin hayatını kaybettiği ve Kamboçya'daki iç savaşta dört yıl içinde nüfusun yüzde otuzunun öldüğü belirtilmektedir (126).

Toufexis'in yaptığı (1993) bir çalışmada Amerika'da sadece iki milyondan daha fazla insanın her yıl bıçaklandığı, kurşunlandığı ya da başka türlü saldırıya uğradığı ve bu saldırıların sonucu olarak bunların binde yirmi üçünün öldüğü belirtilmektedir (11).

Cinayetlerin %65'inden daha fazlasında el silahları kullanıldığı, daha önce başkalarına karşı ateşli silah kullanan kişilerin gelecekte de ateşli silah kullanma olasılığının yüksek olduğu, ateşli silahla saldırma ile bıçakla saldırma arasında öldürücülük açısından 5 kat fark olduğu (Zimring 1991), ABD de her üç evden birinde ateşli bir silah olduğu ve bütün silahların %20 sinin dolu olarak kilitli olmayan yerlerde tutulduğu belirtilmektedir (Cook ve Ludwig 1997) (83).

Şiddet riskini artıran ipuçlarına karşı uyanık olmak için bireylerin askerlik ve çalışma hikayeleri arasında bir ilişkinin varlığını belirten çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar doğrultusunda değerlendirmeyi yapan kişiler; bireyin, askerdeki disiplin

ölçüleri, tehris olma biçimi, nöbet tuttuğu koşullardaki durumu ve iş yaşamında sık iş değiştirmeler ve işten ayrılma nedenlerini gözden geçirmelidirler (Borum ve ark 1996). Sık iş değiştirmelerin şiddet riskini arttırdığı, geçici olarak işten çıkarılanların çalışan arkadaşlarına oranla altı kat daha fazla şiddete başvurduğu belirtilmiştir (Catalono ve ark 1993) (83).

Agresyon ile yaş arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada şiddet içeren davranış 18-29 yaşta %7.34, 30-40 yaşta %3.59, 45-64 yaş %1.22 ve 65 yaş üstünde %1 olduğu görülmüştür (Swanson ve ark 1990) (83). Ayrıca psikozlu hastalarla yapılan başka bir çalışmada da 45 yaşın altına daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (12).

ABD’de 15–25 yaşları arasındaki ölümlerin ikinci nedenin homosid olduğu saptanmıştır. Ayrıca siyahların beyazlar tarafından öldürülme olasılığı sekiz kat daha fazladır. El silahlarının kontrolü ile ilgili kanuni kısıtlamaların olduğu İngiltere, İsveç, Japanyo ve Kanada’da homosid daha düşüktür (77).

Cinsler arasında yapılan bir çalışmada kadınların %11.6 sı kocaları ya da erkek arkadaşları tarafından fiziksel saldırıya uğramakta %3.4’ ciddi şiddet kurbanları olmaktadır (Straus and Gells 1990) (83, 131, 137).

Evliliklerin hemen hemen üçte birinde karı koca arasında fiziksel şiddet oluşmaktadır (11).

Yapılan incelemeler sonucunda dünyadaki kadınların yaklaşık dörtte birinin değişik düzeylerde ve şekillerde şiddete maruz kaldıkları belirtilmektedir. Amerikada yapılan araştırmalarda her iki evlilikten birinde fiziksel şiddet olduğu gösterilmektedir. ABD’de 542 kadınla yapılan bir çalışmada kadınların %45’nin fiziksel, sosyal veya emosyonel şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır (Mc Allister 2000). Ülkemizde 1990 yılında devlet bakanlığı tarafından 1973 kadın ile yapılan çalışmada, eşi ile tartışan 20 yaş ve üzeri kadınların %18’inin eşi tarafından dövülmekte olduğu saptanmıştır. Ankarada 18-67 yaş arası 155 kadın üzerinde yapılan bir diğer çalışmada kadınların %89 unun en az

bir kez sözel şiddete, %39'unun fiziksel şiddete ve %15'i ise sekse zorlanarak tecavüze uğradıklarının saptanmıştır (T.C. Başbakanlık Kadın ve Sos. Hiz. Müst.1993) (64).

Erkekler normal popülasyonda kadınlara göre 10 kat daha fazla şiddet davranışında bulunmaktadır (Tardiw and Sweillam 1980) (83). Ayrıca işledikleri suç oranı da daha fazladır (Federal Bureau of investigation, 1993, Borum ve ark 1996) (140) Ağır ve şiddetli agresyonda görülen fiziksel şiddet uygulama, çoğunlukla erkeklerde daha yaygındır. DSÖ' nün istatistiklerine göre erkekler arasında ki ölümlerin %14 ü ve kadınlar arasında da %7 'si şiddet sonucu olmaktadır (120).

Mental bozukluğu olan hastalarda ise erkekler ve kadınlar arasında şiddet içeren davranışda bulunma arasında belirgin farklılıklar yoktur. Hatta kadınlar da çok az oranda yükseklik gösteren çalışma sonuçları vardır (Lidz ve ark 1993, Newhill ve ark 1995, Borum ve ark 1996). Kadınların şiddeti aile üyelerine yöneltmesi, erkeklere oranla daha yüksektir (McAtrhur Foundation 2001) (39, 83).

Araştırmacılar hastaların sosyoekonomik durumlarının agresyonun ortaya çıkış olasılığı üzerinde etkili olduğunu belirtmişler ve sosyoekonomik durumu düşük olan hastalarda üç kat daha fazla olduğunu ifade etmişlerdir (Borum ve ark 1996) (83).

Bireyde geçmiş şiddet öyküsünün olması gelecekteki şiddet davranışının tahmin edilmesinde önemli bir belirleyicidir (Klasen and O'Connor 1990, Torrey 1994). Cinayet ve mahkeme kayıtları, hasta kayıtları bireyin geçmiş şiddet ve yasal olmayan davranışlarının hikayesini değerlendirmede önemlidir. Örneğin ciddi bir suç için ilk tutuklanma yaşı, yüksek bir olasılıkla cinayet işleme olasılığını arttırmaktadır (Borum ve ark 1996, Maffit ve ark 1989).Şiddetin önceki her bir epizodu, gelecek bir şiddetin olasılığını arttırmaktadır(Borum ve ark 1996).Yapılan incelemelerde önceki dört tutuklama beşinci tutuklanmayı %80 oranında da arttırmaktadır (Wolfgang ve ark 1987) (83).

Her yıl binlerce çocuk şiddet nedeniyle ölmektedir. Bunun çoğunun aile üyeleri tarafından yapıldığı belirtilmektedir (11).

Agresyonun bazı çeşitleri, demanslı hastaların bakıldığı kurumların %80 inden daha fazlasında görüldüğü belirtilmiştir (sözel patlamalar, motor huzursuzluk, tehdit eden davranışlar, başıboş dolaşma, amaçsız ya da uygun olmayan aktiviteler) (35, 47, 53, 117).

Constantine ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışmada da demanslı 329 hastanın %27'sinde apati, %24'ünde depresyon ve %24'ünde ajitasyon/agresyonun daha yaygın olduğu belirtilmektedir (15).

Beck ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada uzun süre bakım evinde yatan 65 yaş ve üstündeki yaşlıların agresif davranışların bir çoğunu banyoda (%49), sabah (%86) olduğu ve hemşireler tarafından öncelikle bildirildiği belirtilmiştir. Bu yaşlıları %55' inin hiç ziyaretçisi olmadığı saptanmıştır. Agresif davranışların %57' sinin fiziksel, %47' sinin sözel ve %2' sinin de fiziksel olduğu tespit edilmiştir (40).

Cohen Mansfield ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada bakım evlerinde yaşayan 408 yaşlının %93 'ünün bir ya da daha fazla ajitasyon davranışını haftada en az birkaç kez gösterdiği vurgulanmıştır (35).

Agresyon ve şiddet psikiyatri kurumlarında artan şekilde belirgin bir problem olarak tanımlanmaktadır. Bu kurumlarda fiziksel şiddete daha az rastlanmasına rağmen sıklıkla oluşmamasına rağmen agresyon ve şiddet görülme olasılığı daha fazladır (Lanza 1983, Lion & Reid 1983) (60). Psikiyatri dışındaki kurumlarda oluşan saldırgan davranışlar ise genellikle beklenilmez ve çok zarar vericidir (15) .

Adler ve arkadaşları sağlık ekibinin hastalar tarafından saldırıya uğrama problemi üzerine 1975-1980 yılları arasında yaptıkları bir çalışmada sağlık elemanlarının yaralanma oranında %31.6 lık bir artış olduğunu saptamışlardır (15).

Hastanelerde şiddet ve saldırganlığın en yoğun görüldüğü bölümlerle ilgili olarak Conn ve Lion (1983) tarafından yapılan bir çalışmaya göre; hasta saldırıları hastane içinde farklı ünitelerde meydana gelmektedir; en fazla sayıda %41 psikiyatri kliniklerinde

olurken acil (%18), dahiliye (%13), cerrahi (%8) ve pediatri (%7) gibi alanlarda bunu izlemektedir (15).

1994 yılında ABD de ölümcül olmayan iş yeri saldırılarının %38' inin sağlık birimlerinde meydana geldiğine dikkat çekilmiştir (Carrol 1999)1997 yılında Colorado Hemşireler Birliği tarafından iş yerindeki şiddete ilişkin yapılan bir çalışmada hemşirelerin %30 'dan fazlasının iş yerindeki şiddetten mağdur oldukları (Slattery 1998) Williams'ın (1996) 345 hemşire ile yaptığı bir çalışmada ise hemşirelerin çalışma saatleri içerisinde %57 'sinin cinsel tacize %26' sının fiziksel saldırıya uğradıkları ifade edilmektedir. İrlanda da hemşirelerin %47'sinin çalışmaları sırasında hastaları tarafından saldırıya uğradıkları ve saldırıya uğrayanların %3' ünün bu saldırı sonucu bir süre işe gidemedikleri saptanmıştır (Williams 1996) (64).

Yapılan bir çalışmada psikiyatri çalışanlarının %50'sinin en az bir kez fiziksel saldırıya uğradıklarını göstermiştir (Ruber ve ark 1980) (15).

Weisser ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada (1994) psikiyatri hastalarının %10'unun personele karşı saldırgan davranışlarda bulunduklarını, personelin %50'sinin meslek hayatları boyunca birkaç kez fiziksel saldırıya uğradıklarını belirlemişlerdir (15).

Bir psikiyatri hastanesinde 5 aylık sürede meydana gelen tüm saldırganlık olaylarını inceledikleri çalışmalarında, personelin saldırıya uğrama oranının %40.9 olarak saptanmıştır (Shepherd ve ark 1999) (15) .

Agresyon çalışmaları temel olarak mental hastalık tanısı alan hastalarla veya uzun dönem bakım verilen kurumlardaki hastalarla sınırlı olup hastaya ve başkalarına zarara veren agresyon üzerine odaklanmıştır. Agresyon insidansı psikiyatri kliniklerindeki hastalarda (özellikle de şizofrenilerde ve perseküsyon hezeyanlı paranoid hastalarda), uzun süre yatarak tedavi-bakım gören hastalarda ve durumsal aktiviteler üzerinde daha az kontrolü olan hastalarda daha yüksektir (1, 101, 106). Yapılan bir çalışmada; uzun süre yatan 5164 hastanın %7' sinin 3 aylık bir süre boyunca en az bir kez başkasına karşı fiziksel saldırıda bulunduğu belirtilmiştir (22).

Psikiyatri de akut vakalarda agresyonun %10 oranında ve sıklıkla erkek psikotik hastalarda daha sıklıkla görüldüğü, psikotik hastaların yanında deliriumdaki hastalarda da saldırganlığın ortaya çıkabileceği belirtilmektedir. Ayrıca inhibisyonu azaltan bütün ilaçlar özellikle de alkol, barbitüratlar, diğer sedatifler ve amfetaminler kontrollü gözüken bireyleri saldırgan davranışlara itebildiği çalışmalarla gösterilmektedir (79,138).

Psikiyatrik hastalarda şiddet oranını yüksek bulan bir epidemiyolojik çalışmada bu yüksekliğin doğrudan psikotik belirtilerle ilgili olduğunu bildirmiştir (Borum ve ark 1996, Tardiff ve Sweillam 1980, Tardiff ve Sweillam 1982) (28).

McNeil ve Binder psikotik bozukluğu olan hastaların ortalama 18 günlük hospitalizasyonları süresince akut dönemde % 23'ünün fiziksel agresyon gösterdiklerini (şizofrenlerin %33'ü), Cheung ve arkadaşları ise rehabilitasyon koşullarında hastaların %63'ünün 8 haftalık yatış süresince saldırgan davranışların bazı biçimlerini gösterdiklerini belirtmişlerdir. Psikiyatri kurumlarında sözel agresyon, fiziksel saldırganlığın üç katı daha fazla sıklıkta görülmektedir (16).

Şizofreni hastalarının ilk epizodlarında başkalarının yaşamlarını tehdit edebilen davranışlar içerisinde bulunabileceklerini Humphreys ve arkadaşları (1992) 253 hastada yaptıkları bir çalışmada tespit etmişlerdir. Bu hastaların 52 si ilk şizofrenik epizodunda başkalarının yaşamlarını tehdit edebilecek agresif davranışlarda bulunmuşlardır (83). Yapılan bir çalışmada Şizofren ve şizoaffektif 289 hastanın 25'inin (%8.7) hastaneye yatışım ilk sekiz günü içinde en az bir kez saldırıda bulundukları gösterilmiştir (12, 22).

Paranoid hastalarda şiddet genellikle iyi planlanmıştır ve kendi yanlış inançlarına odaklanmaktadır. Agresyon özellikle bir kişiye yöneliktir. Akrabalar ya da arkadaşlar sıklıkla hedeftir. Toplumda serbest olarak dolaşan paranoid kişiler daha tehlikelidir. Çünkü silahları ele geçirme olasılığı daha yüksektir (Krakowski 1986) (83).

Spesifik hezeyanların olması agresyon riskini arttırmaktadır. İlk çalışmalar perseküsyon hezeyanlarının agresyon riskini arttırdığı yönündedir (Wessely ve ark 1993).

Takip edildiğine inanan hastalar takip ettiğine inandığı kişiye zarar vermeyi ister ve onu izler (Link ve ark 1992, Link ve Stueve 1995, Borum ve ark 1996). Swanson ve meslektaşları insanların tehdit ve kontrol altında olduklarıyla ilgili semptomları diğer psikotik semptomlara göre saldırgan davranışları iki kat daha arttırdığını belirtmişlerdir (Swanson ve ark 1996, Borum ve ark 1996) (83).

Mental bzukluğu olan hastaların hallüsinasyonlarının belli tipleri şiddet riskini arttırabilir (Zisook ve ark 1995). Şizofrenili hastaların hallüsinasyonları negatif emosyonlar üretirse (öfke, anksiyete, üzüntü) şiddetin oluşması olasılığı daha yüksektir (Cheung ve ark 1997) (83).

Depresyonda olan kişiler çaresizlik duyguları içindeyken başkalarına saldırabilirler. Bir saldırgan davranışın arkasından bireyler suisid girişiminde bulunabilirler (23). Depresyon bir homosid-suisidte en yaygın tanıdır (Coid 1983, Rosenbaum 1990, Marzuk ve ark 1992). Homosid –suisid çiftlerde kıskançlık ve sahiplik duygularıyla ilişkilidir (Rosenbaum 1990). Homosid teşebbüsünde bulunan ve ayaktan tedavi gören hastaların %91 'i suisid girişiminde bulunmuş olup, homocid düşüncesi olanların da %86 'sı suisid düşüncesi taşımakta olduğu saptanmıştır (Asnis ve ark 1997) (83, 129).

Manideki hastalar saldırgan ve tehdit edici davranışları yüksek bir oranda gösterir. Ancak gösterdiği saldırgan davranışın şiddeti yüksek değildir (Krakowski ve ark 1986). Şizofrenili hastalarla kıyaslandığında daha az önemli şiddet suçları göstermekte olup kısıtlandığı yada davranışlarına sınır konduğunda çoğunlukla şiddet davranışına başvurduğu belirtilmektedir (Tardiff and Sweillam 1980) (83).

Beyin yaralanmalarında ya da hastalıklarında agresif davranışların ortaya çıktığı; eskiden normal olan insanların yaralanmadan veya hastalandıktan sonra sözel ve fiziksel olarak saldırgan oldukları saptanmıştır (National Institutes of Health 1998). Senil organik psikotikli yaşlı hastaların diğer hastalara göre daha saldırgan olduğu ve saldırganlığın genellikle aile üyelerine yönelik olduğu belirtilmektedir (Kalunium ve ark 1990) (83).

Kişilik bozuklukları ile şiddet arasındaki ilişki incelendiğinde borderline (Tardiff1999, Tardiff ve Sweillam 1980) ve sadistik (Meloy 1992) kişilik bozuklukları şiddet artışı arasında bir ilişki olup en fazla antisosyal kişilik bozukluğunda görülmektedir (MacArthur Foundation 2001). Antisosyal kişilik bozukluğu olan kişilerde şiddet en fazla ve ciddi bir şekilde çok alkol kullandıkları dönemlerde oluşur. Bu bireylerde duygu yoktur, soğukturlar ve şiddet hesaplanarak yapılır (Williams ve ark 1987) Düşük IQ ve antisosyal kişilik özelliği kombinasyonu, gelecek şiddet riskinin artması için son derece büyük tehlike oluşturmaktadır (Heilbrun 1990) (83, 95, 132).

Kişiler kişilik bozukluğu özelliği taşımayan kişilik özellikleriyle de şiddet davranışı içine girebilmektedirler. Şiddetle ilişkili kişilik özellikleri impulsiviteyi, düşük frustrasyon toleransını, eleştirileri tolere edememe yetersizliğini tekrarlayan antisosyal davranışı, umursamaz girişimleri, hakkını verme ve yüzeysellik gibi özellikleri içermektedir. Bu kişilik özellikleriyle ilişkili şiddet genellikle anidir, epizodiktir. İç görüleri zayıf olan bu kişiler ve kendi yetersizlikleri için başkalarını suçlamaktadırlar (Reid and Balis 1989) (13, 84).

Hastaların tanısı ile saldırganlık arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde, aynı tanıya sahip olan hastaların farklı biçimde davranış sergileyebileceklerini, tanıya değil hastalığın aşamasına odaklanılması gerektiği ileri sürülmektedir (Phillips ve Nasr1983, Davis 1991) (15). Bunun yanında hastanın yattığı ilk hafta süresince agresyonun yüksek olabileceği belirtilmektedir (14).

Araştırmacılara göre saldırgan davranışları sergileyen hastaların genellikle 40 yaşın altında olduğu, genç hastaların yaşlı hastalara göre daha fazla saldırganlık riski taşıdıkları ileri sürülmektedir (Shader ve ark 1977, Fottrel 1980, Pearson ve ark 1986, James ve ark.1990). Yaşlanmayla ilişkili biyokimyasal, hormonal ve fiziksel değişimlerin yanı sıra sosyalleşme sürecinin bu farklılıkta etkisi olduğu belirtilmektedir (15).

İlaç ve alkol kullanımı ile agresyon davranışları arasında güçlü bir ilişki olduğu (MacArthur Foundation 2001 , Tardiff 1999), şiddet suçu işleyenlerin büyük bir çoğunluğu

alkolün etkisi altında olduğu (Murdoch ve ark 1990) ve bütün şiddet olaylarının yarısında agresyon davranışlarına maruz kalan kişi ya da saldırgan ya da her ikisinin de alkol kullandığı belirtilmektedir (Roth 1994). Kullanılan uyarıcıların da kişide disinhibisyon ve paranoid duygulara neden olması agresif davranışlarda bulunması olasılığını arttırmaktadır. Cinsiyete göre uyarıcı kullanımıyla saldırgan davranışların meydana gelmesi arasındaki ilişki incelendiğinde; kokain kullanan erkeklerin şiddet suçu işleme olasılığının daha fazla olduğu kokain kullanan kadınların ise şiddete maruz kalma olasılığının daha fazla olduğu belirtilmiştir (Goldstein ve ark 1991). Mental bozukluğu olan kişilerde ek olarak madde kullanımı da söz konusu ise agresyon davranışlarının ortaya çıkma olasılığı daha da güçlüdür (MacArthur Foundation 2001). Yapılan bir çalışmada mental bozukluğu olmayan ve madde kullanan kişilerde şiddet üç kat daha fazla iken psikiyatrik tanısı olan ve madde kullanan hastalarda beş kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Steadman ve ark 1998) (83).

Orta ya da düşük seviyedeki mental retardasyonu olan kişilerde genel olarak şiddet riski artmaktadır (Borum ve ark 1996, Quinsey and Magure 1986). Hodgins bir çalışmasında normal popülasyona göre zihinsel özürlü erkeklerde şiddet suçları işleme oranının 5 kat kadınların ise 25 kat daha fazla olduğunu saptamıştır (Hodgins, 1992). Az eğitilmiş olanlarda ise şiddet hareketlerinin daha fazla olduğu gösterilmektedir (Borum ve ark 1996, Link ve ark 1992) (83).

2.6. AGRESYON YÖNETİMİ

Literatür bilgilerinde ve yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi agresyon, yaşlı ve yetişkin tüm psikiyatrik hastaların ve bu hastaların tedavi/bakımı ile uğraşan sağlık elemanlarının önemli bir sorunudur.

Agresyonun yönetimi içinde en önemli adım zarar verme olasılığı en az iken ölçülebilmesi ve ilaç tedavisi, tecrit etme ya da fiziksel kısıtlamalar kullanmadan önce davranışsal ve çevresel değişiklikleri kullanarak önlenmesi ya da azaltılabilmesidir (48, 80, 91, 99, 101).

Agresyon, DSM IV tanı kriterlerine göre; delirium, demans, amnestik ve diğer kognitif bozukluklar, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, duygu durum bozuklukları, kişilik bozuklukları (antisosyal ve borderline) içerisinde ve hemşirelik tanılması kapsamında da NANDA'nın (North American Nursing Diagnosis Association) hemşirelik tanılarında (bireysel başa çıkmada yetersizlik, kendisine ve çevresine zarar verme potansiyeli, dürtü kontrol yetersizliği vb.) sıkça değinilmekte olup farmakolojik ve farmakolojik olmayan yaklaşımlar açıklanmaktadır (1, 33, 47, 73,).

Agresyon tepkileri her bireyin kişiliğine, kültürüne, cinsiyetine ve değer yargılarına göre farklılıklar göstermektedir. Bu özelliklerin bilinmesi hastanın mevcut agresyonunun tipini belirlemeye ve etkili girişimlerde bulunmaya yardım edebilir (8, 34).

Sağlık elemanları; agresyonun tespitinde, önlenmesinde ve azaltılmasında öncelikle kendilerini, hastanın çevresini ve hastayı iyi değerlendirmeleri gerekmektedir:

-Sağlık Elemanlarının Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Düşünce, duygu ve algılarını ifadede sorun yaşayan öfke, kızgınlığını kontrol edemeyen hastalara tanı, tedavi, bakım ve rehabilitasyonunda yardımcı olan sağlık profesyonellerinin öncelikle kendi anksiyete, kızgınlık ve öfke duygularının farkında olmaları ve hastalarının gösterdiği , öfke, korku, panik anksiyete ve saldırgan davranışlarına karşı nasıl davrandığını ve hangi tepkileri gösterdiğini bilmesi gerekmektedir. Eğer sağlık elemanları öfke, korku, panik anksiyete ve saldırgan davranışlar içindeyseler hastaların gösterdiği davranışlarla öfkeleri daha da şiddetlenmektedir yada hostile davranışlar karşısında geri çekilmektedirler. Her iki durumda da sağlık elemanları hastalarının agresyonunu önleyemez, azaltamaz ve başa çıkamazlar. Bu yüzden hastaların impulsif davranışlardan uzaklaşabilmesi, öfkesiyle başa çıkabilmesi, yapıcı ve üretici aktivitelere yönlendirilebilmesi için eğitimli sağlık elemanlarına ihtiyaç vardır (Corrigan, Yudofsky ve Silver 1993) (1, 2, 4, 5, 6, 43).

Hastalar agresif olduğu zaman sağlık elemanları frustrasyonu, profesyonel yetersizliği ve başarısızlık duygusunu deneyimleyebilirler. Bundan dolayı aşırı kontrollü olabilirler ve daha az uyarı veren hastalarla olmayı tercih edebilirler (1, 43).

Tedavi edici ortamın (terapötik) oluşturulmasından sorumlu olan bazı sağlık profesyonelleri, bu ortamı bozucu negatif duygu ve düşünceleri içeren, kızgınlık, öfke davranışlarını gösteren hastaların fiziksel olarak kontrol altına alınması gerektiğine inanmaktadırlar. Oysa hastaların davranışları bir iletişim biçimi olarak ele alınıp gözlenirse ilerlemekte olan agresyona ait davranışların sağlık elemanlarına iç kontrolü sağlamada ve impuls kontrolünü yeniden kazanmada hastaların yardıma ihtiyacı olduğunu göstermektedir. Sağlık elemanları hastalarına kaybettikleri kontrolü tekrar kazanmada, mevcut problemleriyle başa çıkmada ve hastaneye yatışına neden olan faktörlerin azaltılmasında yapıcı bir şekilde davranması için gerekli olan bilgi ve beceri donanımına sahip olduğu güvenini vermelidir (1, 2, 43).

Sağlık elemanları tehditkar olmayan bir beden dilini ve empatik yaklaşımı kullanmalıdır. Görüşmelerde destekleyici aynı zamanda yönetici rolünü kullanması problemlerin çözümünü kolaylaştırmaktadır. Görüşmelerde sabırlı olma hastaya dürüst davranma ve güven verme önemlidir (1, 2, 43, 48).

-Çevre Özelliklerinin Değerlendirilmesi: Hastane ortamında çeşitli faktörler hastanın agresyonunun oluşmasına ve ilerlemesine katkıda bulunabilmektedir:

- *Ortamda aşırı uyaranların bulunması (gürültü, aşırı sıcaklık, aşırı ışık, havalandırma yetersizliği, pis koku vs)
 - *Aşırı kalabalık ortam ve ortamda yeterli alan boşluğunun olmaması
 - *Günlük enerji tüketimi için egzersiz alanının ve araç gerecin olmaması
 - *Hastaya yaşam kontrolünün ve özgürlüğünün olmadığını algılatan fiziksel ortam ve kuralların olması (yasaklar, demir parmaklıklı kapılar vs.)
 - *Aktivitelerin yapılandırılmasındaki yetersizlik ve yapılandırılmamış aktivitelerin yetersizliği (sinema, tv izleme, kitap okuma, iskambil kağıdı oynama vs)
- (Corrigan, Yudofsky, Silver 1993, Joseph-Kinselman ve ark 1994) (1, 2, 43, 122)

Sağlık elemanlarının uygun aktivitelerin seçiminde hastalara yardım etmesi gerekmektedir. Agresif davranışları arttırmada etkisi olan fiziksel şiddet içeren filmlerin

seçilmemesi ve izlenmesine engel olunması bir örnek olarak gösterilebilir (Waite, Hillbrand ve Foster 1992) (43, 48).

Hastaların izlenmesi ve aktivitelere yeterli danışmanlık yapılabilmesi için yeterli sayıda elemandan oluşan bir kadrolaşmanın yapılması gerekmektedir (Poster 1996) (43).

Hastaların bazıları bulunduğu ortamda adımlayarak bir aşağı bir yukarı yürüyerek ya da sigara içerek gerginliğini azaltmaya çalışırlar. Ancak hastaların bu durumu bazı hastaları rahatsız edebilmektedir. Bundan dolayı sağlık elemanları bu tür hastalara kendini ifade etme ve gerginliğini giderme yöntemlerini öğrenmede yardımcı olmalıdır (Corrigan, Yudofsky Silver 1993) (43).

Personelin tutumları ve ön yargıları, kurumun politikaları ve felsefesi hastanın davranışlarını etkilemektedir. Aşırı şekilde kontrol edilen bir çevre, hakların ve önceliklerin aşırı bir şekilde kısıtlanması, eşit davranmama gibi davranışlar agresyonun artmasına neden olmaktadır. Mantıklı ve esnek kurallar agresyonun yönetiminde olumlu yönde rol oynamaktadır. Kurumun politika ve kurallarının, ortamın oluşturulmasında ve yapılandırılmasında önemli etkisinin olduğu unutulmamalıdır (1, 43, 122).

-Hasta:Hastaların özellikle agresif olduğu bazı durumlar vardır:

- * Hasta Kabülü
- * Sağlık elemanlarının nöbet değişimi
- * Öğün zamanları
- * Ziyaret saatleri
- * Akşam saatleri
- * Başka ünitelere transfer edilme ve değişikliklerin yapılması
- * Asansörde, banyoda (12, 35, 40, 43, 93).

Hastaneye yatış, hastanın agresyonunu, anksiyetesini, semptomlarını arttıran ve stres yaratan bir durumdur (Joseph-Kinselman ark 1994). Örneğin; paranoid hastalar

hospitalizasyonu onları sınırlayan bir planın parçası olarak görebilirler. Kompulsif hastalar kompulsif hareketlerini tekrarlamada zorlanabilirler (43).

Hasta kabulü bir çok yönü ile hasta açısından tehdit edici rol oynamaktadır. Kurumun politika ve kurallarını açıklamayı, sağlık elemanlarının görüşmelerini, kişisel eşyaların kısıtlanması ve ya kaldırılmasını, fiziksel muayeneleri ve tanımadık sağlık elemanları ve hastalarla tanıştırmayı içermektedir (Joseph Kinselman ve ark 1994). Sağlık elemanları bu stresli durumları dikkate alarak ortamdaki hastaları birbirlerine yavaşça kaynaştırmalıdır. Ancak bu kaynaşma hastanın geçmişteki saldırganlık öyküsü ve ajitasyon durumunda geciktirilebilir. Bunun yanında temel prosedürlerin dışında pek çok uyarıcı ve stresi azaltıcı da unutulmamalıdır (1, 22, 43).

Hiperaktif, ısrarcı, seksüel, manipülatif, tehdit edici davranış gösteren hastalar diğer hastalara karşı zarar verici davranışlarda bulunabilirler. Sağlık elemanları bu hastalara kendi davranışlarını kontrol etmesini öğretirken diğer hastalara da bu durumlarda nasıl davranacağı ile ilgili asertif yaklaşımları öğrenmede yardımcı olmalıdır (43, 101).

İlişkilerde bağımlı ve zayıf impuls kontrolüne sahip olan hastada ortam ya da rutin değişikliği önemli bir sorun olup hızlı değişikliklerin yapılması anksiyetesinin artmasına neden olmaktadır. Bu yüzden hasta daha az kısıtlamaların olduğu bir üniteye transfer edilirken ya da taburcu olurken durum ve tedavi değişiklikleri ileriye yönelik olarak dikkatli bir şekilde açıklanmalıdır. Sağlık elemanları anksiyete ile başa çıkmada hastaya destek sağlamalı ve güven vermelidir (43, 88,108).

Hastaların konulan tanıları ve tıbbi durumları potansiyel agresyon için bir ip ucu oluşturmaktadır. Şizofreni mani, madde kullanımı ve organik beyin hastalıkları olan hastalarda agresyon, hastanede kaldıkları süre içinde sıklıkla görülmektedir. Antisosyal, borderline ve pasif agresif kişilik özelliği olan hastalar da agresif eğilime sahiptirler (Kennedy 1993, Tardiff ve ark 1997). Beyin hasarı sonucu fonksiyon bozukluğu olan hastalarda agresif patlamalar tıbbi bir problemdir. Başkalarıyla iletişim kurma ya da onları anlamak için iletişim ve anlama sorunlarının yaşandığı nörolojik hasarları olan hastalarda agresyon riski yüksektir (43).

Hastanın agresyon potansiyelini değerlendirmeye yönelik faktörler incelenmelidir:

- *Ailede Şiddet yks
- *Madde kullanımı
- *Kavga ıkarma (Ollendick 1996)
- *Okuldan kaçma
- *Yangın ıkarma
- *İmpulsif davranışlar
- *nceki saldırganlık
- *Mlke zarar verme

*Özellikle kabulden önce yaklaşık olarak iki kez Şiddet tehditinde bulunma öyküsü önemli bir göstergedir. Taburcu olduktan sonra da Şiddetin başlama olasılığı vardır (Tardiff ve ark 1997) (43, 88, 101, 122).

Hastanın hastalık süreci ile ilgili kayıtları dikkate alınmalıdır; kayıtlar alışılmış başaçıkma örnekleri ve hastanın uygun olmayan davranışlarını, agresyonu tetikleyen faktör olarak personeli uyaran özel iletişim örneklerini (rneğin ‘‘Bütün hemşirelerin annesi gibi onu anlayacağı’’, ‘‘zldğ zaman doktor hep oradadır’’, ‘‘Korkutulduğunda her zaman erkekler etrafındadır’’ gibi) içerebilir (43).

Zaman ve yerin hasta açısından değerlendirilmesi önemlidir: Hastalar özellikle ailesi ya da büyük gruplar halindeki yakınları tarafından ziyaret edildiğinde, karşı cinsten bir sağlık elemanı ile yalnız kaldığında, ya da banyoda agresyon riski artabilir (40, 43, 93).

Saldırı Siklsne Göre Hastalara Yaklaşım

Saldırı siklsne temellenen bütün yaklaşımlar, hastaların duygularını ve impulsif davranışlarını kontrol edebilmesini güçlendirme amacını taşımalıdır. (43).

Yaklaşımlar sırasında olabildiğince hastayı az kısıtlayan uygulamalar kullanılmalı ve kullanılanlar da kayıt edilmelidir. Kısıtlamayı içeren yaklaşımlar kullanıldığında hastaya kaliteli bakım sağlamaya devam edilmelidir (Trudeau 1993). Hastanın düzeyine göre verdiği tepkiler ve derece derece kısıtlama müdahalelerine hastanın verdiği tepkiler kayıt edilmelidir. Hızlı ilerleyen durumlar hariç sözel stratejiler fiziksel girişimleri kullanmadan önce denenmelidir (43).

Agresyonun safhalarına göre sağlık elemanları hastaya müdahalelerini planlamalıdır:

-Tetikleyici Safha:

Tetikleyici fazda başkalarına karşı tehlike ve şiddet yoktur. Davranış hastaların genel başa çıkma ve savunma mekanizmalarına yansır. Hastaların tetikleyici safhada sağlık elemanlarını ve çevreyi nasıl algılayacaklarını ve algıları doğrultusunda nasıl davranacağını bilmesi önemlidir (43).

Hastayla agresyonun konuşulması ve konuşurken de empatik yaklaşımın kullanılması görüşmeyi destekleyerek kolaylaştırır. Sağlık elemanları hastayla tartışma içine girmemeli, sakin davranmalı, yumuşak ses tonuyla açık ve basit ifadeler kullanmalıdır (Maier 1996). Agresif ya da tehdit edici yaklaşımlar genellikle yükselen safhaya doğru gidişi göstermektedir. Bu süreçte hasta, agresyonuna yönelik duygu ve davranışlarını konuşmaya cesaretlendirilir. Kendi kendilerini kontrol edebilmeleri için relaksasyon teknikleri öğretilir ve bunları yapması için desteklenir (Maier 1986) (43).

Hastaların kontrolünü kaybetmesi üretkenliğini sağlamada ve otonomisini sürdürmede sosyal olarak rahatsızlık yaratmaktadır. Böyle durumlarda hem agresyonu olan hastanın hem de ünitadaki diğer hastaların saygınlığını ve haklarını korumak için ya agresyonu olan hasta ortamdan alınarak daha sessiz ve sakin bir ortama alınır ya da diğer hastalara ortamdan ayrılması gerektiği söylenir (Maier 1996) (43).

Agresyon yatıştırıldığında alternatif çözüm olarak problem çözme yaklaşımı kullanılır. Hastayla agresyonu konusunda, kontrolü kazanmada, agresyon duygularını ifade etmede alternatifler sunulabilir. Örneğin; egzersiz, yastık yumruklama, kağıt parçalama, kil/hamur şekillendirme ya da kolidorda bir aşağı bir yukarı yürümek gibi.

Eğer sakinleştirici ilaçlar hekim tarafından yazılmışsa gerektiğinde verilir (Maier 1996, Morales ve Dophone 1995) (43).

-Şiddetlenen Safha:

Gerginliği azaltma stratejileri başarısız olduğunda ve hastalar mantıksız davranmaya başladığında (Küfür etme, bağırma, tehdit etme) sağlık elemanları durumu kontrol etmek zorundadırlar (43).

Sağlık elemanları hastayla iletişimde aralarına bir güvenlik mesafesi koymalı, ismiyle seslenmeli, sakin bir davranış sergilemeli ve hastaya kontrolünü kaybettiğini göstermelidir. İletişim sırasında hastaya karşı cezalandırılacağı tehditinde bulunulmamalıdır. Uygun olmayan istekler dışında yükümlülük olarak hastaya yardım edilebilir. Bu etkileşim süresince saldırının oluşmasını engellemek için ani hareketlerden ve yüksek ses tonu ile konuşmaktan kaçınılır (Maier 1996) (43).

Hastaya düzenlenen antianksiyolitik ve antipsikotik ilaçların oral formu şiddetlenen safhanın başlarında tercih edilmektedir. Eğer oral doz red edilirse veya tabloda hızlı ilerleme olursa ilaçların parenteral formu uygulanabilmektedir. Özellikle hemşireler parenteral formu uygularken diğer sağlık elemanlarının yardımının gerektiği hastanın zarar verme durumları ile karşılaşmaktadırlar (Corrigan, Yudofsky ve Silver 1993, Grinspoon 1991) (43).

Sağlık elemanları agresyonun azaltılmasında öncelikle en az kısıtlayıcı uygulamalardan başlamak ve hasta kontrolünü kaybetmeye başladığı zaman en kısıtlayıcı uygulamaları seçmelidir (Cashing 1996) (43).

Hastaların agresyon risklerinin yüksek olduğu ya da şiddetli agresyonu olduğu dönemlerde üniteye yedek personel bulundurulmalıdır. Ancak bu personellerin varlığı hastalar tarafından bir tehdit olarak algılanabileceği için hastaların görüş alanı dışında bir yerde bulunmalıdırlar (Maier 1996) (43).

-Kriz Safhası:

Bu safhada genellikle hastanın çevreye, kendine, başkalarına ya da sağlık elemanlarına yönelik saldırıları mevcuttur. Sözel sınırlamalar yetersizdir ve hastanın dıştan kontrolü gerekmektedir. Böyle acil kriz durumlarında tecrit, fiziksel kısıtlama yada parenteral tedavi gerekli olabilmektedir. İlaç reddi olan hastalara eğer başkalarını fiziksel olarak tehdit ediyorsa hekim istemi ve kurumun oluşturduğu ekibin desteklediği acil protokoller çerçevesinde tedavi yapılır. Yapılan herşey aşama aşama hasta dosyasına kayıt edilir (43).

Bu safha, personelin tekmeleme, vurma ve ısırma gibi davranışlara karşı kendini koruma tekniklerinde uzmanlaşması gereken safhadır. Psikiyatri kurumları agresyonun yönetimini diğer acil durumlara yaklaşım programları içine almalı ve periodik olarak günün ihtiyaçları doğrultusunda uygun hale getirmelidir. Agresyonu önlemede ve yönetmede iyi deneyimi olan sağlık elemanlarının, hasta saldırılarının kurbanı olma olasılığı azdır (Rosenthal ve ark 1992) (43).

Kriz safhasında kullanılan kısıtlamalar:

***Tecrit etme:**

Tecrit, hastayı odasında ya da özel olarak düzenlenmiş, kilitlenebilir bir odada yalnız tutma sürecidir. Tecritin derecesi hastanın o andaki durumuna bağlıdır. Kimi zaman eğer hasta ilaç almaya hazırsa gönüllü olarak kilitlenmeden odasında kalabilir ve odada kalma süresi de kısa olur (43).

Gözlem için bir güvenlik penceresi yada bir kamera bulunmalıdır. Bu tip odalar hastayı yaralanmadan ve eşyalara zarar vermeden korur ve mahremiyetinin korunmasını sağlar (43).

Tecrit etmede amaç, kendilerine ve başkalarına zarar vermesini engellemek, uyarıları azaltmak ve yoğun bakım vermektir (43).

***Sınırlama:**

Agresif davranışlar oluştuğu zaman sağlık elemanları hemen harekete geçmelidir. Bir hastayı güvenlik içinde kontrol etmede ünitelerde altı ya da yedi sağlık elemanına ihtiyaç olduğu ve bu sayıyı belirlemede, hastanın boyunun, kilosunun, yaşının, cinsiyetinin ve yaptığı spor faaliyetinin önemli olduğu belirtilmektedir (43).

Sağlık elemanları hasta tarafından saldırı aracı olarak kullanılabilecek zarar verici materyalleri ortadan kaldırmalıdır. Burada bir sağlık elemanı hastayla konuşurken diğer sağlık elemanı da organizasyonu yapmak için ekip lideri olur ve planlanan, koordine edilen yaklaşımları yönetir. Başka bir sağlık elemanı da diğer hastaları güvenli bir yere götürür ve onlarla kalır (43, 127, 121).

Hastaya sakın bir tutum içinde yaklaşılr, kendisine ve başkasına zarar vermemesi için yardım amacı ile orada olduğu hastaya açıklanır. İki ekip üyesi hastanı iki yanına geçerek kollarını ve üç personel de hızlı bir şekilde hastanın ayaklarını ve başını kontrol altına alarak odaya taşırlar, aynı zamanda başka bir sağlık elemanı da hastanın durumuna uygun kısıtlama aracını getirir (kısıtlama kolluğu, gömleği, yeleği , battaniyesi vs), kapıları açar ve ortada engel oluşturacak araç gereçleri uzaklaştırır. Bir hemşire de eğer hastanın bu gibi durumlarda acil tedavisi düzenlenmişse tedaviyi hazırlar. Eğer düzenlenmemişse hekimle iletişime geçerek istemi doğrultusunda tedaviyi hazırlar. Bu sürede hasta tecrit odasına alınır ve yatağa yerleştirilir: Dört ya da daha fazla personelle hasta, bacaklarından, kollarından ve başından tutularak kaldırılır ve yatağa yerleştirilir. El ve ayak bilekleri kısıtlama araçlarıyla (deri kemer) karyolanın iskeletine sabitlenir. Bu sabitleme işleminde hastanın kolları yanda olmalıdır. Kısıtlamanın ayarı hastanın kısıtlamadan kurtulmasının

engelleyecek şekilde olmalıdır ve dolaşımı engellememelidir. Yelek, gömlek tarzındaki kısıtlamalar genellikle fiziksel saldırı ile yaralanmaya neden olma durumlarında tercih edilmelidir. Ayrıca gerekiyorsa hazırlanan acil tedavi de bu dönemde uygulanmalıdır. Kısıtlama sonrası sağlık elemanları hastanın yanından ayrılmadan önce yaralanma durumunun olup olmadığını son bir kez daha değerlendirmelidirler (1, 43, 89).

Tecritteki hasta yakın takibe alınır ve en az 15 dakikada bir yanına gidilerek değerlendirilir. Hastaya bu ziyaretlerin amacı açıklanmalı ve başka hastaların bu odaya girmesi engellenmelidir. Bu değerlendirme; hastanın mental durumunu, ilaçların etkisini ve yan etkilerini, sıvı alımını, beslenmesini, boşaltımını, yataktaki hareket oranını, vital bulgularını ve hijyenini içermelidir. Tecrit süresince hastanın ve diğer hastaların etkilenmeyeceği bir ortamda hastanın akut belirtileri azalıncaya kadar yeterli sayıda personel bulundurulmalıdır (4, 43).

Yatağa tespitli olan hastada hareket oranı değerlendirilirken pozisyon değişimi yapılarak hareket etmesi sağlanır ve cildi değerlendirilerek uygun bakım verilir. Bunun yanında aşırı uyaranlar azaltılır, fakat hastanın izolasyon duygusunu ve yalnızlığını azaltacak telefon sesleri ve radyodan yumuşak tonda gelen müzik gibi uyaranlara da izin verilir (43).

-İyileşme ve Depresyon Fazı

Bu fazda, hastalara tecritteyken cezalandırılmadığı ve ortama kendisi hazır olduğunda tekrar dönebileceği güveni verilmelidir. Ayrıca hastalar bu fazda rahatlama, uyuma ve uyum sağlama gibi gereksinimlerinin karşılanmasında yardım edilmeye gereksinim duyarlar bu yüzden bu safha destekleyici ve güçlendirici faaliyetleri içermelidir. Eğer hasta bu safhada yeteri kadar desteklenmezse tekrar agresyonu gelişebilir, frustrasyon, öfke ve korku yaşabilir (43).

Hasta kendisini kontrol edebildiğinde, anksiyetesi ve ajitasyonu azaldığında, duygu durumu stabilize olduğunda, dikkat alanı ve süresi arttığında, gerçeğe oryante olduğunda ve muhakeme arttığında sınırlamalar kaldırılarak kısa bir süre tecrit odasında

tutulur ve hasta değerlendirilir. Bu dönemde hastanın klinik ortamına tekrar geri dönüşte korku ve sıkıntısını azaltmak için sağlık elemanlarına ihtiyacı olduğu unutulmamalıdır. Sakinleşen ve kendini kontrol edebilen hasta, aynı durumla karşılaştığında kendisini nasıl kontrol altına alabileceği ve nasıl davranacağı konusunda kendisini ifade etmesi için cesaretlendirilir ve gerekli yönlendirmeler yapılır (Tooke ve Brown 1992) (43).

Sağlık elemanları yaptıkları değerlendirmeleri ve uygulamaları kayıt etmeli ve olay; öncesini, sırasını ve sonrasını içerecek şekilde yazılı olarak rapor edilmelidir. Raporda hastanın fiziksel kontrolü, tecriti ve sınırlamaların niçin gerektiği, nelerin yapıldığı, kimin ne söylediği, kime haber verildiği, hasta ve diğer hastaların tepkileri belirtilmelidir. Düzenlenen bir toplantıda da sağlık elemanlarının bu olay karşısındaki tepkileri ve düzenlenen raporun içeriği sözlü olarak ekip üyeleri ile paylaşılmalı ve tartışılmalıdır (43).

2.7. TÜRK PSİKİYATRİ KURUMLARINDA AGRESYON ÜZERİNE YAPILAN ÇALIŞMALAR

Litaratür incelemelerinde hastaların öfke ve saldırganlık potansiyellerini ve görevlilerin tepkilerini ortaya koyan çalışmaların ağırlıklı olarak psikiyatri, acil servisler gibi öfke ve şiddetin potansiyeli yüksek olan birimlerde yapıldığı, diğer hasta grupları ve görevlilerin yaklaşımlarını inceleyen çalışmaların da sınırlı olduğu görülmektedir. Ancak yapılan bu çalışmaların sayısı yok denecek kadar azdır (29) Bunlardan:

Kırpınar ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan “Yatan Psikiyatri Hastalarında Saldırganlık: Erzurum’da Psikiyatri Kliniklerinde Görülen Saldırgan Davranışlar Üzerine Bir Çalışma ” adlı araştırmada; Erzurum’daki Devlet ve Üniversite hastaneleri psikiyatri birimlerinde yatan hastalar arasında, saldırgan davranışların sıklığını ve çeşitli bağıntılarını incelenmiştir. Devlet hastanesinde yatan hastaların daha fazla saldırgan olduğu bulunurken saldırgan hastaların daha çok genç, akut psikotik bozukluk tanısı aldığı, hezeyanlar ve eski saldırganlık öykülerinin olduğu saptanmıştır. Saldırıların çoğunun fiziksel olduğu ve 19-20 saatleri arasında olduğu görülmüştür. Sıklıkla cinsiyet farklılıkları ve kışkırtıcı etmenlerin öneminin olmadığı saptanmıştır. Bulgular, yatan

psikiyatri hastalarında saldırganlığın karmaşık bir görüntü ve demografik, klinik etmenler yanında birimin yapısı ile de ilgili olduğu gösterilmiştir (45).

Öğüç'ün yaptığı “Şiddet suçu işlemiş akıl hastalarının sosyo demografik karakteristikleri ve psikiyatrik tanıları” adlı bir başka çalışmada; Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Adli Psikiyatri bölümünde yatan 52’ si kadın ve 52’si erkek toplam 104 hastada; psikiyatrik tanıları, göstermiş oldukları şiddetin derecesi, işlevsellik düzeyleri ve sosyodemografik özellikleri retrospektif olarak incelenmiştir; olguların 22-40 yaş aralığında toplandığı, eğitim düzeylerinin düşük olduğu, şehirde doğup büyük şehirde yaşadıkları, ekonomik olarak bağımlı oldukları, iş deneyimleri olduğu halde verimli çalışmadıkları, çalışmalarının beklenmediği, kendi geçimlerini sağlayamadıkları, fakat ailelerinin sosyal güvenlik haklarından yararlandıkları, ciddi hastalık olarak kafa travması öykülerinin olduğu, en çok manik epizod ve paranoid şizofreni tanısı konmuş olduğu, minimal ve orta derecede şiddet gösterdikleri, tahrik karşısında misillemede bulunarak suç işledikleri, paranoid hastaların hezeyanın etkisi ile kişiye yönelik şiddet suçu işlediği, budurmun eski şiddet suçlarında da benzer derecede görüldüğü, eskiden gösterilen şiddet derecelerinin minimal ve orta derecede şiddette toplandığı ve şiddet suçu tekrarlandıkça şiddetin derecesinin arttığı, işlenen suçların kişiye yönelik karışık suçlar olduğu, yakınlarına ve tanıdıklarına şiddet uyguladıkları, erkeklerin en çok kesici alet, kadınların künt cisim ve her iki cinsiyetin de kaba kuvvet kullandıkları, suçtan sonra kaçma, inkar, delil bırakmama ve başkasını suçlamalarda bulunduğu gibi sonuçlar elde edilmiştir (61).

Ergene ve Taneli (1989) tarafından yapılan “Huzurevinde yaşayan yaşlıların agresyon ve depresyon düzeylerinin araştırılması” konulu çalışmada 60 yaşın üstündeki 220 yaşlının %42.44’ünde extraagresyon (dışa yönelik agresyon), %32.11’inde imagresyon (agresif tepkileri örtme), %24.45’inde intraagresyon (içe yönelik agresyon) olduğu bulunmuştur (31).

Hemşirelerin yaptığı bilimsel çalışmalar içinde de bu konuyla direkt ya da dolaylı olarak bağlantılı olan çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bunlardan:

Bilgin (2002) tarafından yapılan ''Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişilerarası ilişki tarzları ile hasta/hasta yakınlarından kaynaklanan saldırılara karşı tutumları' adlı bir çalışma İstanbul ilinde psikiyatri hastalarının bakım ve tedavisinin yürütüldüğü farklı organizasyonel yapıda merkezlerde görev yapan 162 hemşire ile gerçekleştirilmiş olup çalışmanın sonucunda; psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarında saldırıların ana hedefi oldukları, saldırıları önleme ve saldırı sonrası gereksinimlerinin giderilmesinde, öncelikle kurumsal desteğe ihtiyaçları olduğu, mesleki ve mağdur rolleri arasında yoğun çatışmalar yaşadıkları belirlenmiştir (15).

Kutlu tarafından yapılan bir başka çalışmada; İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalında 1998-2000 yılları arasında Geropsikiyatri bilim dalında yatan 65 yaşın üstündeki 80 hasta ve genel psikiyatri servisinde yatan 18 yaşın üstündeki 650 hastanın retrospektif dosya taramasında, agitasyon/agresyon tanılması, önleme/azaltmaya yönelik tedavi ve hemşirelik girişimleri incelenerek psikiyatride çalışan hemşirelerin yaşlı ve yetişkin hastaların agresyonlarının değerlendirilmesi ve yönetilmesi ile ilgili bir ölçek ya da kontrol listesi gereksiniminin olup olmadığı araştırılmıştır. Bu çalışmada:

Psikiyatri servislerinde yatan hastaların çoğununun; şizofreni tanısı aldığı (n=169, %23.2) serviste 17-22 gün arasında yatarak tedavi gördüğü (n= 266, %36.4), yakınma ve psikiyatrik muayene bulguları içinde de agresyon/ajitasyon semptomlarının olduğu (n= 526, %72.1), görülmüştür. Ayrıca bu hastaların agresyon epizotlarının sayısı incelendiğinde çoğunun agresyon epizotu geçirdiği (n= 538, %73.7), geçirenlerin en az 1 ve en çok 11 epizotu olduğu , 1 epizot geçirenlerin sayısının fazla olduğu (n= 143, % 19.6) tespit edilmiştir. Agresyon epizotu geçiren 538 hastanın toplam epizot sayısı 1843 dir. Agresyon/ajitasyon semptomu olan hastaların çoğunun (n=493, %67.5) hemşirelik tanısı ve girişimlerinde agresyona/ajitasyona yönelik kayıtlara rastlanmış ve çoğuna da bu soruna yönelik farmakolojik yaklaşımda bulunulduğu saptanmıştır (n=492, %67.4). Agresyon ve ajitasyona yönelik hemşirelik girişimlerinden ise çoğunlukla gözlem, uyarıların azaltılması ve hekim istemine uygun acil tedavinin uygulanmasının daha fazla olduğu (n= 455, %62.3) tespit edilmiştir.

Doğan (1997) ve arkadaşlarının yaptığı “Hastaların öfkeli davranışları karşısında hemşirelerin yaklaşımları” adlı bir çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi’nde görev yapan 95 hemşireyle gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın sonucunda; hemşirelerin hastane ortamında hastaların özellikle sözel öfke ifadeleriyle sıkça karşılaştıklarını ve genelde hastaların öfkesini kendi benliklerine bir tehdit olarak algılayıp ya doğrudan hastaya öfkelenedikleri ve bunu davranışlarıyla yansıttıklarını, ya da kızgınlığını hissettirmek için hastanın yanından uzaklaşma gibi dolaylı yollarla öfke duygusunu yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca Hemşireler özellikle hastaların vurma, çevreye zarar verme gibi davranışsal öfke karşısında daha fazla olumsuz tepki gösterdikleri ,kendi öfke düzeylerinin hastalara olan yaklaşımlarını etkilemediği, hastaların öfke ifade eden davranışlarının genellikle hastalıkları ile hastaneye yatmalarına bağlı olarak ortaya çıktığının farkında olduklarını, böyle hastalara çalışanların tutumlarının önemli olduğunu, ancak hastanın öfkesini ele almada yetersiz kaldıklarını belirttikleri saptanmıştır (29).

Öztunç’un yaptığı bir çalışmada 257 hemşirenin çalışma saatleri içerisinde %68.5 ‘i sözel tacize, %49.4’ü sözel korkutmaya, %16 ‘sı fiziksel saldırıya ve %10.5’i sözel cinsel tacize uğradıklarını ifade etmişler ve taciz olaylarının en fazla hasta ve hasta yakınları tarafından yapıldığını ifade etmişlerdir (64) .

2.8. TÜRKİYE’DE KULLANILAN “AGRESYON ÖLÇEKLERİ”

Yurt dışında agresyonun ölçülmesinde ; Cohen -Mansfield Agitasyon Envanteri (CMAI), Brief Agitation Scale (BARS), The Behavioral ve Emotional Activities Manifested in Dementia Scale (BEAM-D), Agitated Behavior Rating Scale (ABRS), Neuropsychiatric Inventory(NPI), Overt Aggression Scale (OAS), Staff Observation Aggression Scale (SOAS), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) gibi ölçekler yaygın olarak kullanılmaktadır (8, 106).

Ülkemizde doğrudan öfke, ajitasyon ve agresyonu değerlendiren oldukça az sayıda ölçek bulunmaktadır. Bu ölçeklerden bazıları;

* **Durumluk Sürekli Öfke İfadesi Envanteri:** Bu envanter C.D. Spielberger tarafından geliştirilmiş ve Özer tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Öfke duygusu ve ifadesini ölçmektedir. Kırk dört maddeden oluşan ölçeğin, durumluk öfke (10madde), sürekli öfke (10madde) ve öfke davranışı (24 madde) şeklinde üç alt boyutu vardır. Öfke davranışı da: Kontrol altına alınmış öfke, dışa vurulmuş öfke, bastırılmış öfke olmak üzere üç bölümde ele alınmıştır. Genç ve yetişkinlere uygulanmaktadır.

***Saldırganlık Envanteri:** Türk tarafından 1982 geliştirilmiştir. Açık ya da örtülü ve dışa yönelik saldırganlığı ölçmektedir. Atmış yedi maddeden oluşmaktadır. Genç ve yetişkinlere uygulanmaktadır.

* **Saldırganlık Envanteri:** Kiper tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir. Saldırganlığı ölçmektedir. Otuz maddeden oluşmaktadır. Üniversite öğrencilerine uygulanmaktadır.

* **Saldırganlık Ölçeği:** Sears tarafından geliştirilmiş ve Sevdâ Uluğtekin tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Saldırganlığı ölçmektedir. Atmış yedi sorudan ve saldırganlık bunalımı (12 madde), yansıtılmış saldırganlık (13madde), kendine dönük saldırganlık (5 madde), presosyal saldırganlık (8 madde), antisosyal saldırganlık (9 madde) olmak üzere 5 alt gruptan oluşmaktadır. Oniki yaş grubundaki çocuklara uygulanmaktadır (8, 62).

Ayrıca ülkemizde psikiyatri kliniklerinde hastaların genel ruhsal durumunu değerlendiren ölçeklerden ajitasyonu, öfkeyi ve agresyonu dolaylı olarak ölçen ölçekler de sıklıkla kullanılmaktadır. Bunlar:

* **SCL-90:** Derogatis tarafından geliştirilmiş ve Kılıç tarafından 1987 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Psikiyatri hastalarının genel ruhsal durumunu değerlendirmektedir. Doksan madde ve somatizasyon (12 madde), obsesif kompulsif (10 madde), kişilerarası duyarlılık (9 madde), depresyon(13 madde), kaygı (10 madde), öfke düşmanlık (6 madde), fobik anksiyete (7 madde), paranoid düşünce (6 madde), psikotizm (10 madde), ek maddeler (7 madde) olmak üzere 10 alt gruptan oluşmaktadır.

* **Yetişkin Kısa Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği (BPRS):** Overall ve Gorham tarafından geliştirilmiş, sadece Türkçe çevirisi yapılarak Yanbastı tarafından kullanılmıştır.

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ
Agresif Davranış (Uygun itemlerin hepsine işaret koyun)

Sözel Agresyon

- ☐ Gürültülü sesler yapar, öfkeyle bağırır
- ☐ Bireye yönelik sen aptalsın gibi hafif hakaretlerde bulunur
- ☐ Öfkeyle iğrenç küfürler söyler,müstehcen dil kullanır ve orta düzeyde arkadaş çevresine karşı ya da kendisine karşı tehditler savurur
- ☐ Başkalarına ya da kendisine yönelik seni öldüreceğim gibi tahrik edici tehditler atar yada daha kötü bir sonuca ulaşmamak için kendisini tutmalarını ister

Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Kapıyı çarpar, giysilerini atar,karışıklık yaratır (ortalığı dağıtır)
- ☐ Eşyaları atar ya da onları tekmeler, duvarları çizer
- ☐ Pencereleeri çarparak kırar, eşyaları kırar
- ☐ Yangın çıkarır, eşyaları tehlikeli bir şekilde atar

Kendisine karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Derisini deler ya da çizer, kendi kendine vurur, saçını çeker (Hafif bir yaralanmayla ya da hiçbir şey olmadan)
- ☐ Başını vurur, eşyalar yumruklar, kendini ya da eşyaları yere atar (Her hangi bir yaralanma olmaksızın)
- ☐ Küçük kesikler ya da morluklar, hafif yanıklar
- ☐ Kendisini sakatlar, derin bir şekilde keser, ısıtır (Bazen ısırtık kanamaya neden olacak kadar güçlüdür) iç organları yaralanır, kemikleri kırılır, dişlerini kaybeder, bayılır

Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Tehdit edici bir tarzda başkalarının üstüne yürür, ellerini kollarını sallar, yakalarına yapışır
- ☐ Onlara vurur, tekmeler, ya da saçlarını çeker (Onları yaralamaksızın)
- ☐ Saldırır ve başkalarına fiziksel olarak zarar verir (Çürükler, burkma, hafif ya da orta düzeyde darbeler)
- ☐ Başkalarına saldırır, ciddi fiziksel yaralamalara neden olur (kemik kırıkları, derin yaralar ya da iç organ yaralanmaları)

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Gereç

3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma' geçerlik-güvenirlik' araştırması olup; psikiyatri hastalarının sağlığı ile ilgilenen profesyonel kişi, kurum ve kuruluşlara agresyon/ajitasyonu değerlendirmede, yönetmede kolaylık sağlayacak ve rehber olacak bir araç olarak "Açık Agresyon Ölçeğinin (The Overt Aggression Scale)" geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaparak kullanımlarına kazandırmak amacı ile planlanmıştır.

Çalışma tanımlayıcı ve analitik nitelikte olup araştırmaya temel oluşturacak hipotezler aşağıda verilmiştir:

- Hastaların aynı agresyon epizodunda agresyon davranış ve girişim düzeyi puanlarının uygulayıcılar arasındaki farkı istatistiksel açıdan anlamlı değildir.
- Çeviri ölçeğin maddeleri tutarlı ve aynı özelliği öğelerini yordayan maddelerdir.
- Çeviri ölçeğin davranış bölümü ile girişim bölümü puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır.

3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Özellikleri

Araştırma, İstanbul'da; İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalında bulunan "Yetişkin Servisi ve Geropsikiyatri Servisinde" gerçekleştirilmiştir.

Bu hastanenin seçiminde kliniklerin tanı oranı, yatak kapasitesi, hemşire başına düşen hasta sayısı, hemşirelerin eğitim düzeyi ve çalışmaya gösterdikleri isteklilik etkili olmuştur.

Araştırmanın gerçekleştirilmesinde; Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı, Geropsikiyatri Bilimdalı Başkanı ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nden gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır. Ayrıca ölçeğin kullanım izni e -mail aracılığıyla ölçeği geliştiren ve geçerlik-güvenirliğini yapan Stuart C. Yudofsky' den alınmıştır (Ek 1).

3.1.3. Agresyon Epizodlarının Gözlendiği Hastaların Özellikleri

Araştırmanın evrenini İstanbul İlin'deki üniversite hastanelerinde psikiyatrik tanı almış tedavi amacı ile psikiyatri kliniğine yatırılan hasta bireyler, örneklemini ise:

-Psikiyatri hemşirelerinin psikiyatri hastalarının agresyon durumlarını değerlendirmede ve uygun girişimleri belirlemede kolaylaştırıcı bir ölçeğe gereksinimi olup olmadığını saptamaya yönelik ön çalışma örneklemini, 1998-2000 tarihleri arasında gero psikiyatriye yatan 65 yaşın üstündeki 80 hasta ve genel psikiyatriye yatan 18 yaşın üstündeki 650 hasta olmak üzere toplam 730 hastaya ait hemşirelik süreci doğrultusunda bakımını üstlendikleri hastalara ait doldurulan ajitasyon/agresyon tanılama, önleme/azaltmaya yönelik tedavi ve hemşirelik girişimlerini içeren hemşirelik süreci formları oluşturmuştur. Bu formlar retrospektif olarak, basit rastlantısal yöntemle seçilmiştir.

- Dil eşdeğerliği sağlanmış olan ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasının yapıldığı örneklemini, Temmuz ve Aralık 2002 tarihleri arasında İ.Ü. C.T.F. Psikiyatri Anabilim Dalı' na yatan semptomları arasında agresyon ve ajitasyon belirtileri olan psikiyatrik tanı almış yaşlı ve yetişkin 27 hasta birey oluşturmaktadır. Bu çalışmada agresyon epizod sayısı önemli olduğu için ve her olgu için birden fazla agresyon epizodu olasılığından yola çıkılarak, araştırma teknik ve yöntemlerine uygun olarak ve ölçeğin geçerlik-güvenirlik etkinliğini arttıracak 80 agresyon epizoduna denk gelecek sayıda 18 yaşın üstündeki hasta bireyler örneklem grubunu oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğünü saptamada psikiyatri hastalarının yattığı sürece gösterdiği saldırgan davranışların sıklığını temel alan formül kullanılmıştır (Power=80, beta=0.20, alfa=63)'' . Ülkemizde bu konuyla

doğrudan ilgili çalışmalara ulaşılabilmesi nedeniyle uluslararası literatür bilgileri örneklem büyüklüğünü belirlemede dikkate alınmıştır (Yudofsky tarafından farklı hastanelerde orijinal ölçekle yaptığı çalışmalardaki örneklem sayıları; 16 çocukta 54 epizot, 8 yetişkinde 70 epizot, 21 yetişkinde 35 epizot) (106). Agresyon epizodu ile ilgili veriler 3 kayıt biçiminden hareketle (doğrudan gözledikleri ve çeviri forma kayıt ettikleri veriler, bir başka hemşirenin tanımına göre çeviri forma kayıt ettikleri veriler, hasta kayıtlarından elde ettikleri ve çeviri forma kayıt ettikleri veriler) elde edilmiştir. Örneklem yerindeki hasta verilerinin gözlem ve kayıtlarının yetersiz tutulmasından dolayı agresyon verilerinin toplanmasında üç kayıt tipinden sağlıklı olarak ulaşılabilen sadece bir kayıt tipi seçilerek kullanılmıştır. Agresyon epizod verileri her hasta için yatışının ilk haftası dikkate alınarak iki uygulayıcı tarafından birbirinden bağımsız olarak toplanmıştır.

3.1.4 .Verilerin Toplanması

Araştırmanın verilerinin toplanmasında :

1-Ön Araştırma Anket Formu: Araştırmacının kendisi tarafından geliştirilen hastanın tanısını, yakınma ve psikiyatrik bulguları içerisinde ajitasyon/agresyonun olma durumunu, hemşirelik tanısı içinde agresyonun saptanması durumunu, yatma süresini, agresyon epizot sayısını, agresyonu olan hastaya hemşirelik ve farmakolojik girişimleri içeren 7 maddeden oluşan bir anket formu oluşturulmuştur (**Ek2**).

2-Ön Görüşme Formu: Literatür taraması ışığı altında araştırmacı tarafından geliştirilen hastanın sosyodemografik ve hastalık özelliklerini içeren 20 maddeden oluşan bir anket formu kullanılmıştır (3, 4, 5, 6, 7, 12) (**Ek 3**).

3-The Overt Aggression Scale (OAS – Ek 4-):

Orjinal adı ‘The Overt Aggression Scale (OAS)’ olan ölçek, SC Yudofsky, JM Silver, W Jackson, J Endicott ve Williams (1986) tarafından psikiyatri kurumlarında agresyonun şiddetini özellikle puanlandırarak objektif hale getirmek ve epizodik patlamalardan kronik hostiliteleri ayırmak için fiziksel ve sözel agresyonun objektif değerlendirmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir (85, 106).

***Ölçeğin Tanımı:**

The Overt Aggression Scale (OAS), hasta ailesinin ve çalışan sağlık elemanlarının gözlemlerini kullanan, kayıt edilmesi tahmini beş dakika süren ve uygulanması kolay olan bu ölçek; agresyonun çeşidini, şiddetini, süresini, zamanını, sağlık elemanlarının girişimlerini ve yorumlarını içermektedir.

OAS agresif davranış ve girişimler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır

OAS’da agresif davranış bölümü;

- Verbal aggression
- Physical aggression against objects
- Physical aggression against self
- Physical aggression against other people ‘’olmak üzere dört kategoriden oluşmaktadır. Agresyonun her bir davranış kategorisinde şiddetin dört düzeyini gösteren alt maddeleri içermektedir (85, 106).

OAS’da girişimler bölümü ise agresyon düzeyine paralel olarak hafif ve ciddi girişimlere kadar giden on bir alt maddeyi içermektedir.

Yudofsky ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçeğin total agresyon puanı korelasyon katsayısı 0.87 olarak bulunmuştur (106).

***Ölçeğin Değerlendirdiği Agresif Epizodları ve Veri Toplama**

Kaynaklarının Tanımlanması:

Agresyon epizotlarının üç kaynaktan toplanmasıyla OAS uygulanmıştır:

-Doğrudan profesyonel gözlemci tarafından ölçeğin doldurulması

-Gözleyenden (hasta ailesi, sağlık elemanları vs) bilgilerin sözlü olarak bir profesyonel tarafından alınarak ölçeğin doldurulması

-Yazılı kayıtlardan bilgilerin profesyonel tarafından alınarak ölçeğin doldurulması şeklindedir (85, 106).

OAS'da agresif davranış, formda listelenen herhangi bir davranışın meydana gelmesi şeklinde olduğu tanımlanmaktadır. Bu tanımlama başkalarına karşı fiziksel agresyonu kullanan hastalar olduğu kadar açık bir şekilde sözel agresyon (tehditlerde bulunma gibi) gösteren hastaları da içermektedir. Oldukça sık agresif davranışlarda bulunan hastaların her agresyon epizodunu kayıt etmek problem olabilmektedir. Bu problemin çözümünde iki kayıt yöntemi vardır (85).

Kayıt yönteminin birincisinde ayrı olaylar göz önünde bulundurulur. Bu yöntemde; agresif davranışlar arasında geçmesi beklenen belli bir zaman miktarı vardır (Örneğin bir buçuk saat gibi): Örneğin, üç saat için her onbeş dakika bağırarak bir hasta üç saatlik bir epizoda sahip olacaktır. Eğer hasta her bir buçuk saatte bir bağırıyor ve sonra da sessiz sakin kalıyorsa bağırmanın her bir epizodu yeni bir epizod olarak kayıt edilecektir (85).

İkinci yöntem ise, günün belli zamanlarını takip etme sınırlamasını getiren yöntemdir. Oluşan bütün agresif olayları kayıt etmek yerine örneğin; yüzlerce kere kendisini tırmıklayan bir hasta, günlük olarak saat 10 ile 12 arasında ve 2 ile 4 arasında yakın takibe alınabilir ve böylece epizodların oluşması sadece bu saatler süresince kayıt edilir (85).

*** Ölçeğin Puan Ağırlıkları:**

OAS’da agresyonun her bir tipi ve davranışı için bir ağırlık puanı vardır (Tablo 1). Maddeler çeşidine göre hafif, orta, ağır ve şiddetli şeklinde sıralanmıştır. Sözel agresyon 1’ den 4’ e, eşyalara karşı fiziksel agresyon 2’den 5’e ve kendisine ve başkalarına karşı fiziksel agresyon 3’den 6’ya kadar sayısal ağırlığı puanlanır. Girişimlerin sayısal ağırlığı da 1’den 5’e kadar puanlanır (85).

Tablo 1 Açık Agresyon Ölçeğinde Agresif Davranışların ve Girişimlerin Sayısal Ağırlık Puanları

Davranış	Ağırlık Puanı
Verbal Aggression	
-Makes loud noise, shouts angrily	1
-Yells mild personal insults, e.g. “You’re stupid!”	2
-Curses viciously, uses foul language in anger, makes moderate threats to others or self.	3
-Makes clear threats of violence toward others or self (“I’m going to kill you”) or requests to help control self	4

Physical Aggression Against Objects

-Slams door, scatters clothing, makes a mess.	2
-Throws objects down, kicks furniture without breaking it, marks the wall.	3
-Breaks objects, smashes windows.	4
-Sets fires, throws objects dangerously	5

Davranış

Ağırlık Puanı

Physical Aggression Against Self

-Picks or scratches skin, hits self, pulls hair (with no or minor injury only)	3
-Bangs head, hits fist into objects, throws self onto floor or into objects (hurts self without serious injury).	4
-Small cuts or bruises, minor burns.	5
-Mutilates self, causes deep cuts, bites that bleed, internal injury, fracture, loss of consciousness, loss of teeth.	6

Physical Aggression Against Other People

-Makes threatening gesture, swings at people, grabs at clothes.	3
-Strikes, kicks, pushes, pulls hair (without injury to them).	4
-Attacks others, causing mild-moderate physical injury (bruises, sprain, welts).	5
-Attacks other, causing severe physical injury (broken bones, deep lacerations, internal injury)	6

Girişim Puanı	Ağırlık
Intervention	
- None	-
- Talking to patient	1
- Closer observation	2
- Holding patient	3
- Immediate medication given by mouth	3
- Immediate medication given by injection	4
- Isolation without seclusion (time out).	4
- Seclusion	5
- Use of restrains	5
- Injury requires immediate treatment for patient	-
- Injury requires immediate treatment for other person	-

*** Ölçeğin Agresyon Puanlarının Hesaplanması:**

OAS’da Total agresyon skoru (TAS) ve agresyon skoru (AS) olmak üzere iki gösterge vardır. Her iki gösterge de ağırlıklı puanları kullanır:

Total Agresyon Skoru; en kısıtlayıcı ya da ciddi girişim için belirlenen ağırlık puanına her bir kategori içindeki en ciddi davranışlar (sözel agresyon, fiziksel agresyon-eşyalara, kendisine ve başkalarına karşı) için belirlenen ağırlık puanı eklenerek elde edilir. Örneğin; sözel olarak açık agresyon tehditleri yapan (4 puan), ve el kol hareketleriyle tehdit eden (3 puan) hastaya girişim olarak ilaç verilmiş (4 puan) olsun. Bu agresyon epizodunda hastanın aldığı total agresyon Skoru (TAS); $4+3+4=11$ olarak bulunur. Tablo 1 incelendiğinde TAS’ın maksimum puanının 26 puan olduğu görülecektir ($4+5+6+6+5=26$) (85).

Agresyon skoru (AS), agresyonun global ölçümüdür ve her bir agresyon davranış kategorisinde bulunan en ciddi davranışların ağırlık puanlarının toplanması ile elde edilir. Maksimum agresyon skoru ‘ 21 ‘ dir (4+5+6+6=21) (85).

3.1.5. Verilerin Değerlendirmesi

Veriler bir istatistik uzmanı tarafından bilgisayar ortamında SPSS programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel yöntemler:

Ön Araştırma Verileri	Yüzdelik Dağılım
The Overt Aggression Scale’nın Geçerlik Güvenirlik Çalışıldığı Örneklem Verileri	Yüzdelik Dağılım
Ölçeğin Dil Eşdeğerliği	Yüzdelik Dağılım
Ölçeğin Uygulayıcılar Arası Güvenirliği	Yüzdelik Dağılım, Ortalama, Wilcoxon, Sınıf içi korelasyon (ICC), Eşleştirilmiş t testi, Pearson korelasyonu, Tek yönlü varyans analizi (ANOVA)
Ölçeğin İç Tutarlılığı	Pearson korelasyonu, Güvenirlik analizi (Cronbach’s Alfa correlation coefficient)
Yordam ya da Kestirim Geçerliği	Pearson korelasyonu

3.2. YÖNTEM

The Overt Aggression Scale'nin Türkçe versiyonunun psikiyatri kurum ve kuruluşlarındaki sağlık profesyonellerinin kullanımına kazandırmada geçerlik-güvenirlik çalışmaları yapılmıştır.

3.2.1. Ön Çalışma Aşaması

Veriler araştırmacının kendisi tarafından hastaya ait hemşirelik süreci doğrultusunda bakımını üstlendikleri hastalara ait doldurulan ajitasyon/agresyon tanılması, önleme/azaltmaya yönelik tedavi ve hemşirelik girişimlerini içeren hemşirelik süreci formlarından retrospektif olarak, basit rastlantısal yöntemle, oluşturulan 7 maddelik bir anket formu ile toplanmıştır.

3.2.2. Ölçeğin Geçerlik-Güvenirlik Çalışma Aşamaları:

3.2.2.1. Ölçeğin Dil Eşdeğerliği Aşaması:

1. Aşama: Özgün ölçeğin İngilizce formu (The Overt Aggression Scale) dil eşdeğerliğini sağlamak için, alanında her iki dili iyi bilen bir psikiyatrist ve iki psikiyatri hemşiresi olmak üzere üç akademisyen tarafından ayrı ayrı Türkçe'ye çevrilmiştir (Ek 5a, 5b, 5c).

2. Aşama: Daha sonra alanında her iki dili iyi bilen başka bir psikiyatrist tarafından bu çeviri formlar arasından en uygun olan yeni bir Türkçe Form seçilmiştir (Ek 6).

3. Aşama: Oluşturulan Türkçe form bir dil bilimci tarafından İngilizce'ye çevrilmiştir (Ek 7).

4. Aşama: Türkçe'den çevrilen İngilizce form bir dil bilimci tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir (Ek 8).

5. Aşama: Özgün ölçeğin Türkçe çeviri formu ile çeviri İngilizce formun Türkçe formu iki akademisyen tarafından karşılaştırılmıştır (Ek 9).

6. Aşama: Türkçe formun dilinin anlaşılabilirliği ve görünüm geçerliği adına psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere (N=15) bir ön açıklama ile tanıtılarak (Ölçeğin adı, maddelerin türü, maddelerin ifade şekli,ölçeğin fiziksel görünümü, test maddelerinin dilinin anlaşılabilirliği, ölçeğin uygulamada hemşireler için olan gerekliliği ve uygulama alanında, agresyon yönetiminde kullanılabilirliği konusunda görüş istenmesi ile) dağıtılmıştır (Ek 10).

7. Aşama : Her iki Türkçe formdaki (Ek 6, 9) ve ek 5, 6, 7 deki benzer olmayan ve zorlanılan maddeler, ölçeğin hemşirelerle yapılan (Ek 6) çalışmada uygun olmayan anlaşılmayan maddelerle karşılaştırılmış ve uzmanların görüşleri ile son şekli verilmiştir (Ek 11) .

Dil eşdeğerliği sağlanan “The Overt Aggression Scale'nin” tutarlılığı ve yapı geçerliliği test edildi:

1-Uygulayıcılararası güvenirlik:

The Overt Aggression Scale 'nın uygulayıcılararası güvenilirliği açısından aynı hastanın / aynı epizodu ilkesine uyularak birbirinden bağımsız iki hemşirenin:

- Doğrudan gözledikleri ve çeviri forma kayıt ettikleri veriler arasında,
- Bir başka hemşirenin tanımına göre çeviri forma kayıt ettikleri veriler arasında,
- Hasta ailesi tarafından tanımlanan fakat hemşirelerin kendileri tarafından gözlenmeyip çeviri forma kayıt ettikleri veriler arasında,
- Hasta kayıtlarından elde ettikleri ve çeviri forma kayıt ettikleri veriler arasında karşılaştırma yapıldı, iç tutarlığı ve homojenliği değerlendirildi

2-İç tutarlık:

- Madde toplam puan korelasyonları yapılarak her bir maddenin toplam puanla olan ilişkisi değerlendirildi.

3- Yordam ya da kestirim geçerliği:

Agresyon davranış puanı ile girişim puanı arasındaki korelasyonu değerlendirildi. Bu değerlendirmede agresyon davranışları puanı ile girişim puanları arasındaki ilişkinin kuvvetli ve pozitif olması agresyon davranış maddelerinin geçerli olduğunu gösterdiği düşünülmektedir.



4. BULGULAR

4.1. Ön Çalışma Verilerinin Değerlendirilmesi:

4.1.1. Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastaların Agresyon/Ajitasyon ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı

Tablo1 de psikiyatri servislerinde yatan hastaların hastalığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı incelendiğinde genel olarak hastaların çoğununun; şizofreni tanısı aldığı (n=169, %23.2) serviste 17-22 gün arasında yatarak tedavi gördüğü (n= 266, %36.4), yakınma ve psikiyatrik muayene bulguları içinde de agresyon/ajitasyon semptomlarının olduğu (n= 526, %72.1), görülmektedir. Ayrıca bu hastaların agresyon epizotlarının sayısı incelendiğinde çoğunun agresyon epizotu geçirdiği (n= 538, %73.7), geçirenlerin en az 1 ve en çok 11 epizotu olduğu, 1 epizot geçirenlerin sayısının fazla olduğu (n= 143, % 19.6) tespit edilmiştir. Agresyon epizotu geçiren 538 hastanın toplam epizot sayısı 1843 dir.

Genel psikiyatri servisinde yatan hastaların ajitasyon/agresyon özelliklerinin dağılımı incelendiğinde hastaların çoğunun şizofren tanısı aldığı (n=153, % 23.5) ve 17-22 gün arasında serviste yattığı (n=249, %38.3), yakınma ve psikiyatrik muayene bulgularında agresyon /ajitasyonun (n=478, %73.5) olduğu görülmektedir. Bir hastanın en az 1, en çok 11 agresyon epizodu geçirdiği saptanmış olup, 478 hastanın toplam agresyon epizod sayısı 1735 dir. Hemşirelik girişimlerinin ise çoğunlukla gözlem, uyarıların azaltılması ve hekim istemine uygun acil tedavinin uygulanması şeklinde olduğu saptanmıştır (n=445, % 68.5).

Geropsikiyatride yatan hastaların ajitasyon/agresyon özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; hastaların çoğunun “Demans” tanısı aldığı (n=44, %55) ve 29 günden fazla süre ile klinikte yattığı (n=38, %44), yakınma ve psikiyatrik muayene bulgularında agresyon/ajitasyonun (n=48, %60) olduğu saptanmıştır. Bir hastanın en az 1, en çok 4 agresyon epizodu geçirdiği, 80 hastanın da toplam agresyon epizod sayısının 108 olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1: Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastaların Hastalığı ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=730)

Özellikler		Genel Psikiyatri (n=650)		Geropsikiyatri (n=80)		Toplam (N=730)	
		n	%	n	%	n	%
Hastanın Tanısı							
Demans		15	2.3	44	55	59	8.1
Depresyon		83	12.8	13	16.3	96	13.2
Şizofreni		153	23.5	16	20	169	23.2
Mani		104	16	-	-	104	14.2
Kişilik bozukluğu		110	16.9	-	-	110	15.1
Alkol, madde kullanımı		92	14.2	-	-	92	13.6
Paranoya		76	11.7	7	8.8	83	11.4
Posttravmatik stres bozukluğu		17	2.6	-	-	17	2.3
Yatış Süresi							
5-10 gün		104	16	5	6.3	109	14.9
11-16 gün		116	17.8	11	13.8	127	17.4
17-22 gün		249	38.3	17	21.3	266	36.4
23-28 gün		122	18.8	9	11.3	131	17.9
29 gün ve Üstü		59	9.1	38	47.5	97	13.3
Agresyon Epizod Sayısı							
Epizot geçirmeyen		172	26.5	20	25	192	26.3
Epizot geçiren: Geropsikiyatri (N=60, %75) Genel Psikiyatri (N=478, %73.5) Toplam (N=542, %74.2)	1	113	17.4	30	37.5	143	19.6
	2	94	14.5	15	18.8	109	14.9
	3	87	13.4	12	15	99	13.6
	4	49	7.5	3	3.8	52	7.1
	5	29	4.5	-	-	29	4
	6	25	3.8	-	-	25	3.4
	7	26	4	-	-	26	3.6
	8	21	3.2	-	-	21	2.9
	9	16	2.5	-	-	16	2.2
	10	10	1.5	-	-	10	1.4
	11	8	1.2	-	-	8	1.1

Tablo 2 incelendiğinde agresyon/ajitasyon semptomu olan hastaların çoğunun (n=493, %67.5) hemşirelik tanısı ve girişimlerinde agresyona/ajitasyona yönelik kayıtlara rastlanmış ve çoğuna da bu soruna yönelik farmakolojik yaklaşımda bulunduğu saptanmıştır (n=492, %67.4). Agresyon ve ajitasyona yönelik hemşirelik girişimlerinden ise çoğunlukla gözlem, uyarıların azaltılması ve hekim istemine uygun acil tedavinin uygulanmasının daha fazla olduğu (n= 455, %62.3) görülmüştür. Genel psikiyatri servisinde yatan hastaların tamamında ise hemşirelik tanısı ve girişimlerinde agresyona/ajitasyona yönelik kayıtlara rastlanmış ve tamamına bu soruna yönelik farmakolojik yaklaşımda (n=478, %73.5) bulunduğu tespit edilmiştir. Agresyon ve ajitasyona yönelik hemşirelik girişimlerinin ise çoğunlukla gözlem, uyarıların azaltılması ve hekim istemine uygun acil tedavinin uygulanması şeklinde olduğu (n= 445, %68.5) görülmüştür. Ayrıca geropsikiyatri servisinde yatan hastaların çoğunda da bu semptom olmasına karşın, ancak %19'nun (n=15) hemşirelik tanısı ve girişimlerinde agresyona/ajitasyona yönelik kayıtlara rastlanmış ve %17'sine (n=14) ise bu soruna yönelik farmakolojik yaklaşımda bulunduğu saptanmıştır. Agresyon ve ajitasyona yönelik hemşirelik girişimlerinin ise çoğunlukla gözlem, uyarıların azaltılması ve hekim istemine uygun acil tedavinin uygulanması şeklinde olduğu (n= 10, %12.6) görülmüştür.

Tablo 2: Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastaların Agresyon/Ajitasyon ile İlgili Özelliklerinin Dağılımı (N=730)

Özellikler	Genel Psikiyatri (N=650)		Geropsikiyatri (N=80)		Toplam (N=730)	
	n	%	n	%	n	%
Yakınma ve Psikiyatrik Bulgularda Ajitasyon/Agresyonun Bulunma Durumu						
Var	478	73.5	48	60	526	72.1
Yok	172	26.5	32	40	204	27.9
Hemşirelik Tanılarında Ajitasyon/Agresyonun Bulunma Durumu						
Var	478	73.5	15	18.8	493	67.5
Yok	172	26.5	65	81.3	237	32.5
Agresyon/Ajitasyonda Hemşirelik Girişimleri						
Girişim yok	172	26.5	65	81.3	237	33.1
Gözlem	-	-	5	6.3	5	0.7
Gözlem, uyaranların azaltılması, hekim istemi ile acil tedavinin uygulanması	445	68.5	10	12.6	455	62.3
Gözlem, uyaranların azaltılması,hekim istemi ile acil tedavinin uygulanması, yatağa tespit	33	5.1	-	-	33	4.5
Agresyon/Ajitasyonu Olan Hastaya Farmakolojik Müdehale			-	-		
Var	478	73.5	14	17.5	492	67.4
Yok	172	26.5	66	82.5	238	32.6

4.2. Ölçeğin Geçerlik-Güvenirlik Test Aşaması

4.2.1. Ölçeğin Dil Eşdeğerliği Aşaması:

4.2.1.1. Dil eşdeğerliği aşaması form incelemeleri:

1. Aşama: Bir psikiyatrist ve iki hemşire akademisyenin özgün ölçeğin Türkçeye çeviri çalışmasında, agresyon davranış aşamalarında:

* Verbal Aggression bölümü çevirisinde 1, 2, 3 ve 4. maddelerde çok az farklılıkla benzer çeviri

* Physical aggression against objects bölümü çevirisinde 2. maddesinde çok az farklılıkla benzer çeviri

* Physical aggression against self bölümü çevirisinde 2. maddede çok az farklılıkla benzer çeviri

* Physical aggression against other people bölümü çevirisinde 1. maddede çok az farklılıkla benzer çeviri yapılmıştır.

* Intervention bölümünün çevirisinde 4, 7, 10 ve 11. maddelerdeki girişimlerde farklılıklar ve Türkçe karşılığını oturtmada zorlanmalardan söz edilmiştir (Ek 5a, 5b, 5c).

2. Aşama: Her iki dili iyi bilen akademisyen bir psikiyatrist tarafından özgün ölçeğin üç Türkçe çevirisinden en uygun olan Türkçe formu oluşturma aşaması :

* Verbal Aggression bölümünde 2, ve 3. maddelerde

* Physical aggression against objects bölümünde 2, 3 ve 4. maddelerde

* Physical aggression against other people bölümünde özellikle 1. maddede biraz farklılıklarla en uygun Türkçe form oluşturulmuştur.

* Intervention bölümünün çevirisinde 4, 7, 8, 10 ve 11. maddelerde biraz farklılıklarla en uygun Türkçe Form oluşturulmuş ve daha sonra bu maddelerin Türkçe karşılığını oturtmada zorlanıldığından söz edilmiştir (Ek 6).

3. Aşama: Oluşturulan en uygun Türkçe formun, bir dil bilimci tarafından İngilizce'ye çevrilmesi aşaması :

*Özgün İngilizce form ile çeviri İngilizce form karşılaştırmasında verbal aggression bölümünde 1, 2 ve 3. maddeler, physical aggression against objects bölümünde 1, 3 ve 4.maddeler, physical aggression against self bölümünde 1, 2 ve 3. maddeler, physical aggression against other people bölümünde 2 ve 3. maddeleri özgüne yakın verbal aggression bölümünde 4. madde, physical aggression against objects bölümünde 2. madde, physical aggression against self bölümünde 4. madde physical aggression against other people bölümünde 1 ve 4. maddeler biraz farklı bulunmuştur (Ek 7).

4. Aşama: Türkçe'den çevrilen İngilizce form bir dil bilimci tarafından Türkçe'ye çevrilmiş (Ek8).

5. Aşama: İngilizce çeviri formun Türkçe çevirisi ile en uygun Türkçe formun karşılaştırmasında:

- * Verbal aggression bölümünde 3 ve 4. maddelerde,
- * Physical aggression against objects bölümünde 1. maddede
- * Physical aggression against self bölümünde 2 ve 4. maddelerde
- * Physical aggression against other people bölümünde 1 ve 4. maddelerin ifadesinde farklılıklar bulunmuştur (Ek9).

6. Aşama: Bu aşama ile ilgili veriler Tablo 3 ve Tablo 4 de verilmiştir.

Tablo 3 ve Tablo 4 de psikiyatri hemşireleri tarafından yapılan ölçeğin dil anlaşılabilirliği ve görünümü değerlendirme sonuçlarının dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin çoğu tarafından; "The Overt Aggression Scale"nin başlığının, davranış bölümlerinin, davranış bölümlerinin alt maddelerinin, girişim bölümünün alt maddelerinin; ifade şekli ve ifade türü uygun ve dili anlaşılır, ölçeğin fiziksel görünümünün uygun olduğu, ölçeğin uygulamada hemşireler için ihtiyaç olduğu ve agresyon yönetiminde uygulama alanında ölçeğin uygulanabilir olduğu belirtilmiştir. Çok az sayıdaki hemşire de ölçeğin başlığının; ifade şeklinin (%33.3, n=5), madde türünün uygun olmadığı ve dilinin anlaşılabilir olmadığı (%26.7, n=4), agresif davranışların "Sözel Agresyon "bölümünde 2, 3.maddeler (%26.7, n=4), ve 4. maddelerinin (%13.3, n=2) ifade şekillerinin ve madde türünün uygun

olmadığını ve dilinin de anlaşılabilir olduğunu, "Kendisine karşı fiziksel agresyon" bölümünde 2 ve 3. maddelerinin ifade şeklinin uygun olmadığını, dilinin anlaşılmadığını ve madde türünün uygun olmadığını (%6.7, n=1) belirtmişlerdir."Girişim" bölümünün 1, 4. maddelerinin (%13.3,n=2), 2. maddenin (%20 n=3) ve 7, 8, 9. maddelerinin (%33.3, n=5) de ifade şeklinin, ifade türünün uygun olmadığını ve dilinin anlaşılmadığını ifade etmişlerdir. Bu veriler doğrultusunda; hemşirelerin çoğunun ifadelerinin ölçeğin dilinin anlaşılır ve görünümünün de uygun olduğu yönündedir.

7. Aşama: Sonuç olarak dil eşdeğerliği çalışmasında düzenlenen formların (Ek 5, 6, 7, 8, 9) incelemesinde zorlanılan ve farklılıklar yaratan maddelerin hemşirelerle yapılan çalışmada belirtilen uygun olmayan ,anlaşılmadığı ifade edilen maddeler ile örtüştüğü saptanmıştır. Adı geçen bu maddeler yeniden alınarak:

*Başlığı "Açık Agresyon Ölçeği",

*Agresif davranış başlığının parentez içi (Uygun olanları işaretleyin),

*Sözel agresyon bölümünün 1. maddesinde "Yüksek sesle gürültü yapar", 2. maddesinde "Kişiye yönelik sen aptalsın gibi hakaretlerde bulunur", 3. maddesinde "Öfkeyle iğrenç küfür söyler ve arkadaş çevresine karşı yada kendisine karşı tehditler savurur", 4. maddesinde "Başkalarına yada kendisine yönelik seni yada kendimi öldüreceğim gibi tahrik edici tehditlerde bulunur",

*Eşyalara karşı fiziksel agresyon bölümünün 2. maddesinde "Eşyaları atar yada onları tekmeler, duvarları tırmalar",

*Kendisine karşı fiziksel agresyon bölümünün 1. maddesinde "Cildini deler yada kendi kendine vurur, saçının çeker (hafif bir yaralanmayla yada hiçbir şey olmadan)", 3. maddesinde "Kendisinde küçük kesiklere yada morluklara, hafif yanıklara neden olur",

*Başkalarına karşı fiziksel agresyon bölümünün 1. maddesinde "tehdit edici bir tarzda başkalarının üstüne yürür, ellerini kollarını sallar, giysilerini çekiştirir", 2. maddesinde "Başkalarına vurur, tekmeler yada saçlarını çeker (Onları yaralamaksızın), 3. maddesinde "Başkalarını saldırır ve fiziksel olarak zarar verir (Çürükler, burkma, hafif yada orta düzeyde darbeler)",

*Girişimler başlığının parentez içi (Uygun olanları işaretleyin),

*Girişimler bölümünün 1. maddesinde "Girişim yok", 4.maddesinde "Hastayı

tuturak engelleme”, 7. maddesinde ”Hastayı yalnız bırakmadan o ortamdan geçici bir süre uzaklaştırma, 8. maddesinde “Tecrit etme”, 10. maddesinde “Yaralanma hastanın acil tıbbi tedavisini gerektirir”, 11. maddesinde “Yaralanma diğer kişinin acil tıbbi tedavisini gerektirir” şeklinde düzeltmeler yapılmıştır: Ayrıca agresyon davranış kategorilerinden ‘Objelere karşı fiziksel agresyon’ başlığında ‘Objeler’ ifadesini Türkçe’de en iyi temsil edebilecek ‘Cisimler’ ve ‘Eşyalar’ kelimesi üzerinde durulmuştur. Bu ifadeler psikiyatri hemşiresi ve psikiyatrist olmak üzere 20 kişiye sorulmuş ve 20 sinin onayı ile başlığın ‘Eşyalara karşı fiziksel agresyon’ şeklinde değiştirilmesine karar verilmiştir. ‘Açık agresyon ölçeği’ 5 ve 6. aşamada elde edilen sonuçlara göre uygulama kolaylığı açısından dil ifadesi üzerinde durulmuş, uygun olmayan ve anlaşılmayan maddeler değiştirilerek ve gerekli düzenlemeler yapılarak dil eş değeri sağlanmıştır (Ek11).



Tablo 3: Çeviri Ölçek Maddelerinin Dil Anlaşılabilirliği Sonuçlarının Dağılımı (N=15)

	İfade Şekli				Dilinin Anlaşılma Durumu				Madde Türünün Uygunluğu			
	Uygun		Uygun Değil		Anlaşılır		Anlaşılmaz		Uygun		Uygun Değil	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ	10	66.7	5	33.3	11	73.3	4	26.7	11	73.3	4	26.7
AGRESİF DAVRANIŞ (Uygun olan her maddeyi işaretleyiniz)	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
Sözel Agresyon	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
1-Yüksek sesle gürültü yapar, öfkeyle bağırır	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
2-Kişiyeye yönelik hafif hakaretlerde bulunur (Örn: Aptalsın)	11	73.3	4	26.7	11	73.3	4	26.7	11	73.3	4	26.7
3-Çirkin küfürler savurur, müstehcen dil kullanır, kendisini ve çevresini orta düzeyde tehdit eder	11	73.3	4	26.7	11	73.3	4	26.7	11	73.3	4	26.7
4-“Seni öldüreceğim” gibi diğerlerine ve kendisine yönelik açık saldırgan tehditler savurur, ya da kendisini tutmaları için yardım ister	13	86.7	2	13.3	13	86.7	2	13.3	13	86.7	2	13.3
Nesnelere Karşı Fiziksel Agresyon	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
1-Kapıyı çarpar, giysilerini fırlatır, ortalığı dağıtır	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
2-Eşyaları fırlatır, tekmeler, duvarı çizer	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
3-Eşyaları kırar, pencereleri çarpar, kırar	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
4-Yangın çıkarır, eşyaları tehlikeli biçimde atar	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-

**Tablo 3'ün Devamı: Dil Anlaşılabilirliği ve Görünümü Değerlendirme
Sonuçlarının Dağılımı**

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ	İfade Şekli				Dilinin Anlaşılma Durumu				Madde Türünün Uygunluğu			
	Uygun		Uygun Değil		Anlaşılır		Anlaşılmaz		Uygun		Uygun Değil	
AGRESİF DAVRANIŞ (Uygun olan her maddeyi işaretleyiniz)	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
1-Cildini deler ya da çizer,kendi kendine vurur, saçlarını çeker (Sadece küçük bir yaralanmayla ya da yaralanma olmaksızın)	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
2-Başını vurur,eşyaları yumruklar,kendini eşyalara vurur ya da yere atar (Yaralanma olmaksızın kendine zarar veriyor)	14	93.3	1	6.7	14	93.3	1	6.7	14	93.3	1	6.7
3-Küçük kesikler ya da morluklar, hafif yanıklar	14	93.3	1	6.7	14	93.3	1	6.7	14	93.3	1	6.7
4-Kendisini sakatlar, derin kesiklere neden olur, ısıarak kanatır, iç organlarda yaralanma, kırık, bayılma, dişlerini kaybeder	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
1-Tehdit eden el kol hareketleri yapar, başkalarının üzerine yürür, yakasını tutar	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
2-Vurur, tekmeler, iter, saçını çeker (yaralamadan)	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
3-Başkalarına saldırır,hafif-orta şiddette fiziksel zarar verir (morluk, burkma, darbe izleri)	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
4-Başkalarına saldırır,ağır fiziksel yaralanmalara neden olur (kırılan kemikler,derin yaralar,iç organlarda hasar)	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-

Tablo 3'ün Devamı:

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ	İfade Şekli				Dilinin Anlaşılma Durumu				Madde Türünün Uygunluğu			
	Uygun		Uygun Değil		Anlaşılır		Anlaşılmaz		Uygun		Uygun Değil	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Olayın Başladığı saat.....	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
Olayın Süresi: (saatleri/dakika)	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
GİRİŞİM(Yapılanları işaretleyiniz)	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
1-Yok	13	86.7	2	13.3	13	86.7	2	13.3	13	86.7	2	13.3
2-Hasta ile konuşma	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
3-Yakın gözlem	12	80	3	20	12	80	3	20	12	80	3	20
4-Hastayı tutma	13	86.7	2	13.3	13	86.7	2	13.3	13	86.7	2	13.3
5-Ağız yoluyla acil tedavi	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
6-Enjeksiyon yoluyla acil tedavi	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
7-Yalnız bırakmadan izolasyon (ara verme)	10	66.7	5	33.3	10	66.7	5	33.3	10	66.7	5	33.3
8-İzolasyon (tecrit)	10	66.7	5	33.3	10	66.7	5	33.3	10	66.7	5	33.3
9-Kısıtlama getirme	10	66.7	5	33.3	10	66.7	5	33.3	10	66.7	5	33.3
10-Yaralanan hastanın acil tedavisi	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
11-Yaralanan diğer kişilerin acil tedavisi	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-
YORUMLAR	15	100	-	-	15	100	-	-	15	100	-	-

Açıklama:

***İfade şekli:** Her bir maddenin agresyonu açık bir şekilde ortaya koyabilme durumu

***İfade Türü:** Her bir maddenin agresyon davranışlarıyla ilişkili olması
Örneğin; Sözel Davranış bölümünün 1, 2, 3, ve 4. maddelerinin Sözel davranış bölümünün alt başlığı altında yer alabilme özelliğinin olması

***Dilinin anlaşılabilirliği;** Her bir maddenin Türkçe'ye uygun olması ve okuyan kişi açısından açık ve net olarak anlaşılması.

Tablo 4:Çeviri Ölçeğin Görünüm Geçerliği Sonuçlarının Dağılımı

	Uygun		Uygun Değil	
	n	%	n	%
Ölçeğin Fiziksel Görünümü	15	100	-	-
	İhtiyaç Var		İhtiyaç Yok	
	n	%	n	%
Ölçeğin Uygulamada Hemşireler İçin İhtiyaç Durumu	15	100	-	-
	Uygulanabilir		Uygulanamaz	
	n	%	n	%
Agresyon yönetiminde uygulama alanında ölçeğin uygulanabilir olma durumu	15	100	-	-

4.2.1.2.1. Ölçeğin Geçerlik- Güvenirliğinin Yapıldığı Örneklem Grubunun Özellikleri

Ölçeğin geçerlik- güvenirliğinin yapıldığı örneklem grubundaki hastaların özellikleri ile ilgili veriler Tablo 5 ve Tablo ‘6 da verilmiştir.

Tablo 5’de incelendiğinde;çoğunun yaşının; 60 yaş üzerinde (%33), cinsiyetinin; kadın (%52), medeni durumunun; bekar (%44), eğitim durumunun; üniversite (%33) olduğu ve çocuğunun olmadığı (%56) saptanırken meslek durumu incelendiğinde de çoğunun mesleğinin olmadığı (%67), bir işte çalışmadığı(%85), ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu (%92), sağlık güvencesinin emekli sandığı olduğu (%37) tespit edilmiştir.

Tablo 5:Epizodu Gözlenen Hastaların Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=27)

Demografik Özellikler	n	%
Yaş		
18-24 yaş	5	19
25-31 yaş	7	26
32-38 yaş	3	11
39-45 yaş	-	
46-52 yaş	1	4
53-59 yaş	2	7
60 ve üstü yaş	9	33
Cinsiyet		
Kadın	14	52
Erkek	13	48
Medeni Durum		
Bekar	12	44
Evli	10	37
Dul	5	19
Eğitim Durumu		
Okuma-yazma yok	1	4
İlkokul	8	30
Ortaokul	3	11
Lise	6	22
Üniversite	9	33
Çocuk Sayısı		
Çocuk Yok	15	56
1	4	15
2	5	19
3	1	4
4 ve üstü	2	7
Meslek Durumu		
Mesleği var	9	33
Mesleği yok	18	67
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	4	15
Çalışmıyor	23	85
Ekonomik Durum		
Kötü	1	4
Orta	25	92
İyi	1	4
Sosyal Güvence Durumu		
Yok	9	33
Emekli Sandığı	10	37
SSK	5	19
Bağkur	3	11
Yeşil kart	-	-
Özel Sigorta	-	-

Tablo 6’ da örneklem grubundaki hastaların ruhsal sağlık özelliklerinin dağılımı incelendiğinde çoğunun; hastaneye ailesi tarafından zorla getirildiği (%59), manik epizot tanısı aldığı (%26), hastalığın süresinin 7 yıldan fazla olduğu (%26), hastaneye birinci yatışı olduğu (%41), daha önce hastaneye yatan hastaların çoğunun son yatış sürelerinin 15 gün ile 1 ay arasında olduğu (%48), hastanın birden fazla risk davranışlarının olduğu ve agresyon davranışını daha fazla gösterdiği (%63, n=17) saptanmıştır.

Tablo 6 : Epizodu Gözlenen Hastaların Ruhsal Sağlık Özelliklerinin Dağılımı(N=27)

Sağlık Özellikleri	n	%
Geliş Şekli		
İkna ile ailesi tarafından	7	26
İsteyerek ailesi tarafından	4	15
Zorla ailesi tarafından	16	59
Hastanın Tıbbi Tanısı		
Manik epizod	7	26
Hezeyanlı Major depresyon	4	15
Şizofren	4	15
Şizoafektif Bozukluk	4	15
PTSD(Post. Trav.Stres.Boz)	1	4
Demans	3	11
Borderline Kişilik Bozukluğu	1	4
Psikotik Atak	1	4
Tanı aşaması	2	7
Hastalığın Süresi		
1 Yıldan az	6	22
1-2yıl	6	22
3-4 yıl	5	19
5-6 yıl	3	11
7 yıl ve üstü	7	26
Son Yatış Süresi		
15 günden az	-	
15 gün-1 ay	13	48
1.5 ay-2 ay	2	7
2.5 ay ve üstü	1	4
İlk Yatış	11	41
Hastanın Risk Davranışları		
Suisid	4	15
Homosid	2	7
Füg	15	56
Agresyon	17	63
Not :Birden fazla yanıt verilmiştir		

Tablo 7 incelendiğinde hastaların çoğunun; refakatçisinin olmadığı (%82), hastanede bağımsız olarak ihtiyaçlarını karşılayabildiği (%78), çoğunun fiziksel bir sağlık sorunu olmadığı (%67) ve olanlarda da birden fazla sorun görüldüğü ve çoğunun kardiyovasküler sistemle ilgili sağlık sorununun daha fazla olduğu (%19) belirlenmiştir.

Tablo 7:Epizodu Gözlenen Hastaların Sağlık Özelliklerinin

Sağlık Özellikleri	n	%
Hastanın Refakat Durumu		
Yok	22	82
Annesi/Babası	-	
Eşi	1	4
Çocuğu	2	7
Kardeş	-	
Komşusu/arkadaşı	-	
Bakıcısı	2	7
Hemşiresi	-	
Hastanın İşlevsellik Durumu		
Bağımsız	21	78
Yarı bağımlı	4	15
Tam bağımlı	2	7
Hastanın Fiziksel Rahatsızlıkları		
Yok	18	67
Gastrointestinal sistem hast.	1	4
Kardiyovasküler sistem hast	5	19
Sinir sistemi	1	4
Dolaşım sistemi	2	7
Kas-iskelet sistemi	3	11
İmmün sistem	-	-
Boşaltım sistemi	3	11
Endokrin sistem	2	7
Solunum sistemi	2	7
Not :Birden fazla yanıt verilmiştir		

Tablo 8 de agresyonun gözleendiği ortam ve durum özellikleri ne göre epizod dağılımı incelendiğinde agresyon epizodlarının çoğunun; doğrudan profesyonel gözlem ve kayıtlarından (%40) elde edildiği , 08 –16 vardiyasında (%54), oturma salonunda (%71), vizit zamanı (%29), akşam vakti (%38), saat 08 ile 12 arasında meydana geldiği (% 54), 10dk ve ya 15 dk sürdüğü (%34), bir hastanın epizod sayısının 1 ile 11 arasında değiştiği en çok 2 epizodu olduğu (%52) tespit edilmiştir.



Tablo 8:Agresyonun Gözlendiği Ortam/Durum Özelliklerine Göre Epizod Dağılımı
(N=80 Epizod)

	n	%
Vardiya		
08-16 vardiyası	43	54
16-08 vardiyası	37	46
Agresyonun gözlendiği ortam		
Hasta odası/yatağı	23	29
Oturma salonu	57	71
Hemşire bankosu	-	-
Yemek odası	-	-
Agresyon epizodunun gözlendiği durumlar		
Tedavi zamanı	19	24
Ziyaret saati	2	3
Yemek zamanı	22	28
Vizit zamanı	23	29
Aktivite zamanı	14	16
Banyo zamanı	-	-
Ortam/durumun özellikleri	n	%
Agresyonun gün aralığı		
Sabah	28	35
Öğle	15	19
Öğleden sonra	-	-
Akşam	30	38
Gece	7	9
Agresyon epizodu kayıt tipi		
Doğrudan profesyonel gözlem ve kaydı	32	40
Profesyonel gözleminin anlatımına göre kaydı	25	31
Günlük hemşire notlarına göre kaydı	23	29
Olayın başladığı saat		
08-12	43	54
13-17	-	-
18-22	31	39
23-03	3	4
04-08	3	4
Agresyonun süresi		
5 dakika	4	5
10 dakika	27	34
15 dakika	27	34
20 dakika	16	20
25 dakika	-	-
30dakika	6	8
Epizot Sayısı (N=27)		
1	2	7
2	14	52
3	7	26
4	1	4
5	-	-
6	1	4
7	-	-
8	1	4
9	-	-
10	-	-
11	1	4

Örneklemden elde edilen veriler doğrultusunda dil eşdeğerliliği sağlanan çeviri ölçeğin (The Overt Aggression Scale) tutarlılığı ve yapı geçerliliği test edildi:

4.2.1.2.Uygulayıcılararası Güvenirlik

The Overt Aggression Scale 'nın uygulayıcılararası güvenilirliği açısından aynı hasta ya da aynı epizod ilkesine uyularak birbirinden bağımsız iki hemşirenin:

- Doğrudan gözledikleri ve çeviri forma kayıt ettikleri veriler arasında,
- Bir başka hemşirenin tanımına göre çeviri forma kayıt ettikleri veriler arasında,
- Hasta ailesi tarafından tanımlanan fakat hemşirelerin kendileri tarafından gözlenmeyip çeviri forma kayıt ettikleri veriler arasında,
- Hasta kayıtlarından elde ettikleri ve çeviri forma kayıt ettikleri veriler arasında karşılaştırma yapılarak, iç tutarlığı ve homojenliği değerlendirildi:

Tablo 9 da görüldüğü gibi; açık saldırganlık ölçeği maddelerinin aynı epizotta uygulayıcılara göre dağılımı ve karşılaştırılması incelendiğinde uygulayıcılar arasında :

-Sözel agresyon alt boyutunun ; 1. madde ($r=0.70$), 2. madde ($r=0.91$), 3. madde ($r=1.00$) ve 4.maddelerinin ($r=1.00$) her iki uygulayıcı tarafından işaretlemesinde uyum olduğu uyum ilişkisinin de istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

- Eşyalara karşı fiziksel agresyon alt boyutunun ; 1. madde($r = 0.68$), 2. madde ($r = 0.98$) ve 3. maddelerinin ($r = 1.00$) işaretlenmesinde her iki uygulayıcı arasında uyum olduğu ve uyum ilişkisinin de istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu ($p<0.001$) tespit edilmiştir. 4. madde ise her iki uygulayıcı tarafından işaretlenmemiştir

- Kendisine karşı fiziksel agresyon boyutunun ; 3 ve 4. maddelerinin her iki uygulayıcı tarafından işaretlenmediği, 1. madde ($r=0.85$) ve 2.maddesinin($r=1.00$)

işaretlenmesinde de her iki uygulayıcı arasında uyum olduğu ve uyum ilişkisinin istatistiksel açıdan da çok ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

-Başkalarına karşı fiziksel agresyon boyutunun ; 4. maddesinin her iki uygulayıcı tarafından işaretlenmediği, 1. madde, ($r = 0.87$), 2. madde ($r = 1.00$) ve 3. maddelerinin ($r = 1.00$) işaretlenmesinde ise aralarında uyum olduğu uyum ilişkisinin de da istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

-Girişim boyutunun ; 1, 10, ve 11. maddelerinin her iki uygulayıcı tarafından işaretlenmediği, 2. madde ($r = -0.04$), 3. madde ($r = -0.02$) ve 7. maddelerin ($r = 0.08$) işaretlenmeleri arasında da uyum olmadığı ilişkinin de istatistiksel olarak da anlamlı olmadığı ($p>0.05$), 4. madde ($r = 1$), 5. madde ($r = 0.75$), 6. madde ($r = 1.00$), 8. madde ($r = 1.00$), 9. maddelerinin ($r = 1.00$) işaretlemeleri arasında ise uyum olduğu uyum ilişkisinin de istatistiksel açıdan çok ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Bu sonuçlar doğrultusunda uygulayıcıların ölçekte değerlendirme kapsamına alınan 25 maddeden sadece 5'ini işaretlemediği diğer maddeleri en az bir kez işaretledikleri saptanmıştır.

Tablo 9'de alt boyut maddelerinin uygulayıcılar arasındaki ilişkisi incelendiğinde; Açık agresyon ölçeğinin 20 maddesinden 14 maddenin korelasyon katsayısı 0.75'den büyük, 3 maddesinin korelasyon katsayısının 0.50 ile 0.75 arasında, 3 maddesinin de korelasyon katsayısının 0.50 den düşük olduğu görülmektedir. Genel olarak ölçeğin 15 maddesinin korelasyon katsayısının 0.70 den büyük olduğu saptanmıştır. Ayrıca ölçeğin 17 maddesinin uygulayıcılar arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki gösterdiği ($p<0.001$) 3 maddeden 2'sinin negatif ve 1 tanesinin de pozitif yönde zayıf ve istatistiksel olarak da anlamlı bir ilişki gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Tablo 9: Açık Saldırganlık Ölçeği Maddelerinin Aynı Epizotta Uygulayıcılara Göre İşaretlenme Dağılımı ve İlişkisi (N=80 Epizod)

Açık saldırganlık Ölçeğinin Maddeleri	Uygulayıcı 1		Uygulayıcı 2		Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC)
	n	%	n	%	
Sözel Agresyon					
Maade 1	68	85	68	85	0.70*
Madde 2	14	18	16	20	0.91*
Madde 3	8	10	8	10	1.00*
Madde 4	14	18	14	18	1.00*
Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon					
Maade 1	23	29	18	23	0.68*
Madde 2	23	29	23	29	0.98*
Madde 3	4	5	4	5	1.00*
Madde 4	-	-	-	-	-
Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon					
Madde 1	3	4	4	5	0.85*
Madde 2	6	8	6	8	1.00*
Madde 3	-	-	-	-	-
Madde 4	-	-	-	-	-
Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon					
Maade 1	47	59	44	55	0.87*
Madde 2	22	28	22	28	1.00*
Madde 3	6	8	6	8	1.00*
Madde 4	-	-	-	-	-
Müdehale (Girişim)					-
Maade 1	-	-	-	-	-
Madde 2	72	90	78	98	-0.04**
Madde 3	76	95	79	99	-0.02**
Madde 4	38	48	38	48	1.00*
Madde 5	33	41	39	49	0.75*
Madde 6	41	51	41	51	1.00*
Madde7	8	10	5	6	0.08**
Madde 8	26	33	26	33	1.00*
Madde 9	27	34	27	34	1.00*
Madde 10	-	-	-	-	-
Madde 11	-	-	-	-	-
Birden fazla madde işaretlenmiştir	*P<0.001		**P<0.05		

Tablo 10’da agresyon ölçeğinin alt boyutlarındaki davranış ve girişim düzeylerinin uygulayıcılara göre dağılımı incelendiğinde; **sözel agresyon ($r = 1.00$)**, **eşyalara karşı fiziksel agresyon ($r = 1.00$)**, **kendisine karşı fiziksel agresyon ($r = 0.92$)**, **başkalarına karşı fiziksel agresyon ($r = 1.00$) alt boyutlarında davranışlar düzeyinde ve girişim alt boyutunda ($r = 0.98$) da girişimler düzeyinde uygulayıcılar arasında uyum olduğu uyum ilişkisinin de istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.001$).**

Kendisine karşı fiziksel agresyon alt boyutunda 3 ve 4. maddeleri, başkalarına karşı fiziksel agresyon alt boyutunun 4. maddesi iki uygulayıcı tarafından belirtilmediği, hastaların agresyon düzeylerinin 3 ve 4. maddelere ait düzeye çıkmadığı saptanmıştır. Girişim alt boyutunun da 1 ve 7. maddeleri her iki uygulayıcı tarafından en şiddetli girişim olarak seçilmemiştir.

Tablo 10: Uygulayıcılara Göre Agresyon Ölçeğinin Alt Boyutlarındaki Davranış ve Girişim Düzeylerinin Dağılımı (N=80 Epizod)

Total Agresyon Puanı İçinde Agresyon Ölçeğinin Alt Grup Düzey Puanları	Uygulayıcı 1		Uygulayıcı 2		Sınıf İçi Korelasyon Katsayısı (ICC)
	n	%	n	%	
Sözel Agresyon					1.00*
Yok	7	9	7	9	
1	41	51	41	51	
2	10	13	10	13	
3	8	10	8	10	
4	14	18	14	18	
Eşyalara karşı fiziksel agresyon					1.00*
Yok	48	60	48	60	
1	9	11	9	11	
2	21	26	21	26	
3	2	3	2	3	
4	-	-	-	-	
Kendisine karşı fiziksel agresyon					0.92*
Yok	73	91	74	93	
1	1	1	-	-	
2	6	8	6	8	
3	-	-	-	-	
4	-	-	-	-	
Başkalarına karşı fiziksel agresyon					1.00*
Yok	36	45	35	44	
1	21	26	22	28	
2	17	21	17	21	
3	6	8	6	8	
4	-	-	-	-	
Girişimler					0.98* (*P<0.001)
1	-	-	-	-	
2	2	3	1	1	
3	16	20	17	21	
4	8	10	8	10	
5	4	5	4	5	
6	22	28	22	28	
7	-	-	-	-	
8	1	1	1	1	
9	27	34	27	34	

Tablo 11’de uygulayıcılara göre agresyon ölçeğinin **toplam agresyon puanı (TAP)**, **agresyon puanı (AP)** ve **alt boyutlarının** puan ortalamalarının karşılaştırması incelendiğinde;ölçeğin **sözel agresyon ve eşyalara karşı agresyon boyutunda** uygulayıcıların puan ortalamalarının aynı olduğu ve aralarında da istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Uygulayıcılar arasında ölçeğin kendisine **karşı fiziksel agresyon,başkalarına karşı fiziksel agresyon ve girişim alt boyut puan ortalamaları, TAP ve AP puan ortalamaları** arasında uygulayıcılara göre fark olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 11: Uygulayıcılara Göre Agresyon Ölçeğinin Total Agresyon, Agresyon Puanları ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=80)

Açık Agresyon Ölçeği	Uygulayıcı 1				Uygulayıcı 2				z, t, p
	Davranış Puanı				Davranış Puanı				
	n	$\bar{X}$	SS	Min-Mak	n	$\bar{X}$	SS	Min-Mak	
Sözel Agresyon	73	1.76	1.28	0-4	73	1.76	1.28	0-4	z =0.000 p=1.00
Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon	32	1.11	1.41	0-4	32	1.09	1.42	0-4	z =0.000 p=1.00
Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon	7	0.34	1.10	0-4	6	0.25	0.97	0-4	z=1.342 p=0.180
Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon	44	2.01	1.91	0-5	45	2.05	1.90	0-5	z =1.000 p=0.317
Girişimler	80	3.74	1.19	1-5	80	3.65	1.27	1-5	z=1.89 p=0.058
Agresyon Puanı (AP)	80	6.50	2.71	0-11	80	5.23	3.01	0-11	t =0.684 p=0.496
Total Agresyon Puanı (TAP)	80	10.24	3.54	3-16	80	8.88	3.90	2-16	t =0.467 p=0.146

Tablo 12 de Açık Agresyon Ölçeğinin toplam agresyon puanı(TAP),agresyon puanı (AP) ve alt boyutlarının puanlarının uygulayıcılar arasındaki ilişkisi incelendiğinde;her iki uygulayıcı arasında ölçeğin sözel agresyon ($r=1.00$), eşyalara karşı fiziksel agresyon($r=1.00$), kendisine karşı fiziksel agresyon ($r=0.86$), başkalarına karşı fiziksel agresyon ($r=0.98$) ve girişim ($r=0.94$) alt boyutlarında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu ilişkinin de istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır($P<0.001$).Aynı şekilde Ölçeğin toplam agresyon(TAP) ve agresyon puanları(AP) arasında da pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur($r=0.97$, $P<0.001$).

Tablo 12: Açık Agresyon Ölçeğinin Toplam Agresyon Puanı(TAP), Agresyon Puanı (AP) ve Alt Boyutlarının Uygulayıcılar Arasındaki İlişkisi (N=80 Epizod)

UYGULAYICI 2							
UYGULAYICI 1	Sözel Agresyon	Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon	Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon	Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon	Girişim	Agresyon Puanı (AP)	Toplam Agresyon Puanı(TAP)
Sözel Agresyon 1	$r=1.00^*$						
Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon		$r=1.00^*$					
Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon			$r=0.86^*$				
Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon				$r=0.98^*$			
Girişim					$r=0.94^*$		
Agresyon Puanı (AP)						$r=0.97^*$	
Toplam Agresyon Puanı(TAP)							$r=0.97^*$

* $p=0.000$

Tablo 13’de kayıt tipine göre ölçeğin alt boyut, toplam agresyon (TAP) ve agresyon puanlarının (AP) uygulayıcılar arasındaki ilişkisi incelendiğinde:

Direkt gözleme göre kayıtda uygulayıcılar arasında; sözel agresyon ($r=1$), eşyalara karşı fiziksel agresyon ($r=1$), kendisine karşı fiziksel agresyon ($r=0.89$), başkalarına karşı fiziksel agresyon ($r=0.95$) ve girişim ($r=0.98$) alt boyutlarında pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Ayrıca agresyon puanı ($r=0.95$) ve toplam agresyon puanı ($r=0.96$) arasında da pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Profesyonelin gözleminin anlatımına göre kayıtda uygulayıcılar arasında; sözel agresyon ($r=1$), eşyalara karşı fiziksel agresyon ($r=1$), kendisine karşı fiziksel agresyon ($r=1$), başkalarına karşı fiziksel agresyon ($r=1$) ve girişim ($r=0.88$) alt boyutlarında pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Bunun yanında agresyon puanı ($r=1$) ve toplam agresyon puanı ($r=0.99$) arasında da pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Günlük hemşire notlarına göre kayıtda uygulayıcılar arasında; sözel agresyon ($r=1$), eşyalara karşı fiziksel agresyon ($r=1$), başkalarına karşı fiziksel agresyon ($r=1$) ve girişim ($r=0.97$) alt boyutlarında pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Kendisine karşı fiziksel agresyon boyutunda ise bu kayıt tipinde belirtilmediği için ilişki kurulamamıştır. Ayrıca agresyon puanı ($r=0.95$) ve toplam agresyon puanı ($r=0.97$) arasında da pozitif yönde güçlü bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Tablo 13:Kayıt Tipine Göre Ölçeğin Alt Boyut,Total Agresyon (TAP) ve Agresyon Puanlarının (AP) Uygulayıcılar Arasındaki İlişkisi (N=80 Epizod)

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ		Direkt Gözleme Göre Kayıt	Profesyonelin Gözleminin Anlatımına Göre Kayıt	Günlük Hemşire Notlarına göre Kayıt
		UYGULAYICI 2		
		r	r	r
Sözel agresyon	UYGULAYICI 1	1.00*	1.00*	1.00*
Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon		1.00*	1.00*	1.00*
Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon		0.89*	1.00*	İlişki Kurulamadı
Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon		0.95*	1.00*	1.00*
Girişim		0.98*	0.88*	0.97*
Agresyon Puan(AP)		0.95*	1.00*	0.95*
Total Agresyon Puanı (TAP)		0.96*	0.99*	0.97*
*P=0.000				

Tablo14 de kayıt tipine göre uygulayıcılar arasında ölçeğin alt boyut, toplam agresyon puanı (TAP) ve agresyon puanı (AP) puan ortalamalarının karşılaştırması incelendiğinde;birinci ve ikinci uygulayıcının kayıt tipine göre ölçeğin alt boyutlarının puan ortalamasında, **sözel agresyonun** direkt gözlem kaydında, **eşyalara karşı fiziksel agresyonun** günlük hemşire notlarında, **başkalarına karşı fiziksel agresyonun** profesyonelin gözleminin anlatımına göre kaydında diğer kayıt tiplerine göre daha fazla olmasına rağmen aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). **Kendisine karşı fiziksel agresyonda** doğrudan gözleme göre kayıt tipinde puan ortalaması birinci ($X=0.75$, $F=4.125$) ve ikinci uygulayıcıda ($X=0.63$, $F=4.278$) diğer kayıt tiplerine göre daha fazla olduğu diğer kayıt tipleri ile aralarında fark olduğu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bonferroni yöntemi ile daha ileri analiz yapıldığında direkt gözlem kaydındaki kendisine karşı fiziksel agresyon puan ortalamasının profesyonelin gözleminin anlatımına göre olan kayıt ortalamasından daha fazla olduğu aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) görülmektedir. Girişim alt boyut puan ortalamasının da günlük hemşire notlarına göre birinci uygulayıcıda ($X=4.17$, $F=3.658$), doğrudan gözlem kaydına göre de ikinci uygulayıcıda ($X=3.72$, $F=4.153$) diğer kayıt tiplerine göre daha fazla olduğu aralarında fark olduğu farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Her iki uygulayıcıda da agresyon puanı ve toplam agresyon puanının kayıt tipleri arasında farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0.05$). Bonferroni yöntemi ile daha ileri analiz yapıldığında günlük hemşire notlarına göre kayıt tipindeki girişim puan ortalamasının, profesyonelin anlatımına göre kayıttaki ortalamadan daha fazla olduğu aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

**Tablo14:Agresyon Ölçek Puanlarının Kayıt Tipine Göre
(Alt boyut, TAP ve AP) Puanlarının Karşılaştırması (N=80)**

AGRESYON ÖLÇEĞİ	Doğrudan gözlemin kayıdı (N=32)		Profesyonelin gözleminin anlatımına göre kayıt (N=25)		Günlük hemşire notlarına göre kayıt (N=23)		F	p
	UYGULAYICI 1							
	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS		
Sözel agresyon	1.94	1.24	2	1.53	1.26	0.86	2.617	0.080
Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon	0.84	1.30	1	1.41	1.61	1.50	2.132	0.126
Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon	0.75	1.59	0.000	0.000	0.13	0.63	4.125	0.020
Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon	2.09	1.80	2.48	2.04	1.39	1.80	2.056	0.135
Girişim	3.78	1.13	3.28	1.43	4.17	0.78	3.658	0.030
AP	5.63	3.11	5.48	4.04	4.39	2.10	1.109	0.335
TAP	9.41	3.79	8.76	5.28	8.57	2.69	0.331	0.719
UYGULAYICI 2								
AGRESYON ÖLÇEĞİ	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	F	p
Sözel Agresyon	1.94	1.24	2	1.53	1.26	0.86	2.617	0.080
Eşyalara Karşı Agresyon	0.84	1.30	1	1.41	1.61	1.50	2.132	0.126
Kendisine Karşı Agresyon	0.63	1.48	0.000	0.000	0.000	0.000	4.278	0.017
Başkalarına Karşı Agresyon	2.19	1.77	2.48	2.04	1.39	1.80	2.180	0.120
Girişim	3.72	1.25	3.12	1.45	2.180	0.87	4.153	0.019
AP	5.59	2.87	5.48	4.04	4.26	2.68	0.404	0.669
TAP	9.31	3.68	8.60	5.33	8.39	2.03	1.416	0.249

4.2.1.3. İç Tutarlık

- Madde toplam puan korelasyonları yapılarak her bir maddenin toplam puanla olan ilişkisi değerlendirildi.

Tablo 15 ve 16 incelendiğinde iki uygulayıcıda da ölçeğin **alt boyutları ile ölçeğin toplam puanı arasındaki ilişki incelendiğinde**; sözel agresyon ($r=0.65$), eşyalara karşı fiziksel agresyon, başkalarına karşı fiziksel agresyon ($r=0.62$) ve girişim ($r=0.77$) alt boyutları ile pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Kendisine karşı fiziksel agresyon da ise ($r=0.27$) pozitif yönde zayıf ancak istatistiksel açıdan da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Bu veriler doğrultusunda açık agresyon ölçeğinin madde toplam puan ilişkisinin $r=0.27$ ve $r=0.77$ arasında değişmekte olduğu görülmektedir.

Ölçeğin madde bırakma yöntemi ile **Cronbach's Alfa Katsayısının agresyon davranış bölümünde** her iki uygulayıcı da da 0.71 ile 0.77 arasında değiştiği girişim maddelerinin bırakılması ile de oldukça düştüğü görülmektedir ($\alpha=0.40-0.41$). Ayrıca birinci ve ikinci uygulayıcıya göre de ölçeğin **Cronbach's Alfa Katsayısının** $\alpha=0.76$ olduğu ve aralarında da güvenilirlik açısından fark olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 15 :Agresyon Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyonu ve Güvenirlik Katsayısı (N=80 Epizod)

ÖlçeğinAlt Boyut Maddeleri	Uygulayıcı 1				
	$\bar{X}$	SS	r	p	Ölçeğin Madde Bırakma Cronbach's alfa Katsayısı
Sözel Agresyon	1.76	1.28	0.65	0.000	0.75
Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon	1.11	1.41	0.55	0.000	0.76
Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon	0.34	1.10	0.27	0.012	0.76
Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon	2.01	1.91	0.62	0.000	0.73
Girişim	3.74	1.19	0.77	0.000	0.40
Ölçeğin Cronbach's Alfa Katsayısı=0.76					

Tablo 16: Agresyon Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyonu ve Güvenirlik Katsayısı (N=80 Epizod)

ÖlçeğinAlt Boyutları	Uygulayıcı 2				
	$\bar{X}$	SS	r	p	Ölçeğin Madde Bırakma Cronbach's Alfa Katsayısı
Sözel Agresyon	1.76	1.28	0.623	0.000	0.76
Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon	1.09	1.42	0.588	0.000	0.77
Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon	0.25	0.97	0.257	0.021	0.71
Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon	3.65	1.27	0.599	0.000	0.72
Girişim	3.65	1.27	0.785	0.000	0.41
Ölçeğin Cronbach's Alfa Katsayısı =0.76					

Tablo 17 de Açık Agresyon Ölçeği'nin alt boyut toplam puanlarının alt boyut maddeleriyle ilişkisi incelendiğinde; her bir alt boyut toplamlarının kendi boyut madde puanları ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıftan ($r=0.22$) güçlüye ($r=0.95$) doğru değiştiği görülmektedir. Aynı tabloda alt boyutlarda en yüksek ilişkisi olan maddeleri incelediğimizde:

Birinci uygulamacıya göre; sözel agresyon alt boyutunda 4. madde ($r=0.81$), eşyalara karşı fiziksel agresyon alt boyutunda 2. madde ($r=0.89$), kendisine karşı fiziksel agresyon alt boyutunda 2. madde ($r=0.95$), başkalarına karşı fiziksel agresyon alt boyutunda 1. maddenin ($r=0.82$) ve girişim alt boyutunun 9. maddesinden ($r=0.76$), **ikinci uygulamacıya göre de;** sözel agresyon alt boyutunda 4. madde ($r=0.81$), eşyalara karşı fiziksel agresyon alt boyutunda 2. madde ($r=0.90$), kendisine karşı fiziksel agresyon alt boyutunda 2. madde ($r=0.90$), başkalarına karşı fiziksel agresyon alt boyutunda 1. maddenin ($r=0.91$) ve girişim alt boyutunun 9. maddesinden ($r=0.76$) alt boyut toplam puanının diğer maddelerine göre daha fazla etkilendiği aralarında daha güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Tablo 17:Açık Agresyon Ölçeğinin Alt Boyut Toplam Puanlarının Alt Boyut Maddeleriyle İlişkisi (N=80 Epizod)

ÖlçeğinAlt Boyutları Maddeleri	Uygulayıcı 1		Uygulayıcı 2	
	r	p	r	p
Toplam Sözel Agresyon				
Maade 1	0.22	0.045	0.22	0.045
Madde 2	0.24	0.031	0.24	0.031
Madde 3	0.32	0.003	0.32	0.003
Madde 4	0.81	0.000	0.81	0.000
Toplam Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon				
Maade 1	0.69	0.000	0.56	0.000
Madde 2	0.89	0.000	0.90	0.000
Madde 3	0.39	0.000	0.39	0.000
Madde 4	-	-	-	-
Toplam Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon				
Madde 1	0.60	0.000	0.65	0.000
Madde 2	0.95	0.000	0.90	0.000
Madde 3	-	-	-	-
Madde 4	-	-	-	-
Toplam Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon				
Maade 1	0.82	0.000	0.91	0.000
Madde 2	0.72	0.000	0.71	0.000
Madde 3	0.44	0.000	0.44	0.000
Madde 4	-	-	-	-
Toplam Müdehale (Girişim)				
Maade 1	-	-	-	-
Madde 2	0.34	0.001	0.27	0.015
Madde 3	0.28	0.009	0.23	0.035
Madde 4	0.44	0.000	0.48	0.000
Madde 5	0.35	0.001	0.54	0.000
Madde 6	0.63	0.000	0.65	0.000
Madde7	0.35	0.001	0.27	0.000
Madde 8	0.74	0.000	0.67	0.000
Madde 9	0.76	0.000	0.76	0.000
Madde 10	-	-	-	-
Madde 11	-	-	-	-

4.2.1.2.3.Yordam ya da Kestirim Geçerliği

Agresyon davranış puanı ile girişim puanı arasındaki korelasyonu değerdendirildi. Bu değerdendirmede agresyon davranışları puanı ile girişim puanları arasındaki ilişkinin kuvvetli ve pozitif olması agresyon davranış maddelerinin geçerli olduğunu gösterdiği düşünölmektedir.

Tablo 18 de açık agresyon ölçeğinin agresyon davranış puanı ile girişim puanı arasındaki ilişki incelendiğinde:

Uygulayıcı bire göre; girişim puanı ile **sözel agresyon** ($r=0.32$) puanı arasında pozitif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki ($p<0.01$), eşyalara karşı fiziksel agresyon ($r=0.40$), ve başkalarına karşı fiziksel agresyon puanları arasında pozitif yönde zayıf ve istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bir ilişki ($p<0.001$), agresyon puanı(AP) ile ($r=0.60$) ile toplam agresyon puanı (TAP) arasında ($r=0.77$) pozitif yönde güçlü ve çok ileri derecede anlamlı bir ilişki ($p<0.001$) ve kendisine karşı fiziksel agresyon ($r=0.21$) puanı arasında da pozitif yönde zayıf ve istatistiksel olarak da anlamlı olmayan bir ilişki saptanmıştır ($p>0.05$). **İkinci uygulayıcıya göre de;** girişim puanı ile **sözel agresyon** ($r=0.26$) ve kendisine karşı fiziksel agresyon ($r=0.27$) puanı arasında pozitif yönde zayıf ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ($p<0.05$), eşyalara karşı fiziksel agresyon ($r=0.43$) puanı arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı bir ilişki ($p<0.001$), ve başkalarına karşı fiziksel agresyon puanları ($r=0.34$) arasında pozitif yönde zayıf ve istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı bir ilişki ($p<0.01$), agresyon puanı (AP) ile ($r=0.60$) ile toplam agresyon puanı (TAP) arasında ($r=0.78$) pozitif yönde güçlü ve çok ileri derece anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Bu veriler her iki uygulayıcıda da davranış şiddet düzeyi arttıkça girişimin düzeyinin de arttığını girişim düzeyinin davranış düzeyinden etkilendiğini göstermektedir.

Tablo 18:Açık Agresyon Ölçeğinin Alt Boyut Puanı, Agresyon Puanı ve Toplam Agresyon Puanı ile Girişim Puanı Arasındaki İlişkisi

	GİRİŞİM			
	Uygulayıcı 1		Uygulayıcı 2	
	r	p	r	p
Sözel Agresyon	0,32	0,003**	0,26	0,016*
Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon	0,40	0,000***	0,43	0,000***
Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon	0,21	0,057	0,27	0,013*
Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon	0,37	0,001***	0,34	0,002**
Agresyon Puanı (AP)	0,60	0,000***	0,60	0,000***
Total Agresyon Puanı (TAP)	0,77	0,000***	0,78	0,000***
*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001				

5. TARTIŞMA

Bu çalışma psikiyatri hastalarının sağılığı ile ilgilenen profesyonel kişi, kurum ve kuruluşlara agresyon/ajitasyonu değerlendirmede, yönetmede kolaylık sağlayacak ve rehber olacak bir araç olarak ‘‘Açık Agresyon leğinin (The Overt Aggression Scale)’’ geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaparak kullanımlarına kazandırmak amacı ile planlanmış tanımlayıcı ve analitik nitelikte bir çalışmadır.

Araştırmadaki n çalışma örneklem grubunun özellikleri ve ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmaları literatür bilgisi doğrultusunda tartışılmıştır:

5.1. n alışma Verilerinin Tartışılması:

5.1.1. Psikiyatri Servislerinde Yatan Hastaların

Agresyon/Ajitasyon ile İlgili zelliklerinin Dağılımı

Psikiyatri hemşirelerinin psikiyatri hastalarının agresyon durumlarını değerlendirmede ve uygun girişimleri belirlemede kolaylaştırıcı bir ölçeğe gereksinimini saptamaya yönelik 730 hasta üzerinde yapılan çalışmadan elde edilen verilerde hastaların çoğunun yakınma ve psikiyatrik muayene bulguları içinde de agresyon/ajitasyon semptomlarının olduğu (%72), çoğunun agresyon epizotu geçirdiği (%74), hemşirelik tanısı ve girişimlerinde agresyona/ajitasyona yönelik kayıtlara rastlandığı (%68) ve çoğuna da bu soruna yönelik farmakolojik yaklaşımda bulunulduğu (%67), agresyon ve ajitasyona yönelik hemşirelik girişimlerinden çoğunlukla gözlem, uyarıların azaltılması ve hekim istemine uygun acil tedavinin uygulanması şeklinde olduğu (%62.3) tespit edilmiştir. Bu veriler doğrultusunda psikiyatri hastalarına genellikle agresyonun ileri düzeylerinde girişimlerde bulunulduğu, agresyon durumlarını önceden belirlemeyi sağlayacak takiplerin yapılmadığı, buna bağlı olarak önleyici girişimlerin belirlenmediği,

sağlıklı kayıtların tutulmadığı ve belirlemeyi ve değerlendirmeyi kolaylaştırıcı araçların olmadığı görülmektedir (Tablo1, 2). Bu sonuçlar doğurultusunda:

-Hastaların sağlık durumlarına ve tedavilerine yönelik objektif değerlendirmelerin, gözlemlerin yapılmasında ve kayıtların tutulmasında, bütün sağlık profesyonellerinin kullanacağı standart araçlara ihtiyaç vardır. Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ) sadece hemşirelerin değil bütün sağlık profesyonellerinin kolaylıkla kullanabileceği, kısa ve doldurulması kolay, hastanın ileriye dönük agresyon davranışlarını belirlemede ve önleyici girişimleri planlamada

-Hastanın düzenli gözlenmesini sağlamada, bakımın kalitesinin yükseltilmesinde, verilerin sağlık ekibi içinde objektif aktarılmasında ve retrospektif çalışmalara temel oluşturulmasında güvenilir bir ölçek olduğu düşünülmektedir.

5.2. Ölçeğin Geçerlik-Güvenirlik Test Aşamalarının Tartışılması:

5.2.1. Ölçeğin Dil Eşdeğerliği Aşaması:

The Overt Aggression Scale'in dil eşdeğerliği; bir psikiyatrist ve iki hemşire akademisyenin orijinal ölçeği Türkçe'ye çevirmesi aşaması, her iki dili iyi bilen akademisyen bir psikiyatrist tarafından orijinal ölçeğin üç Türkçe çevirisinden en uygun olan Türkçe formu oluşturması aşaması, oluşturulan en uygun Türkçe formun bir dil bilimci tarafından İngilizceye çevrilmesi aşaması, Türkçeden çevirilen İngilizce formun bir dil bilimci tarafından Türkçeye çevrilmesi, İngilizce çeviri formun Türkçe çevirisi ile en uygun Türkçe formun karşılaştırması aşaması, psikiyatri hemşireleri tarafından ölçeğin anlaşılabilirliği ve görünümünü değerlendirme aşaması (Tablo3, 4) ve gerekli düzeltmelerin yapılarak uygulamaya hazır hale getirilmesi aşaması olmak üzere yedi aşamada sağlanmıştır. Bu aşamalarda dil eşdeğerliği ve görünüm geçerliği sağlanan ölçeğin ismi 'Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ)' şeklinde düzenlenmiş olup A. H. Hariri'nin "Liseli öğrencilerin saldırgan davranışlar ile şiddet potansiyelinin araştırılması" adlı uzmanlık

tezinde AAÖ'nün girişim alt boyutunu içermeyen ikinci versiyonundaki ölçeğin ismi (Açık Saldırganlık Ölçeği), agresyon davranış alt boyut isimleri (sözel saldırganlık, nesnelere yönelik fizik saldırganlık, eşyalara yönelik fizik saldırganlık, kendine yönelik fizik saldırganlık, başkalarına yönelik fizik saldırganlık) ve agresyon davranışı alt boyut maddeleri (**Sözel saldırganlık**; *Bağırma yüksek sesler çıkarma, *Hafif hakaret şeklinde bağırma, *Küfretme, kızgın ve kaba konuşma, başkalarını hafifçe tehdit etme, *Kendine ve diğerlerine açıkça tehditler savurma ya da kendini kontrol için yardım isteme, **Nesnelere yönelik fizik saldırganlık**; *Kapıları çarpma, elbiseleri dağıtma, ortalığı karıştırma, *Nesneleri yere atma , mobilyaları tekmeleme, duvarı çizme * Nesneleri kırma, camları parçalama, *Ateş yakma nesneleri tehlikeli bir şekilde fırlatma, **Kendine yönelik fizik saldırganlık**; *Deriyi çekme, çizme, kendine vurma, saç çekme –kendine fazla zarar vermeden-, *Kafasını vurma , yumruk atma, kendini yere veya eşyaya doğru atma -ciddi sakatlık olmadan-, *Küçük kesiler veya morluklar, yanıklar, *Kendini sakatlama, derin kesiler yapma, kanatacak şekilde ısırma , iç organlarını yaralama, kırık, bilinç kaybı, **Diğer kişilere yönelik fizik saldırganlık**; *Tehdit edici tavırlar, insanlara yumruk savurma, elbiselerini çekiştirme, *Vurma, tekmeleme, itme, saç çekme –zarar vermeden-, *Hafif-orta fiziksel zarar verecek şekilde saldırma-morluklar, incinmeler-,*Ciddi zarar verecek şekilde saldırma –kırık kemikler, derin yırtıklar, iç organ yaralanmaları-) ifadeleri ile benzer nitelikte olup ölçeğin dil eşdeğerliği aşamasını desteklemektedir (36). Ayrıca İ. Kırkpınar ve arkadaşlarının yaptığı 'Yatan psikiyatri hastalarında saldırganlık: Erzurum'da psikiyatri kliniklerinde görülen saldırgan davranışlar üzerine bir çalışma' adlı bir çalışmada sadece AAÖ'nün agresyon davranış alt boyutları kullanılmış olup ölçeğin ismi 'Gözlenebilir saldırganlık ölçeği' agresyon davranış alt boyut isimleri de sözel saldırı ve eşyalara, başkalarına, kendine fiziksel saldırı şeklinde ' düzenlenmiştir ve çalışmaya benzer nitelikte olup desteklemektedir (45).

5.2.2. Ölçeğin Geçerlik- Güvenirliğinin Yapıldığı Örneklem Grubunun Özellikleri

Ölçeğin geçerlik ve güvenirliğinin yapıldığı örneklemdeki hastaların çoğu ; 60 yaş üzerinde (%33), kadın (%52), bir mesleği olmayan (%67), bir işte çalışmayan (%85), ekonomik durumu orta düzeyde olan (%92), hastaneye ailesi tarafından zorla getirilen (%59), manik epizod tanısı konan hastalar (%27) oluşturmaktadır (Tablo 5, 6, 7, 8).

Literatür bilgilerinde; yaşla ilgili çalışmalarda agresyonun en çok 18-29 yaş arasındaki popülasyonda %7.34 olduğu 45 yaşın üzerindeki popülasyonda ise %2.22 olduğu gösterilmektedir (83). Bu çalışmada 60 yaş üzerindeki hastalarda daha fazla görülmesi normal popülasyonun dışında bir mental durum bozukluğunun olmasına ve bakımını karşılamada kısmen bağımlı olmasına bağlanabilir.

Normal popülasyonda erkeklerde kadınlara göre on kat daha fazla görüldüğü, mental bozukluğu olan kadınlarda ise,erkeklere oranla çok az oranda yüksek olduğu, aralarında belirgin bir fark olmadığı literatür bilgilerinde belirtilmektedir (83). Merow ve Wistedt (1990) 1987-1988 yıllarında yatarak tedavi gören hastalardan en çok kadınların (%71) saldırganlık gösterdiğini bulmuşlardır (45). Bu sonuçlar çalışmanın bulgusunu destekler niteliktedir.

Yapılan çalışmalarda ekonomik düzeyi düşük olan hastaların üç kat daha fazla agresyon gösterdiği belirtilmiştir (83). Bu sonuç çalışma kapsamındaki hastaların ekonomik durumunun orta olduğu belirtilmesine rağmen çoğunun çalışmaması ve mesleğinin olmaması agresyonu etkileyen faktörlerden sayılabilir. Bu sonuç hastaların uzun süredir hasta olmalarına, çoğunun yaşlı olmasına bağlanabilir.

Psikiyatri hastalarının akut safhasında agresyon şizofren ve manik hastalarda daha fazla görüldüğü belirtilirken ; Kırkpınar ve arkadaşlarının yaptı çalışmada manik hastaların 'Saldırganlık olgusu' ortalamasının diğer tanıli hastalara göre daha yüksek

olduğunu belirtmektedir. Craig de (1982) yatışları sırasında en çok agresyonu gösteren hastaların bayan manik hastalar olduğunu (%76.9), Yesevage (1984) de en önemli yordayıcı etkenin hastanın manik olması şeklinde belirtmiştir (45). Bu sonuçlar çalışmayı destekler niteliktedir.

Akut safhadaki hastaların iç görü yoksunluğu içinde olması hasta ailelerinin onları zorla hastaneye getirmelerine neden olmaktadır. Zorla getirilmeye tepki olarak agresyon düzeyi daha da artmaktadır. Bu bilgiler çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Çalışmada hastaların agresyon epizod sayısı 1 ile 11 arasında değiştiği 2 agresyon epizodu olan hastaların sayısının fazla olduğu (%52), agresyon epizodlarının direkt profesyonel gözleminin kaydından (%40) elde edildiği, 08 –16 vardiyasında (%54), oturma salonunda (%71), vizit zamanı (%29), akşam vakti (%38), saat 08 ile 12 arasında meydana geldiği (% 54), 10dk ve ya 15 dk sürdüğü (%34) tespit edilmiştir. Bu veriler; klinik ortamlarda sabahdan öğlene kadar olan süreçte tedavi ve bakım, kalabalık sağlık ekibi vizitleri, muayeneler, hasta görüşmeleri gibi uygulamaların, ortamdaki birey sayısının fazla olması ve sağlık elemanlarının farklı tutumlarının, agresyon potansiyeli olan hastalar için tetikleyici olduğunu belirten literatür bilgisi ile desteklenebilir (1, 43). Ayrıca örneklem grubunun bu özelliklerinin açık agresyon ölçeğinin yapı geçerliliğini desteklediği söylenebilir.

Bu veriler doğrultusunda psikiyatri hastaları ile çalışan sağlık elemanlarının hastalarda agresyon potansiyelini arttıran etkenler arasında yaş, hastalık tanısı, cinsiyet, ekonomik durum, işinin olmaması, hastaneye zorla getirilme, daha önceki hastalık durumu ve yatış süresi, önceki agresyon epizodu, hastalık hikayesi gibi etkenleri ve klinik ortamın fiziksel özellikleri, rutin uygulamalar, sağlık elemanlarının tutumları, ortamdaki kalabalık ve gürültü gibi agresyonu tetikleyen etkenleri dikkate alarak hastanın gözlenmesinde ve objektif değerlendirmesinde kullanılacak olan araçları bu doğrultuda oluşturması ve seçmesi gerektiği söylenebilir. Açık agresyon ölçeğine ek olarak geliştirilen anket formlarının bu ihtiyacı en iyi şekilde karşılayacağı düşünülmektedir.

5.2.3Uygulayıcılararası Güvenirlik

Tablo 9 da Açık agresyon ölçeği (AAÖ) ile aynı hasta/aynı agresyon epizodunun birbirinden bağımsız iki uygulayıcı tarafından değerlendirilmesinde ölçek alt boyutlarında benzer maddeler işaretlenmiştir. Her iki uygulamacı tarafından epizod değerlendirmesi sonucu, açık agresyon ölçeğinde işaretlenen madde dağılımları arasında istatistiksel olarak ileri derecede uyum ilişkisi olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Uygulayıcıların ölçekte değerlendirme kapsamına alınan 25 maddeden sadece 20'sini en az bir kere işaretledikleri belirlenirken, orijinal ölçek çalışmasında ise 21 maddenin en az bir kere işaretlendiği belirtilmiştir. Açık agresyon ölçeğinin 20 maddesinden 14 maddenin korelasyon katsayısının 0.75'den büyük, 3 maddesinin korelasyon katsayısının 0.50 ile 0.75 arasında ve 3 maddesinin de korelasyon katsayısının 0.50 den düşük olduğu, genel olarak da ölçeğin 15 maddesinin korelasyon katsayısının 0.70 den büyük olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ölçeğin orijinal çalışmasında; 21 maddesinden 11 maddesinin korelasyon katsayısının 0.75'den büyük, 9 maddesinin korelasyon katsayısının 0.50 ile 0.75 arasında ve 1 maddesinin de korelasyon katsayısının 0.50 den düşük olduğu genel olarak da ölçeğin 15 maddesinin korelasyon katsayısının 0.70 den büyük olduğu belirtilmiştir (106). Her iki ölçek çalışmasında da birbirini destekler sonuçlar bulunmuştur.

Tablo 10 da Açık agresyon ölçeğinin (AAÖ) davranış ve girişim düzeylerinin uygulayıcılara göre dağılımları arasında uyum olduğu uyum ilişkisinin de istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Ayrıca her iki uygulayıcıda da eşyalara ve başkalarına karşı fiziksel saldırganlığın şiddet düzeyinin 4.maddesine ait ('ağır') düzeyine, kendisine karşı fiziksel agresyonun da 3 ve 4. madde ait (ağır ve şiddetli) düzeyine yükselmediği görülmektedir. Bu veriler doğrultusunda aynı agresyon epizodunun düzeyinin açık agresyon ölçeği ile değerlendirilmesinde uygulayıcılar değişse de uygulayıcılara göre tespit edilen düzeylerin birbirine yakın ve uyumlu olduğu, agresif davranışları değerlendirme, sayısını belirleme kapasitesine sahip olduğu ve ölçeğin düzey ölçmede uygulayıcılar arasında güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

Tablo 11'deki veriler doğrultusunda uygulayıcılara göre agresyon ölçeğinin **toplam agresyon puanı (TAP), agresyon puanı (AP) ve alt boyutlarının** puan ortalamalarının karşılaştırmasında uygulayıcılar arasında anlamlı fark olmadığı ($p>0.05$) bulunmuş olup ölçeğin, uygulayıcılara göre değişmezliği ve güvenilirliği tespit edilmiştir.

Tablo 12' deki veriler doğrultusunda açık agresyon ölçeğinin toplam agresyon puanı (TAP), agresyon puanı (AP) ve altboyutlarının uygulayıcılar arasındaki ilişkisinin pozitif yönde güçlü ve ileri derecede de anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Ölçeğin alt boyut korelasyon katsayıları 0.86 ile 1.00 arasında değişmekte olup ölçeğin uygulayıcılar arasındaki güvenilirlik korelasyon katsayısı 0.97 olup oldukça güvenilir bulunmuştur. Bu verileri orijinal ölçek çalışmasındaki; alt boyutların uygulayıcılar arasındaki ilişkisinin 0.50'den 1'e kadar değişmesi uygulayıcılar arasında 0.87 lik bir güvenilirliğe sahip olması bu çalışmanın bulgularını desteklemektedir. Ayrıca orijinal ölçeğin çalışmasında, Greedmoor Psikiyatri Merkezi'ndeki yetişkin hastalarda; uygulayıcılar arasındaki güvenilirlik; sözel agresyonda 0.82, eşyalara karşı fiziksel agresyonda 0.82, kendisine karşı fiziksel agresyonda 0.77, başkalarına karşı fiziksel agresyonda 0.89, girişim 0.92 olarak, Middletown Psikiyatri kliniğinde yetişkinlerdeki çalışmada; sözel agresyonda 0.97, eşyalara karşı fiziksel agresyonda 1.00, kendisine karşı fiziksel agresyonda 0.80, başkalarına karşı fiziksel agresyonda 0.72 olarak, New York Psikiyatri Enstitüsünde çocuklarla yapılan çalışmada; sözel agresyonda 0.50, eşyalara karşı fiziksel agresyonda 1.00, kendisine karşı fiziksel agresyonda 1.00, başkalarına karşı fiziksel agresyonda 0.81 olarak bulunan sonuçlarla da benzerlik göstermektedir (106). Paul Sorgi ve arkadaşları tarafından açık agresyon ölçeği ile yapılan bir çalışmada 206 değerlendirmede uygulayıcılar arası güvenilirliği 0.96 bulması çalışmayı desteklemektedir (85). Bu sonuçlar doğrultusunda bu ölçeğin; agresyonun toplam şiddetini ve agresyonun spesifik tiplerini belirlemede güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 13'deki veriler doğrultusunda kayıt tipine göre ölçeğin alt boyut, toplam agresyon (TAP) ve agresyon puanlarının (AP); doğrudan gözleme göre kayıtda, profesyonelin gözleminin anlatımına göre kayıtda günlük hemşire notlarına göre kayıtda uygulayıcılar arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

Bu sonuçlar hangi veri toplama kaynağı olursa olsun ölçeğin değerlendirmede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Tablo 14'deki veriler doğrultusunda kayıt tipine göre uygulayıcılar arasında ölçeğin alt boyut, toplam agresyon puanı (TAP) ve agresyon puanı (AP) puan ortalamalarının karşılaştırılmasında; uygulayıcıların kayıt tipleri arasında sözel agresyonun, eşyalara karşı fiziksel agresyonun, başkalarına karşı fiziksel agresyonun puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmadığı ($p>0.05$) görülürken kendisine karşı fiziksel agresyon puan ortalamasının doğrudan gözleme göre kayıt tipinde ise istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim alt boyut puan ortalamasının da günlük hemşire notlarına göre (birinci uygulayıcıda), doğrudan gözlem kaydına göre (ikinci uygulayıcıda) istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca her iki uygulayıcıda da agresyon puanı ve toplam agresyon puanının kayıt tipleri arasında farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$). Bu sonuçlar doğrultusunda doğrudan gözlemin agresyonun şiddetini belirlemede her iki uygulayıcıda da etkili olduğu söylenebilir. Girişim alt boyut puanlarının uygulayıcılarda kayıtlar arasındaki farklılığı araştırmanın yapıldığı klinikte agresyon yönetimi ve girişim protokolünün olmamasına bağlanabilir.

Agresyon riskinin değerlendirilebilmesi; hastalarla kurulan iletişime ve iyi tutulan kayıtlara bağlıdır. Böylece saldırgan davranışlar önceden tahmin edilebilir ve kontrol altına alınabilir (106) Tablo13 ve 14 deki veriler ışığında Açık Agresyon Ölçeğinin agresyonun önceden tahmin edilmesinde sağlık profesyonellerinin kolay anlayabileceği uygulanması kolay, kısa sürede doldurulabilen iyi bir kayıt aracı olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 9, 10, 11, 12, 13 ve 14 'den elde edilen sonuçlar doğrultusunda Açık Agresyon Ölçeği'nin puanlarının uygulayıcılara göre değişmediği ve uygulayıcılar arasında güvenilir olduğu tespit edilmiş olup araştırmaya temel oluşturan "Hastaların aynı agresyon epizotunda uygulayıcılar arasında agresyon davranış ve girişim düzeyi puanları arasında fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir" hipotez'i doğrulanmış ve ölçeğin uygulayıcılar arası güvenilirliği kabul edilmiştir.

5.2.4. İç Tutarlılık

Tablo 15 ve 16’ daki veriler doğrultusunda iki uygulayıcıda da ölçeğin **alt boyutları ile ölçeğin toplam puanları arasında** pozitif yönde güçlü ve istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Kendisine karşı fiziksel agresyon da ise pozitif yönde zayıf olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Ölçeğin **Cronbach’s Alfa Katsayısının** $0.60 \leq \alpha \leq 0.80$ arasında oldukça güvenilir olduğu (92), madde bırakma yöntemi ile güvenilirlik katsayısının düşmesine rağmen bu aralıkta güvenilirliğini sürdürdüğü belirlenmiştir. Girişim maddelerinin bırakılması ile ölçeğin güvenilirlik katsayısının düştüğü ve $0.40 \leq \alpha < 0.60$ arasında düşük güvenilirliğe sahip olduğu görülmektedir (92). Bu sonuç doğrultusunda ölçeğin oldukça güvenilir bir iç tutarlılığa sahip olduğu ve girişim maddelerinin güvenilirliğini daha çok etkilediği söylenebilir. Ölçeğin orijinal çalışmasında sadece uygulayıcılar arası güvenilirlik katsayı kullanılmıştır. Ölçeğin modifiye şekli ile yapılan bir çalışmada Cronbach Alfa 0.75 bulunmuştur (85). Türkiye’de Hariri’nin ölçeğin ikinci versiyonu ile yaptığı çalışmada da Alfa Güvenirlik Katsayısı 0.60 olarak belirtilmiştir (36).

Tablo 17 deki veriler doğrultusunda Açık Agresyon Ölçeği’nin alt boyut toplam puanlarının alt boyut maddeleriyle ilişkisinde; her bir alt boyut toplamlarının kendi boyut madde puanları ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde zayıftan ($r=0.22$) güçlüye ($r=0.95$) doğru değiştiği ve ilişkilerinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda ölçeğin her bir maddesinin kendi alt boyutu içinde iç tutarlılığı sahip olduğu araştırmaya temel oluşturan “Çeviri ölçeğin maddeleri tutarlı ve aynı özelliği öğelerini yordayan maddelerdir” hipotez² kabul edilmiştir.

5.2.5.Yordam ya da Kestirim Geçerliği

Tablo 18’de açık agresyon ölçeğinin agresyon davranış puanı ile girişim puanı arasındaki ilişkisinde her iki uygulamacıda da; davranış puanları ile girişim puanı

arasındaki ilişki 0.21 den 0.43 kadar değişmekte olup anlamlı ilişki göstermektedir. Ayrıca agresyon puanı (AP) ve toplam agresyon puanı ile girişim puanı arasında da pozitif yönde güçlü ve çok ileri derecede anlamlı bir ilişki ($p < 0.001$) bulunmaktadır. Bu veriler her iki uygulayıcıda da davranış şiddet düzeyi arttıkça girişimin düzeyinin de arttığını ve girişim düzeyinin davranış düzeyinden etkilendiğini göstermektedir. Orijinal ölçeğin çalışmasında davranışlarla girişim arasındaki ilişki -0.7 ile 1.0 arasında değişmektedir (106). Elde edilen bu sonuçlar doğrultusunda çalışmaya temel oluşturan “ Çeviri ölçeğin davranış bölümü ile girişim bölümü puanları arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu” hipotezi³ kabul edilmiştir. Ölçeğin yordam ve kestirim geçerliği vardır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Açık agresyon ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması 27 hastanın, hastaneye kabulünün ilk haftalarında tespit edilen epizodları (80) üzerinde yapılmış olup çalışma ile ilgili sonuçlar ve öneriler aşağıda verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

6.1.1. Ön Çalışma Aşaması Sonuçları

Retrospektif olarak yapılan ön çalışmada; psikiyari hastalarına genellikle agresyonun ileri düzeylerinde girişimlerde bulunulduğu, agresyon durumlarını önceden belirlemeyi sağlayacak takiplerin yapılmadığı, buna bağlı olarak önleyici girişimlerin belirlenmediği, sağlıklı kayıtların tutulmadığı, belirlemeyi ve değerlendirmeyi kolaylaştırıcı araçların olmadığı ve bu özelliği taşıyan araçlara ihtiyaç olduğu saptanmıştır.

6.1.2. Ölçeğin Geçerlik-Güvenirlik Test Aşaması Sonuçları:

6.1.2.1. Ölçeğin Dil Eşdeğerliği Aşaması Sonuçları

Uzmanlar tarafından İngilizce'den Türkçe'ye uyarlaması yapılan ve klinik ortamdaki hemşire uygulayıcılar tarafından dil anlaşılabilirliği ve görünüm geçerliği uygun bulunan ölçeğin Türkiye'deki psikiyatri kliniklerinde hastaların agresyon takiplerinde kullanılmak üzere dil eşdeğerliği sağlanmıştır.

6.1.2.2. Ölçeğin Geçerlik- Güvenirliğinin Yapıldığı Örneklem Grubunun Özellikleri

Örnekleme oluşturan ve agresyon epizodları gözlenen hastaların çoğu; 60 yaş üzerinde, bekar, kadın, üniversite mezunu, çocuğu ve mesleği olmadığı, bir işte çalışmadığı, ekonomik durumu orta, emekli sandığına bağlı, hastaneye ailesi tarafından zorla getirildiği, manik epizot tanılı, hastalığın süresinin 7 yıldan fazla olduğu, psikiyatri, kliniğine ilkez yattığı, risk davranışları içerisinde agresyon davranışının daha fazla olduğu refakatçisi olmadığı, ençok iki agresyon epizodu geçirdiği; agresyon epizotlarının 08-16 da, oturma salonunda ve vizit sırasında oluştuğu saptanmıştır.

6.1.2.3.Uygulayıcılararası Güvenirlik

- Her iki uygulamacı tarafından epizod değerlendirmesi sonucu, açık agresyon ölçeğinde işaretlenen **madde dağılımları** arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı ($p>0.05$) ve alt boyut maddelerinin çoğunun (17 madde) uygulayıcılar arasındaki ilişkisinin de istatistiksel açıdan ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

- Açık agresyon ölçeğinin (AAÖ) **davranış ve girişim düzeylerinin** uygulayıcılara göre dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

- Uygulayıcılara göre agresyon ölçeğinin **toplam agresyon puanı (TAP), agresyon puanı (AP) ve alt boyutlarının** puan ortalamalarının karşılaştırmasında uygulayıcılar arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

- Açık agresyon ölçeğinin toplam agresyon puanı (TAP), agresyon puanı (AP) ve altboyutlarının uygulayıcılararasındaki ilişkisinin pozitif yönde güçlü ve ileri derecede de anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).

- Kayıt tipine göre ölçeğin alt boyut, toplam agresyon (TAP) ve agresyon puanlarının (AP); direkt gözleme göre kayıtda, profesyonelin gözleminin anlatımına göre kayıtda günlük hemşire notlarına göre kayıtda uygulayıcılar arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.001$).

- Uygulayıcıların kayıt tipleri arasında sözel agresyonun, eşyalara karşı fiziksel agresyonun, başkalarına karşı fiziksel agresyonun puan ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı farklılık oluşturmadığı ($p>0.05$) kendisine karşı fiziksel agresyon puan ortalamasının doğrudan gözleme göre kayıt tipinde ise istatistiksel olarak farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$). Girişim alt boyut puan ortalamasının da günlük hemşire notlarına göre birinci uygulamacıda, doğrudan gözlem kaydına göre de ikinci uygulamacıda istatistiksel olarak anlamlı farklılık oluşturduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Her iki uygulamacıda da agresyon puanının ve toplam agresyon puanının kayıt tipleri arasında farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda açık agresyon ölçeğinin puanlarının uygulayıcılara göre değişmediği, uygulayıcılar arasında uyumlu ve güvenilir olduğu tespit edilmiştir.

6.1.2.4. İç Tutarlılık

-Ölçeğin alt boyutları ile ölçeğin toplam puanları arasında her iki uygulamacıda da pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur ($p<0.001$, $p<0.05$).

-Ölçeğin Cronbach's Alfa Katsayısının (her iki uygulamacıda $0.60\leq\alpha\leq 0.80$ arasında) oldukça güvenilir ve 0.76 olduğu, madde bırakma yöntemi ile güvenilirlik katsayısının düşmesine rağmen bu aralıkta güvenilirliğini sürdürdüğü belirlenmiştir. Girişim maddelerinin ölçeğin güvenilirliğini daha çok etkilediği tespit edilmiştir.

- Açık agresyon ölçeğinin her bir alt boyut toplamalarının kendi boyut madde puanları ile ilişkili ve istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde, zayıftan ($r=0.22$) güçlüye ($r=0.95$) doğru ilişkisinin değiştiği saptanmıştır.

Bu sonuçlar doğrultusunda ölçeğin alt boyutlarının ve alt boyut maddelerinin kendi içinde iç tutarlılığının ve homojenliğinin olduğu belirlenmiştir.

6.1.2.5. Yordam ya da Kestirim Geçerliği

Açık agresyon ölçeğinin agresyon davranış puanı ile girişim puanı arasındaki ilişkisinde her iki uygulayıcıda da anlamlı ilişkiler göstermekte olduğu ve şiddet düzeyi arttıkça girişimlerin düzeyinin de arttığı belirlenmiştir.

Bu veriler doğrultusunda **Türk Psikiyatrik hasta grubunun agresyonlarını değerlendirmede uygulanması pratik olan Açık Agresyon Ölçeği'nin (AAÖ) geçerli ve güvenilir olduğu sonucu çıkarılmaktadır.**



6.2. Öneriler

***Açık Agresyon Ölçeği'nin kullanım güvenirliğini destekleyecek ve uygulamasını kolaylaştıracak:**

- Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenirliği yapılan 'Açık Agresyon Ölçeğinin farklı psikiyatrik kurumlarda kullanılması
- Açık Agresyon Ölçeğiyle hastaların agresyon epizotlarının yatışından taburcu olana kadar izlenmesi
- Ölçeğin güvenirliğinin daha geniş örneklem grubunda sınanması
- Psikiyatri kliniklerinde hastanın bakım ve tedavisi ile ilgilenen bütün sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapılarak ölçeğin ekip içinde kullanımının sağlanması
- Hastanın agresyon epizotunu değerlendirmeyi sağlayacak başka bir ölçekle desteklenerek ölçüt geçerliliğinin değerlendirilmesi
- Ölçeğin kullanımı ile ilgili sağlık elemanlarının eğitilmesi, denetlenmesi ve geri bildirim alınması
- Agresyonla ilgili çalışmalarda ölçüt aracı olarak kullanımının sağlanması
- Düzenli takibi sağlayacak kayıt sistemlerinin oluşturulması
- Ölçeğin; saldırgan hastaya yönelik girişimleri hastaneler ve sağlık personelleri arasında farklılıklar gösterebileceğinden kurumlarda agresyonun önlenmesine ve değerlendirilmesine yönelik standartların ve politikaların oluşturulması gibi

uygulamalar önerilmektedir.

*** Hastalara sunulan sağlık hizmetinin etkinliğini arttırmada:**

- Hastaların agresyon davranışlarının takibinde; önceden belirlenmesinde, sayısının ve şiddetinin değerlendirilmesinde
- şiddete uygun girişimlerin belirlenmesinde
- Farklı girişim ve agresyon tanımlarının önlenmesinde
- Klinikte agresyon takibinde ve yaklaşımında bir standart oluşturmada
- Retrospektif çalışmalara temel veri oluşturmada
- Agresyonun önceden belirlenmesi ile sağlık elemanlarının kendisini ve diğer hastaların güvenliğini sağlamada
- Tedavinin etkinliğini ölçmede **uygun bir değerlendirme aracı olarak kullanılabileceği düşünölmektedir.**

7. ÖZET

Açık Agresyon Ölçeği'nin (The Overt Aggression Scale) Türk Psikiyatrik Hasta Grubunda Geçerlik-Güvenirlik Çalışması

Amaç: Psikiyatri hastalarının sağlığı ile ilgilenen profesyonel kişi, kurum ve kuruluşlara agresyon /ajitasyon değerlendirmede, yönetmede kolaylık sağlayacak ve rehber olacak bir araç olarak 'Açık Agresyon Ölçeği'nin (The Overt Aggression Scale) geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını kullanarak kullanımlarına kazandırmak amacı ile planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu araştırma geçerlik ve güvenilirlik çalışması olup tanımlayıcı ve analitik bir çalışmadır.

Araştırmanın örneklemini İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilimdalında yatan 80 epizodu olan 27 hasta oluşturmaktadır.

Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından hazırlanmış bir ön görüşme formu ve SC Yudofsky tarafından geliştirilen The Overt Aggression Scale Kullanılmıştır.

Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde istatistiksel olarak; yüzdelik dağılım, ortalama, sınıf içi koerelasyon, Pearson Korelasyonu, Wilcoxon, eşleştirilmiş t testi, Güvenirlik analizi (Cronbach Alfa), tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Bulgular ve Tartışma:

*The overt Aggression Scale 7 aşamada İngilizce'den Türkçeye çevrilerek Türkçe form ve İngilizce form arasında eşdeğerlik sağlandı.

*Dil eşdeğerliği sağlanan ölçeğin uygulandığı hastaların çoğunun 60 yaş üzerinde (%33), kadın (%52), bir işte çalışmayan (%85), manik epizod tanısı konan (%27), iki agresyon epizodu olan (%52) hastalar oluşturmaktadır. Hastaların agresyon epizodlarının 08-16 vardiyasında (%54), oturma salonunda (%71), vizit zamanı (%29) meydana geldiği tespit edilmiştir.

*Açık agresyon ölçeğinin puanlarının uygulayıcılar arasında değişmediği ve uygulayıcılar arasındaki ilişkisinin güvenilir olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$).

* Ölçeğin her bir maddesinin kendi alt boyutu içinde iç tutarlılığının olduğu ve ölçeğin cronbach alfa katsayısının da her iki uygulayıcıda 0.76 olduğu belirlenmiştir.

*Çeviri ölçeğin davranış bölümü ile girişim puanları arasında pozitif ve anlamlı ilişkiler olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.001$).

Sonuç: Türk Psikiyatrik hasta grubunun agresyonlarını değerlendirmede uygulanması pratik olan Açık Agresyon Ölçeğinin (AAÖ) geçerli ve güvenilir olduğu saptanmıştır.

8. SUMMARY

Validity and Reliability of The Overt Aggression Scale for Turkish Psychiatric Patients

Purpose: The purpose of this study is to provide the validity and reliability of The Overt Aggression Scale as a tool that the health professionals in the psychiatric clinics or mental health centers can use easily in the management of aggression.

Material and Method: The study was designed as a descriptive and analytic research. The samples of this study consisted of 27 adult patients who had 80 aggression episodes and hospitalized in the psychiatric clinic of Cerrahpasa Medical Hospital of Istanbul University.

The tools used for data collection; a pre-interview form and The Overt Aggression Scale developed by SC Yudofsky were used.

The data of this research were evaluated statistically on the computer using percentage, mean, one way variance analysis (ANOVA), Pearson Correlation, Intraclass Correlation, Reliability Analysis (Cronbach Alpha), paired samples test (t test), wilcoxon test.

Findings and Discussion:

*The Overt Aggression Scale was translated from English to Turkish in 7 phase.

*Characteristics of patients whose aggression episodes were assessed were above age 60 (%33), female (%52), unemployed (%85), with manic episodes of patients existed in 08-16 shift (%54), in sitting room (571) and on staff's visit time (%29).

*It was determined that The Overt Aggression scores were no different statistically between two raters and interrater relationship was reliability ($p<0.001$).

*Each item of scale in its subscale had consistency and internal consistency of scale by Cronbach alpha coefficient was sufficient (0.76) in both raters.

*In translated Turkish Scale the relationship between sum of the weighted scores of aggressive behaviours and interventions was positive and had a high correlation ($p<0.05$, $p<0.01$, $p<0.001$)

Result: Reliability validity, and practicability of the Overt Aggression Scale were satisfactorily and sufficiently demonstrated in this study.

9- KAYNAKLAR

1. Alexander DI. Agression (Mild, moderate, severe, extreme/violence): Farland GKM, Thomas MD (eds). Psychiatric Mental Health Nursing Application of The Nursing Process. JB Lippincott Company, USA, 1991; 127-132.
2. Anderson LN, Minarik PA, Dilworth JM, Jones J, Nash PK, O'Donnel KL, Steinmiller EA. Responding to "Difficult" patients. Manipulation, sexual provocation, aggression-how can you manage such behaviors? **AJN** 1999; 99 (12) : 31-33.
3. Arkanoc S. Psikoloji Zihinsel Süreçler Bilimi, Alfa , İstanbul, 1992: 265-267.
4. Arnold E. Communicating with clients in crisis. Inter Personal Relationships. Third Ed, E Arnold, KU Bogs (Ed), WB Saunders Company, USA, 1999: 489-493.
5. Aşti N. Demans (BUNAMA) ve Başaçıkma Yolları El Kitabı, Özen Dizgi, İstanbul, 1997; 55-56.
6. Aşti N. Alzheimerli hastada ajitasyon ile başa çıkma yolları. Alzheimer Haber 1998; 1 (1): 5-6.
7. Atan Y. Lise öğrencilerine yönelik fiziksel şiddetin değerlendirilmesi: Bir pilot çalışma, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2002.
8. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler, Medico Graphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara, 2000; 43-44.
9. Azpiroz A, Garmendia L, Fano E, Martin JRS. Relations between aggressive behavior, immune activity, and disease susceptibility. **Aggression and Violent Behavior** 2002.
10. Balcıoğlu İ. Şiddetin doğal ve toplumsal kaynakları: Balcıoğlu İ (Ed). Biyolojik, Sosyolojik Açıdan Şiddet. 1. Bas. Sökmen Matbaacılık, İstanbul 2000: 51-59
11. Baran RA. Essentials of Psychology. A Simon & Scxhuster Company, USA, 1995: 347-350.
12. Barlow K, Grenyer B, Lavallo IO. Prevalence and precipitanats of aggression in psychiatric inpatient units. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry** 2000; 34 (6): 967-974.

13. Barratt ES. Measuring and predicting aggression within the context of a personality Theory. **Journal of Neuropsychiatry** 1991; 3 (2): 535-539.
14. Beauford JE, Mcniel DE, Binder RL. Utility of initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patient's risk of violence. **Am J Psychiatry** 1997; 154 (9): 1272-1276.
15. Bilgin H. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin kişilerarası ilişki tarzları ile hasta/hasta yakınlarından kaynaklanan saldırılara karşı tutumları, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2002.
16. Bowie CR, Moriarty PJ, Harvey PD, Parnella M, White L, Davis KL. Aggression in elderly schizophrenia patients: A comparison of nursing home and state hospital residents. **The journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences** 2001; 13: 357-366.
17. Brenner C. Psikanalizde Temel Kavramlar. Çeviri: Işık Savaşır, Yusuf Savaşır. Mediko Graphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri, Ankara, 1998: 19-36.
18. Cadoret RJ, Leve LD, Devor E. Genetics of aggressive and violent behavior. **The Psychiatric Clinics of North America** 1997; 2:301.
19. Carpenito L J. Handbook of Nursing Diagnosis. Çeviri: Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 7. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri Ltd. Şti., İstanbul, 1997.
20. Carson VB, Arnold EN. The journey marked by violence. Mental Health Nursing. Saunders Company, USA, 1996: 1040-1050.
21. Chalasani L, Kant R, Roy Kn. Clozapine impact on clinical outcomes and aggression in severely ill adolescents with childhood-onset schizophrenia. **Canadian Journal of Psychiatry** 2001; 46 (10):965-969
22. Citrome LL. Aggression and psychiatric disorders: differential diagnosis and treatment approaches. **Emedicine Journal** 2001; 2 (3): 1-17.
23. Conner KR, Duberstein PR, Conwell Y, Caine ED. Reactive aggression and suicide. **Aggression and Violent Behavior** 2000.
24. Cüceloğlu D. İnsan ve Davranışları (Psikolojinin Temel Kavramları). 6. Baskı, Remzi Kitabevi, İstanbul, 1996; 312-317.

25. Davidson HE. Pharmacologic management of aggression in elderly patients with dementia. **Consult Pharm** 1998; 13: 17-23.
26. Deffenbacher JL, Lynch RS, Filetti LB, Dahlen ER, Oetting ER. Anger, aggression, risky behavior, and crash-related outcomes in three groups of drivers. **Behavior Research and Therapy** 2000.
27. Deutsch LH, Bylsma FW, Rovner BW, Steele C, Folstein MF. Psychosis and physical aggression in probable alzheimer's disease. **Am J Psychiatry** 1991;148 (9); 1159-1163.
28. Dilbaz N. Şiddet riskinin değerlendirilmesi. **Klinik Psikiyatri Dergisi** 1999; 2 (3): 179-188
29. Doğan S, Güler H, Kelleci M. Hastaların öfkeli davranışları karşısında hemşirelerin yaklaşımları. **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** 2001: 1 (5); 26-33.
30. Elkin GD. Introduction to Clinical Psychiatry. First ed. A Simon & Schuster Company, USA, 1999.
31. Ergene E. Huzurevinde yaşayan yaşlıların agresyon ve depresyon düzeylerinin araştırılması. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa 1989.
32. Fadem B. Behavioral Science.....Williams & Wilkins, USA, 1991; 141-159?
33. Fava M. Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression. **The Psychiatric Clinics of North America** 1997; 2: 432-444. Goldberg RJ: Managing psychosis-related behavioral problems in the elderly. **Consult Pharm** 1997; 12: 4-10.
34. Gortner ET, Gollan JK, Jacobson NS. Psychological aspects of perpetrators of domestic violence and their relationships with the victims. **The Psychiatric Clinics of North America** 1997; 2: 340-343.
35. Guay DRP, Lott A. Agitation/aggression in patients with dementia and developmental disability. **Consult Pharm** 1996; 11: 149-165.
36. Hariri A. Lise öğrencilerinde saldırgan davranışlar ile şiddet potansiyelinin araştırılması, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 1995.

37. Hastings JE, Hamberger LK. Sociodemographic predictors of violence. **The Psychiatric Clinics of North America** 1997; 2:324-329.
38. Hillbrand M, Spitz RT. Cholesterol and aggression. **Aggression and Violent Behavior** 1999; 4 (3); 359-370.
39. HorperSJ, Reimer M, Aggressive Behaviour and the Brain: A different perspective for the mental health nurse. **Archives of Psychiatric Nursing** 1992; 6 (5); 312-320.
40. Hogstel MO: Geropsychiatric Nursing. Second Ed, Mosby Year Book, USA, 1995: 298-299.
41. Kavoussi R, Armstead P, Coccaro E. The neurobiology of impulsive aggression. **The Psychiatric Clinics of North America** 1997; 2: 395-400.
42. Keltikangas J, L. Aggressive behaviour and social problem solving strategies; a review of the findings of a seven year follow up from childhood to late adolescence. **Criminal Behaviour and Mental Health** 2001; 11 (4): 236-250
43. Keltner NL, Schwecke LH, Bostrom CE. Psychiatric Nursing. Third ed. Mosby, USA, 1999; 157-169.
44. Kernberg O. Aggression in Personality Disorders and Perversions. Çeviri: Büyükkal B. Sapıklıklarda ve Kişilik Bozukluklarında Saldırganlık, Birinci Baskı, Yayıncılık Matbaası, İstanbul, 2000; 23-54.
45. Kırkpınar İ, Özer H, Coşkun İ, Çayköylü A. Yatan Psikiyatri Hastalarında Saldırganlık: Erzurum'da psikiyatri kliniklerinde görülen saldırgan davranışlar üzerine bir çalışma. **Türk Psikiyatri Dergisi** 1995; 6 (4): 285-296.
46. Kocabaşoğlu. N. Sosyo Kültürel açıdan şiddet. Balcıoğlu İ (Ed). Biyolojik, Sosyolojik Açıdan Şiddet. 1.Bas. Sökmen Matbaacılık, İstanbul 2000: 27-33.
47. Kunik EM, Huffman CJ, Bharani N, Hillman SL. Behavioral disturbances in geropsychiatric inpatients across dementia types. **Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology** 2000; 13 (1): 49.
48. Kutner GN, Brown PJ, Stavisky RC, Clark WS, Green RC. "Friendship" interactions and expression of agitation among residents of a dementia care unit. **Research on Aging** 2000; 22 (2):188-205.
49. Lanctot KL, Herimann N, Eryavec G, Reekum RV, Reed K, Naranjo CA. central serotonergic activity is related to the aggressive behaviors of alzheimer's disease. **Neuropsychopharmacology** 2002

50. Lea HS. Working with the aggressive patient: Norman LK, Lee HS, Carol EB (eds), Mosby, USA 1999; 157-169.
51. Lion JR. Pitfalls in the assesment and measurement of violence: Clinial view. **Journal of Neuropsychiatry** 1991; 3(2); 540-543.
52. Loughhead TM, leith LM: Hockey coaches "ard players' perceptions of aggression and the aggressive behavior of players. **Journal of Sport Behavior** 2001; 24 (4): 394-408
53. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, Norton MC. Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the Cache Country Study on memory in aging. **The American Journal of Psychiatry** 2000; 157 (5); 708-714.
54. Malan DH. Individual Psychotherapy and The science of Psychodynamics. Second ed. Reed Educational and Professional Publishing Ltd. USA, 1995.
55. Miller KE. Video Games, tv and aggressive behavior in kids. **American Family Physician** 2001; 64 (5): 863 .
56. Minibaş J. Özel ve devlet ilkokullarında görev yapan öğretmenlerin iş tatmin düzeyi ve bu düzeyin frustrasyon karşısında gösterilen tepki ve agresyon yönü ile ilişkisi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1990.
57. Morgan S. The Assessment and management of risk. C. Brooker, J Kepper (Ed), Balliere Tandall, USA, 1999; 264-271.
58. Morrison EF: The culture of caregiving and aggression in psychiatric settings. **Achives of Psychiatric Nursing** 1998; 7 (1); 21-31.
59. Myers DG. Social Psychology. 4 ed. Worth Publishers, USA, 1995: 631-649.
60. Nelson RJ, Chiavegatto S. Molecular basis of aggression. **Trends in Neurosciences** 2001; 24 (12): 713-719.
61. Ögünç F. Şiddet suçu işlemiş akıl hastalarının sosyo-demografik karakteristikleri ve psikiyatrik tanıları. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 1999

62. Öner N: Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. Bir Başvuru Kaynağı, Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, İstanbul, 1994; 3-37,461-469.
63. Özdemir M.10-14 Yaş çocuklarında semptom tarama ve agresyon faktörünün saptanması. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 1996.
64. Öztunç G. Adana ilindeki çeşitli hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinde karşılaştıkları sözel ve fiziksel taciz olaylarının incelenmesi. **Cum. Ün Hem.Yük Ok Dergisi** 2001; 5 (1); 1-9
65. Paschall MJ, Fishbein DH. Executive cognitive functioning and aggression: a public health perspective. **Aggression and Violent Behavior** 2002; 7 (3): 215-235.
66. Perko JE, Kreigh HZ. Psychiatric and Mental Health Nursing, Third ed.California, 1988; 380-382
67. Paschall MJ, Fishbein DH.Executive cognitive functioning and aggression : a public health perspective. **Aggression and Violent Behavior** 2002; 7 (3); 215-235.
68. Patel V, Hope RA. Rating scale for aggressive behavior in the elderly (RAGE): Burns A, Lawlor B, Craig S. Assessment Scales in Old Age Psychiatry-Martin Dunitz Ltd, UK, 1999; 92.
69. Perko JE, Kreig HZ.A Commitment to Care and Concern. Third Ed, Appleton & Large, USA, 1988: 380-383.
70. Pettit GS: The developmental course of violence and aggression. Mechanisms of family and peer influence. **The Psychiatric Clinics of North America** 1997; 2: 283-297.
71. Raji M, Liu D, Wallance D. Case report: Sexual aggressiveness in a patient with dementia: Sustained clinical response to citalopram: **Annals of Long Term Care** 2000; 8 (1): 81-83.
72. Raskind MA. Evaluation and management of aggressive behavior in the elderly demented patient. **J Clin Psychiatry** 1999; 60 (15): 45-49

73. Rickelman BL. Aggressive and violent behavior: Johnson BS (ed). Adaptation and Growth Psychiatric. Mental Health Nursing. Lippincott Raven Copyright, USA, 1997; 601-631.
74. Roediger LH, Capaldi ED, Paris SG, Polivy J, Herman CP. Psychology. Fourth ed. West Publishing Company, USA, 1996: 567-569.
75. Rosenzweig MR, Leiman LA, Breedlo SM. Biological Psychology. Second Ed. Sinauer Associates, 1999: 422-425.
76. Ruchkin VV, Eisemann M. Aggression and psychological problems in juvenile male delinquents versus controls in Russia. Alternative ways of "letting off steam" ?. **Aggression and Violent Behavior** 2000; 5 (2); 217-225
77. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins, USA, 2003: 150-158.
78. Salmivalli C. Feeling good about oneself, being bad to others? Remarks on self-esteem, hostility, and aggressive behavior. **Aggression and Violent Behavior**; 6 (4): 375-393.
79. Sayil I. Acil Psikiyatri. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 1987; 89-95.
80. Segatore M, Adams D. Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients: Part 2-Interventions. **Orthopaedic Nursing** 2001; 20 (2), 61- 75.
81. Segatore M, Adams D. Managing delirium and agitation in elderly hospitalized orthopaedic patients: Part I-theoretical aspects. **Orthopaedic Nursing** 2001; 20 (1): 31-45.
82. Schwecke LH. Working with the aggressive patient. Psychiatric Nursing. 3. ed. Mosby, USA, 1999: 157-167.
83. Scott LC. Assessing Risk of Violence in Psychiatric Patients. **Psychiatric Times**. 2002: 19 (4).

84. Scully JH . Psychiatrric emergencies. Psychiatry. Second Ed., Scully JH, Bechtord DW, Bell JA, Dubovsky SL, Neligh GL, Petersen JL. (Ed), Harwal Publihing Company, USA,1990: 259-263.
85. Silver JM,Yudofsky SC. The overt aggression scale: Overview and guding principles. **Journal of Neuropsychiatry** 1991: 3 (2): 522-529.
86. Sorgi P, Ratey J, Knoedler DW, Markert R J, Reichman M.Rating aggression in the clinical setting. **Journal of Neuropsychiatry** 1991:3 (2); 52-56.
87. Stein MT, Clemons RD, Newport DJ: Temper tantrums, impulsivity, and aggression in a preschool-aged boy. **Pediatric** 2001; 107 (4): 832-837.
88. Stuart GW, Larai MT. Principles and Practice Nursing Sixth Ed. Mosby Year Book, USA, 1998: 90-91.
- 89.Stuart GW, Sundeen SJ: Principles andPractice of Psychiatric Nursing.Fourth Ed, Mosby Year Book, USA, 1991:781.
- 90.Süer H. Şiddet içeren ve içermeyen suç davranışı gösteren antisosyal kişilik bozukluğu olgularının, kişilik özellikleri ve geçmiş yaşam deneyimleri açısından karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 1998.
91. Synder M, Egan EC, Burns KR. Interventions for decreasing agitation behaviors in persons with dementia. **Journal of Gerontological Nursing** 1995; 34-40.
- 92.Tavşancıl E. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Nobel Yayın Dağıtım Limited Şirket, Ankara, 2002: 16-58.
- 93.Thomas MD, Ekland ES, Griffin M , Hagerott RJ, Leichman SS, Murphy H, Osborne OH.Intrahospital relocation of psychiatric patients and effects on aggression. **Archives of Psychiatric Nursing** 1990 4 (3): 154-160.
- 94.Thomas SP, Droppleman P. Channeling nurses' anger into positive interventions. **Nursing Forum** 1997; 32 (2):13-21.

- 95.Uygur N: Adli psikiyatride kişilik ve saldırganlık. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Haziran, Alemdar Ofset, Edirne, 2000.
- 96.Ürküt G. Farklı sosyoekonomik ve cinsiyet gruplarındaki üniversite öğrencilerinin engellenme karşısında geliştirdikleri agresif tepkilerinin Rozenweig Picture-Frustrasyon testi ile incelenmesi ve grupların agresyon yön ve türü bakımından karşılaştırılması. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü ,Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 1988.
- 97.Walker Z, Seifert R.Violent incidents in a psychiatric intensive care unit.**The British Journal of Psychiatry** 1994;164 (6); 826-828
- 98.Ward T, Siegert R. Rape and evolutionary psychology: a critique of thornhill and Palmer's theory.**Aggression and Violent behavior** 2002; 7 (2); 145-168.
- 99.Weinrich S, Egbert C, Eleazer GP, Haddock KS. Agitation: Measurement, management and Intervention research. **Archives of Psychiatric Nursing** 1995; 9 (5): 251-260.
- 100.Weinshenker NJ, Siegel A.bimodal classification of aggression:affective defense and predatory attack.**Aggression and Violent behavior** 2002; 7 (3) :237-250.
- 101.Wick JY. Nondrug management of aggression in nursing facilities. **Consult Pharm** 1998; 13:9-16.
- 102.Winchel RM, Stanley M.Self- injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation. **Am J Psychiatry** 1991; 148 (3) : 306-317.
- 103.WHO: Submission from World Health Organization to the Committee on the Rights of the child for its Day of General Discussion September 28, 2001.
- 104 Wolf Y. Modularity in everyday life judgements of aggression and violent behaviour.**Aggression and Violent Behaviour** 2001; 6(1); 1-34
- 105.Yazgan Ç. Demansta ajitasyon ve agresyonun tedavisi. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi 3-7 Ekim, Art Ofset Matbaacılık San.ve Tic. Ltd .Şti. Antalya, 2000; 87- 90
- 106.Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. **Am J Psychiatry** 1986; 143 (1): 35-39.
- 107.Ziyalar A. Sosyal Psikiyatri. 2. Baskı, Çevik Matbaası, İstanbul, 1999: 84-88.

- 108.http://www.abaros.demon.co.uk/health_and_safety/managg095.html.The prevention and Management of Aggression in The Workplace.
- 109.<http://www.aggressionmanagment.com/safe.html>.John D. Byrnes. Safe or sorry?Don't overlook warning signs of workplace aggression
110. <http://www.aggressionmanagement.com/recognizing.html>. John D. Byrnes. Recognizing mounting anxiety: In extreme situations, a life may depend on it.
- 111.<http://www.aggressionmanagement.com/OHS%202000.html>, The aggression continuum:A paradigm shift
- 112.<http://www.aggressionmanagement.com/aggressionmanskills.html>.Aggression management skills vital to today's managers.
- 113.<http://www.aggressionmanagement.com/Article.%20Seminole%20Sheriff.html>.Course targets violence at work
- 114.<http://www.aggressionmanagement.com/aggressionmanager.html>.Aggression continuum
- 115.<http://www.aggressionmanagment.com/Article,%20Seminole%20Sheriff.html>. Course targets violence at work
- 116.<http://aic.gov.au/conferences/outlook97/mcdonald.pdf>. Indicators of aggression: criminal justice and population health perspectives
117. <http://www.ascp.com/public/pubs/tcp/1997/oct/treatmet.html>.Defusing violent and aggressive behavior in the long-term care setting.Jeannette Wick ,Cecilia Reid .
- 118.<http://www.wm.edu/TTAC/articles/challenging/aggression.html>.Aggression and violence:Related to their development.rich Van Acker.
- 119.<http://www.elsevier.com/inca/publications/store/3/0/8/4/3/3048.pub.html>.Aggression and Violent Behavior
- 120.<http://www.fathers.bc.ca/health.htm>.The who violence report:When victimization becomes invisible
- 121.<http://www.graap.ch/disturbed.html>.strategies for the management of disturbed and violent patients in psychiatric units
- 122.<http://www.graap.ch/disturbed2.html>.Strategies for the management of disturbed and violent patients in psychiatric units.

- 123.http://www.icn.ch/matters_violence.htm.Violence:A World-wide epidemic
- 124.<http://www.macmcm.com/ascp/aspc96-13htm>.Management of aggressive behavior in long-term care.
- 125.<http://www.mamakram.com/konu/s.html>.Saldırganlık
- 126.<http://www.members.tripod.com/MustafaCemal/boomerang/aggression.htm>.Saldır ganlığın Panzehiri.
- 127.<http://www.nursingcenter.com/ce/test/article.cfm?id>. Alternatives to restrains:What patients and caregivers should know home healthcare nurese
128. <http://www.ntvmsnbc.com/1070161.asp>:Saldırganlığın Psikolojik Nedenleri
- 129.<http://www.psikiyatri-hastanesi.com/htm/sorunlar/durtu/ara-pat.htm>.Aralıklı patlayıcı bozukluk.
130. <http://www.psychiatrictimes.com/p990601b.html>.Americ's Tragedy
- 131.<http://www.psychiatrictimes.com/p981120.html>. A new Screening Measure for Detecting 'Hidden' Domestic Violence
- 132.<http://www.psychiatrictimes.com/p030122.html>.Assesing Violence in Patients:Legal Implications
- 133.http://www.saglik.tr.net/guncel_pokemonlar.shtml.Pokemonların çocuk ruh sağlığı üzerine etkileri.Şebnem Soysal,Aylin İlden Koçkar
- 134.<http://www.sanalhoca.com/psikoloji/agresyon.htm>.Agresyon ve Agresif Çocuklarla Terapi
135. <http://www.suite101.com/article.cfm/forensic> psychology7197707.Psychobiology of aggression and antisocial behaviour across the lifespan.
- 136.[htt://www.taskforce.org/viohome.html](http://www.taskforce.org/viohome.html). World report on violence and health: A update,primary Practice; A peer-Reviewed Series, 2000: 4(2), Margaret McAllister.)
- 137.<http://www.un.org.tr/who/bulten/turk/bul4dsokadinsag.HTM>.dünya sağlık Örgüt'ünün (DSÖ) kadın sağlığının çeşitli konularındaki görüş ve mesajları

138. <http://www.vh.org/Provides/Lectures/Emergency/Med/Psychi.../ViolencePrediction.htm>. Agitated and Violent Patients. Gerard Clancy
139. <http://www.vh.org/providers/Lectures/EmergencyMed/Psychi.../ViolencePrediction.htm>. Agitation. Gerard Clancy
140. <http://www.wm.edu/TTAC/articles/challenging/aggression.html>. Aggression and violence: Factors Related to their development Rick Van Acker.
141. <http://www.yuce.k12.tr/rehberlik/ofke.htm>: Öfke



10.EKLER

İÇERİK

- EK 1:** "The Overt Aggression Scale" in Stuart C. Yudofsky Tarafından e mail ile Verilen Kullanma İzni
- EK 2:** Ön Araştırma Anket Formu
- EK 3:** Ön Görüşme Formu
- EK 4:** The Overt Aggression Scale
- EK 5 (a,b,c):** "The Overt Aggression Scale" inin Üç Akademisyen Tarafından Yapılan Türkçe Çevirisi
- EK 6:** Her İki Dili İyi Bilen Bir Psikiyatrist Tarafından Seçilen En Uygun Türkçe Form
- EK 7:** Oluşturulan türkçe Formun Bir Dil Bilimci Tarafından Türkçe'ye Çevrilmesi
- EK 8:** Türkçe'den çevrilen İngilizce Formun Türkçe'ye Çevirisi
- EK 9:** Özgün Ölçeğin Türkçe Çeviri Formu ile Çeviri İngilizce Formun Türkçe Form ile Karşılaştırması
- EK 10:** Türkçe Formun Dilinin Anlaşılabilirliği ve Görünüm Geçerliliği için Psikiyatri Hemşirelerine Verilen Anket formu
- EK 11:** "The Overt Aggression Scale" in Düzenlenen Son Türkçe Çevirisi

Başkalarını
ekarte et[myMail](#) - [Arama](#) - [Proservis](#) - [Oyun](#) - [Sohbet](#) - [Mesaj](#) - [mySite](#) - [Pano](#) - [E-kart](#) - [E-poster](#) - [Üyeler](#) - [AnaSayfa](#)

> Posta Kutusu

mehmetcan337@mynet.com

[Çıkış](#) | [Yardım](#)[Mesaj önceki](#) | [sonraki](#)[Yazıcı versiyonu](#)[Yanıtla](#) [Tümünü Yanıtla](#) [İlet](#)[Sil](#) [Klasör Seç](#) [Taşı](#)[adres Deferine eklemek için ismi tıklayınız](#)**İmiden** : "Stuart C. Yudofsky, MD"[Göndereni Engelle](#)**İme** : "mehmetcan337"**İonu** : Re: The overt aggression scale**İarih** : 07/31/2001 15:40

Dear Ms. Kutulu,

You have permission to utilize the scale. Best of luck with your thesis.
It is an important area. Stuart Yudofsky

At 02:41 PM 07/31/2001 +0300, you wrote:

>Dear Mr Stuart C.Yudofsky

>I am postgraduate doctoral fellow in Florence Nightingale Nursing

>School of Istanbul University.I am willing to study on a thesis about

>aggressive behaviour in the elderly and the management for achieving

>phD.'The overt aggression scale' seems appropriate for thesis.Would

>you give the permisson to use this scale for this purpose?

>I was examined related this scale from Am J Psychiatry 143:1,January

>1986(The overt aggression scale for the objective rating of verbal

>and physical aggression).But I haven't got enough information about

>this scale.Would you mind sending further related to information

>about this scale?

>Thank you for your helps now.

>

>Msc Nurse Leman Kutlu

>Address

>İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hem.Hiz.Müdürlüğü

>Cerrahpaşa/İstanbul/Turkey 34303

>

>

>ÜCRETSİZ E-MAIL ALDINIZ MI?

>Türkçe ilk Portal <http://www.mynet.com>

>

[Yanıtla](#) [Tümünü Yanıtla](#) [İlet](#)[Sil](#) [Klasör Seç](#) [Taşı](#)[Mesaj önceki](#) | [sonraki](#)[Yazıcı versiyonu](#)[myMail](#) - [Arama](#) - [Proservis](#) - [Oyun](#) - [Sohbet](#) - [Mesaj](#) - [mySite](#) - [Pano](#) - [E-kart](#) - [E-poster](#) - [Üyeler](#) - [AnaSayfa](#)

Reklam

Önerileriniz

Yardım

Copyright © 1999 MYNET A.Ş. Telif Hakları MYNET A.Ş.' ye Aittir.

EK 2

Hastanın Tanısı
Demans
Depresyon
Şizofreni
Mani
Kişilik Bozukluğu
Alkol, madde kullanımı
Paranoya
Posttravmatik stres bozukluğu
Yatış Süresi
5-10 gün
11-16 gün
17-22 gün
23-28 gün
29 gün ve Üstü
Agresyon Epizot Sayısı:
Yakınma ve Psikiyatrik Bulgularda Ajitasyon/Agresyonun Bulunma Durumu
Var
Yok
Hemşirelik Tanılarında Ajitasyon/Agresyonun Bulunma Durumu
Var
Yok
Agresyon/Ajitasyonda hemşirelik Girişimleri
Girişim yok
Gözlem
Gözlem,uyaranların azaltılması,hekim istemi ile acil tedavinin uygulanması
Gözlem,uyaranların azaltılması,hekim istemi ile acil tedavinin uygulanması, yatağa tespit
Agresyon/Ajitasyonu Olan Hastaya Farmakolojik Müdahale
Var
Yok

EK 3

Bu anket agresyon epizodundaki hastaların demografik özelliklerini ve agresyonun yönetimine yönelik verileri elde etmek amacı ile düzenlenmiştir.

Uzm.Hem.Leman KUTLU
İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora
Öğrencisi

Hastanını Adı-Soyadı:

Yatış Tarihi:

Değişken İsmi	Kolon No	Kodlama	Sorular
X ₁	1-2	1	Hasta: 1. Protokol No:
X ₂	3-4	1	2. Yaşı:
X ₃	5	1	3. Cinsiyeti: () 1. Kadın () 2. Erkek
X ₄	6	1	4. Medeni durumu: () 1. Bekar () 2. Evli () 3. Dul
X ₅	7	1	5. Eğitimi: () 1. Okuma-yazma yok () 2. İlkokul () 3. Ortaokul () 4. Lise () 5. Üniversite
X ₆	8	1	6. Mesleği () 1. Mesleği var () 2. Mesleği yok

Değişken İsmi	Kolon No	Kodlama	Sorular
X7	9	1	7.Hastanın Çalışma Durumu () 1. Çalışıyor () 2. Çalışmıyor
X8	10	1	8 Ekonomik Durumu: () 1. Kötü () 2. Orta () 3. İyi
X ₉	11	1	9 Sosyal Güvencesi: () 1. Yok () 2. Emekli Sandığı () 3. SSK () 4. Bağkur () 5. Yeşil kart () 6. Özel sigorta
X10	12	1	10 .Çocuk sayısı () 1. Yok () 2. 1 () 3. 2 () 4. 3 () 5. 4 ve üstü
X11	13	1	11.Hastanın Geliş Şekli () 1. İkna ile ailesi tarafından () 2.Kendi isteği ile ailesi tarafından () 3.Zorla ailesi tarafından () 4. Diğer.....
X ₁₂	14	1	12 Hastanın Tıbbi Tanısı:.....

Değişken İsmi	Kolon No	Kodlama	Sorular
X ₁₃	15	1	13 Hastalığın süresi ☐ 1. 1 yıldan az ☐ 2. 1-2 yıl ☐ 3. 3-4 yıl ☐ 4. 5-6 yıl ☐ 5. 7 yıl ve üstü
X ₁₄	16	1	14 Yatış sayısı ☐ 1. Birinci yatışı ☐ 2. 2. yatışı ☐ 3. 3. yatışı ☐ 4. 4. yatışı ☐ 5. 5. yatışı ve üstü
X ₁₅	17	1	15 Son yatış süresi ☐ 1. 15 günden az ☐ 2. 15 gün-1 ay ☐ 3. 1.5 ay-2 ay ☐ 4. 2.5 ay ve üstü ☐ 5. İlk yatışı
X ₁₆	18-22	1	16 Hastanın risk davranışları: ☐ 1. Suisid ☐ 2. Homosid ☐ 3. Füg ☐ 4. Diğer

Değişken İsmi	Kolon No	Kodlama	Sorular
X ₁₇	23	1	17 Hastanın Refakat Durumu: () 1. Yok () 2-Annesi/babası () 3. Eşi () 4. Çocuğu () 5. Kardeş () 6. Komşu/arkadaşı () 7. Bakıcı () 8. Hemşire () 9.Diğer.....
X ₁₈	24	1	18 Hastanın işlevsellik durumu () 1. Bağımsız () 2. Yarı bağımlı () 3. Tam bağımlı
X ₁₉	25	1	19 Hastanın fiziksel hastalık durumu: () 1. Yok () 2. Gastrointestinal sistem hast. () 3. Kardiovasküler sistem () 4. Sinir sistemi () 5. Dolaşım sistemi () 6. Kas-iskelet sistemi () 7. İmmün sistem () 8. Boşaltım sistemi () 9. Endokrin sistem () 10.Diğer....

THE OVERT AGGRESSION SCALE (OAS)*
AGGRESSIVE BEHAVIOR (Check all that apply)

Verbal Aggression

- Makes loud noise, shouts angrily
- Yells mild personal insults, e.g. “You’re stupid!”
- Curses viciously, uses foul language in anger, makes moderate threats to others or self.
- Makes clear threats of violence toward others or self (“I’m going to kill you”) or requests to help control self.

Physical Aggression Against Self

- Picks or scratches skin, hits self, pulls hair (with no or minor injury only)
- Bangs head, hits fist into objects, throws self onto floor or into objects (hurts self without serious injury).
- Small cuts or bruises, minor burns.
- Mutilates self, causes deep cuts, bites that bleed, internal injury, fracture, loss of consciousness, loss of teeth.

Physical Aggression Against Objects

- Slams door, scatters clothing, makes a mess.
- Throws objects down, kicks furniture without breaking it, marks the wall.
- Breaks objects, smashes windows.
- Sets fires, throws objects dangerously

Physical Aggression Against Other People

- Makes threatening gesture, swings at people, grabs at clothes.
- Strikes, kicks, pushes, pulls hair (without injury to them).
- Attacks others, causing mild-moderate physical injury (bruises, sprain, welts).
- Attacks other, causing severe physical injury (broken bones, deep lacerations, internal injury)

a.m.

Time incident began: ----- Duration of incident -----

(hours:minutes)

p.m.

* Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the Objective Rating of Verbal and physical aggression. Am J. Psychiatry 1986; 143:35-39

INTERVENTION (Check all that apply)

- None
- Talking to patient
- Closer observation
- Holding patient
- Immediate medication given by mouth
- Immediate medication given by injection
- Isolation without seclusion (time out).
- Seclusion
- Use of restraints
- Injury requires immediate medical treatment for patient
- Injury requires immediate treatment for other person.

COMMENTS

EK 5-a

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ

AGRESİF DAVRANIŞ (Uygun olan her maddeyi işaretleyiniz)

Sözel Agresyon

- ☐ Yüksek sesle konuşur, öfkeyle bağırır
- ☐ “Aptalsın gibi” bireysel hakarete bulunur
- ☐ Kötü bir şekilde küfür eder, öfke dolu kötü söz söyler ya da başkalarına ağır tehditlerde bulunur
- ☐ “ Senı öldürecekim” gibi başkalarına ya da kendine karşı sözel şiddette bulunur, kontrol etmede yardım gereksinimi vardır

Nesnelere Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Kapıyı çarpar,giysilerini fırlatır,ortalığı dağıtır
- ☐ Nesneleri yere atar,eşyaları kırmadan tekmeler,duvarlara vurarak iz bırakır
- ☐ Nesneleri kırar, camları kırıp parçalar
- ☐ Yangın çıkarır,nesneleri tehlikeli bir şekilde atar

Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Cildini deler ya da çizerek, kendi kendine zarar verir, saçlarını çeker (Sadece küçük bir yaralanmayla ya da yaralanma olmaksızın)
- ☐ Başını vurur, nesneleri yumruklar vurma, kendisini yere ya da nesnelerin üzerine atarak hafif yaralar (Kendisine ciddi yaralanmadan zarar verir)
- ☐ Küçük kesikler ya da morluklar, küçük yanıklara neden olur
- ☐ Kendisini sakatlar, derin kesiklere neden olur, ısırarak kanatır, içsel yaralanma,kırık,bayılma(kendisini kaybetme olur),dişlerini kaybeder

Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Tehdit eden el kol hareketleri yapar, başkalarının üzerine yürür, elbiselerini çekiştirir
- ☐ (Onları yaralamadan) vurur, tekmeler, iter, saçını çeker
- ☐ Başkalarına saldırır,hafif-orta düzeyde fiziksel yaralanmaya neden olur(çürükler,burkulmalar,şiddetli darbeler)
- ☐ Başkalarına saldırır,ağır fiziksel yaralanmalara neden olur(kırılan kemikler,derin yaralar,iç organlarda hasar)

Öğleden önce
Olayın Başladığı Zaman.....
Öğleden sonra
Olayın Süresi:.....(saatleri/dakika)

GİRİŞİM(Uygun olanı işaretleyiniz)

- ☐ Hiçbiri
- ☐ Hastayla konuşma
- ☐ Yakın gözlem
- ☐ Hastayı tutma
- ☐ Ağız yoluyla acil ilaç tedavisi yapma
- ☐ Enjeksiyon yoluyla acil ilaç tedavisi yapma
- ☐ Bir yere kapatmadan süresiz izole etme
- ☐ Bir yere kapatarak tecrit etme
- ☐ Kısıtlama getirme
- ☐ Hasta için acil tıbbi tedavisini gerektiren yaralanma
- ☐ Başkaları için acil tıbbi tedavi gerektiren yaralanma

AÇIKLAMALAR

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ

AGRESİF DAVRANIŞ (Uygun olan her maddeyi işaretleyiniz)

Sözel Agresyon

- ☐ Yüksek sesle gürültü yapıyor, öfkeyle bağırıyor
- ☐ Aptalsın gibi kişiye yönelik hafif hakaretlerde bulunuyor
- ☐ Ahlaksızca küfrediyor, öfkeli pis konuşuyor, kendisini ve çevresini orta düzeyde tehdit ediyor
- ☐ Seni öldüreceğim gibi diğerlerine ve kendisine yönelik açık saldırgan tehditler savuruyor, ya da kendisini tutmaları için yardım istiyor (Beni tutun yoksa bu adamı öldüreceğim gibi)

Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Kapıyı çarpar, üst baş, sağı solu darmadağınık ediyor
- ☐ Eşyaları fırlatıyor, tekmeliyor, duvarı çiziyor
- ☐ Eşyaları kırıyor, pencereleri çarpıyor, kırıyor
- ☐ Yangın çıkarıyor, eşyaları tehlikeli biçimde atıyor

Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Derisini yakıyor, yada tırmalıyor, kendine vuruyor, saçını çekiyor (Hafif yaralanma yada yaralanma olmaksızın)
- ☐ Başını vuruyor, eşyaları yumrukluyor, kendini yere atıyor ya da eşyalara vuruyor (Yaralanma olmaksızın kendine zarar veriyor)
- ☐ Küçük kesikler ya da morluklar, hafif yanıklar
- ☐ Sakatlama, derin kesikler oluşması, kanayan ısırtıklar, kırık, bilinç kaybı iç organlarda yaralanma, diş kaybı

Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Tehditkar duruş insanların üstüne yürüme yakasını paçasını tutma
- ☐ Vurur, tekmeler, iter, saçını çeker (Onları yaralamadan)
- ☐ Başkalarına saldırır, hafif-orta düzeyde fiziksel yaralanmaya neden olur (morluk, burkma, darbe izleri)
- ☐ Başkalarına saldırır, ağır fiziksel yaralanmaya neden olur (kırıklar, yırtılmalar, iç organlarda yaralanma)

Öğleden önce
Olayın Başlama Zamanı.....
Öğleden sonra
Olayın Süresi:.....(saatleri/dakika)

GİRİŞİM(Yapılanları işaretleyiniz)

- ☐ Girişim yok
- ☐ Hasta ile konuşma
- ☐ Yakın gözlem
- ☐ Hastayı tutarak engelleme
- ☐ Acil oral ilaç tedavisi
- ☐ Acil enjeksiyonla ilaç tedavisi
- ☐ Yalnız bırakmadan izolasyon (ara verme)
- ☐ Tecrit etme
- ☐ Kısıtlamalar
- ☐ Yaralanan hastaya acil tıbbi tedavi
- ☐ Yaralanan diğer kişinin acil ilaç tedavisi

YORUMLAR

EK 5-c

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ

AGRESİF DAVRANIŞ (Uygun olan her maddeyi işaretleyiniz)

Sözel Agresyon

- ☐ Yüksek sesle gürültü yapıyor, öfkeyle bağırıyor
- ☐ Bağırarak hafif kişisel hakaret ediyor (Örn: "Aptalsın")
- ☐ Şiddetle sövüyor, öfkeyle çirkin dil kullanıyor, kendine yada çevresindekilere orta şiddette tehditte bulunuyor
- ☐ Kendine ya da çevredekilere açık net şiddet tehdidinde bulunuyor ("Seni öldüreceğim") ya da kendini kontrol etmesine yardım gerekiyor

Nesnelere Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Kapıyı çarpıyor, giysileri dağıtıyor, eşyalarda karışıklık yaratıyor
- ☐ Nesneleri yere atıyor, mobilyaları kırmadan tekmeliyor, duvarlara vurarak iz bırakıyor
- ☐ Nesneleri kırıyor, pencereleri çarpıyor
- ☐ Yangın çıkartıyor, nesneleri tehlikeli biçimde atıyor

Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Cildini yakıyor ya da tırmalıyor, kendine vuruyor, saçını çekiyor (yaralanmadan yada hafif yaralayarak)
- ☐ Başını vuruyor, nesnelere yumruk atıyor, kendini yere ya da nesnelere vuruyor (kendine ciddi yaralanmadan zarar verir)
- ☐ Küçük kesikler ya da morluklar, küçük yanıklar
- ☐ Kendini keser- sakatlar, derin kesiler yapar, kanayacak kadar vurur, iç organlarda yaralanma, kırık, bilinç kaybı, diş kaybı

Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Tehdit edici hareketlerde bulunur, başkalarının üzerine yürür, elbiselerini tutar
- ☐ Vurur, tekmeler, iter, saçını çeker (Onları yaralamadan)
- ☐ Başkalarına saldırır, hafif-orta şiddette fiziksel zarar verir (morluklar, burkulma, darbe izleri)
- ☐ Başkalarına saldırır, ağır fiziksel zarar verir (kemik kırma, derin laserasyon, iç organlarda hasar)

Olay saat.....başladı

Olayın Süresi:.....(saat/dakika)

Müdahale(Uygun olanı işaretleyiniz)

- ☐ Yok
- ☐ Hasta ile konuşma
- ☐ Yakın gözlem
- ☐ Hastayı tutma
- ☐ Acilen ağızdan ilaç verme
- ☐ Acilen enjeksiyon ile ilaç verme
- ☐ Yalnız bırakmadan izolasyon(ara verme)
- ☐ Yalnız bırakma
- ☐ Kısıtlamaı kullanımı
- ☐ Yaralanma hastanın acil tıbbi tedavisini gerektirir
- ☐ Yaralanma diğer kişinin acil tıbbi tedavisini gerektirir

YORUMLAR

EK 6

ACIK AGRESYON ÖLÇEĞİ

AGRESİF DAVRANIŞ (Uygun olan her maddeyi işaretleyiniz)

Sözel Agresyon

- ☐ Yüksek sesle gürültü yapar, öfkeyle bağırır
- ☐ Kişiye yönelik hafif hakaretlerde bulunur (Örn: Aptalsın)
- ☐ Çirkin küfürler savurur, müstehcen dil kullanır, kendisini ve çevresini orta düzeyde tehdit eder
- ☐ “Seni öldüreceğim” gibi diğerlerine ve kendisine yönelik açık saldırgan tehditler savurur, ya da kendisini tutmaları için yardım ister

Nesnelere Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Kapıyı çarpar, giysilerini fırlatır, ortalığı dağıtır
- ☐ Eşyaları fırlatır, tekmeler, duvarı çizer
- ☐ Eşyaları kırar, pencereleri çarpar, kırar
- ☐ Yangın çıkarır, eşyaları tehlikeli biçimde atar

Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Cildini deler ya da çizer, kendi kendine vurur, saçlarını çeker (Sadece küçük bir yaralanmayla ya da yaralanma olmaksızın)
- ☐ Başını vurur, eşyaları yumrukla, kendini eşyalara vurur ya da yere atar (Yaralanma olmaksızın kendine zarar veriyor)
- ☐ Küçük kesikler ya da morluklar, hafif yanıklar
- ☐ Kendisini sakatlar, derin kesiklere neden olur, ısıarak kanatır, iç organlarda yaralanma, kırık, bayılma, dişlerini kaybeder

Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Tehdit eden el kol hareketleri yapar, başkalarının üzerine yürür, yakasını tutar
- ☐ Vurur, tekmeler, iter, saçını çeker (yaralamadan)
- ☐ Başkalarına saldırır, hafif-orta şiddette fiziksel zarar verir (morluk, burkma, darbe izleri)
- ☐ Başkalarına saldırır, ağır fiziksel yaralanmalara neden olur (kırılan kemikler, derin yaralar, iç organlarda hasar)

Olayın Başladığı saat.....

Olayın Süresi:.....(saatleri/dakika)

GİRİŞİM (Yapılanları işaretleyiniz)

- ☐ Yok
- ☐ Hasta ile konuşma
- ☐ Yakın gözlem
- ☐ Hastayı tutma
- ☐ Ağız yoluyla acil tedavi
- ☐ Enjeksiyon yoluyla acil tedavi
- ☐ Yalnız bırakmadan izolasyon (ara verme)
- ☐ İzolasyon (tecrit)
- ☐ Kısıtlama getirme
- ☐ Yaralanan hastanın acil tedavisi
- ☐ Yaralanan diğer kişilerin acil tedavisi

YORUMLAR

EK 7

THE OVERT AGGRESSION SCALE

Aggressive Behaviour (Tick all appropriate items.)

Verbal aggression

- ☐ Makes loud noises and shouts
- ☐ Yells minor insults like “You’re an idiot” at a certain individual,
- ☐ Hurls disgusting curses, uses obscene language and utters intermediate-level threats against his/her circle of friends or him/herself,
- ☐ Throws insulting threats like “I’ll kill you” at other people, or at himself

Physical aggression against objects

- ☐ Slams the door, chucks his/her clothes, makes a mess of the place,
- ☐ Flings things or kicks them, and scratches the walls,
- ☐ Smashes windows, breaks things,
- ☐ Sets fire throws objects dangerously

Physical aggression against oneself

- ☐ Picks or scratches his/her skin, hits, pulls out his/her hair (causing either a slight injury or none at all),
- ☐ Hits his/her head on things or strikes objects with the fist, throws or objects onto floor (without causing any injury)
- ☐ Small cuts or bruises, minor burns
- ☐ Maims him/herself, cuts him/herself deeply, bites him/herself (sometimes so hard to cause the bitten part to bleed), his/her internal organs are injured, bones are fractured or teeth are lost or, he/she faints.

Physical aggression against other people

- ☐ Waves his/her hands or arms or walks towards other people in a threatening manner pulls at their clothes (particularly at the collars),
- ☐ Hits, kicks, pushes or pulls at their hair (without injuring them),
- ☐ Attacks and physically harms others (causing damages like bruises, welts, sprains slight or average in degree),
- ☐ Attacks other people, causing serious physical injuries (bone fractures, deep wounds or injured internal organs).

Time of initiation of incidence:
Duration of incidence: (hours/minutes)

Interventions (Tick whichever is applied.)

- ☐ None,
- ☐ Communicating with the patient,
- ☐ Close observation,
- ☐ Taking hold of the patient,
- ☐ Urgently administering him/her some medicine orally,
- ☐ Urgently injecting him/her some medicine,
- ☐ Isolating him/her without leaving him/her alone,
- ☐ Totally isolating him/her,
- ☐ Restricting
- ☐ Treating the patient urgently if he/she does harm to him/herself,
- ☐ Treating the other party urgently if he/she has been subject to the patient’s attacks and been injured.

Comments

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ
Agresif Davranış(Uygun itemlerin hepsine işaret koyun)

Sözel Agresyon

- ☐ Gürültülü sesler yapar, bağırır
- ☐ Bireye yönelik sen aptalsın gibi küçük hakaretlerde bulunur
- ☐ Öfkeyle iğrenç küfürler söyler,müstehcen dil kullanır ve orta düzeyde arkadaş çevresine karşı ya da kendisine karşı tehditler söyler
- ☐ Başkalarına ya da kendisine yönelik seni öldüreceğim gibi tahrik edici tehditler fırlatır

Nesnelere Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Kapıyı çarpar, giysilerini atar, karmakarışık yapar
- ☐ Nesneleri atar ya da onları tekmeler, duvarları çizer
- ☐ Pencereleeri çarparak kırar, nesneleri kırar
- ☐ Yangın çıkarır, eşyaları tehlikeli bir şekilde atar
- ☐

Kendisine karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Derisini deler ya da çizer,kendi kendine vurur, saçını çeker (Hafif bir yaralanmayla ya da hiçbir şey olmadan)
- ☐ Başını vurur, eşyalar yumruklar, kendini ya da eşyaları yere atar (Her hangi bir yaralanma olmaksızın)
- ☐ Küçük kesikler ya da morluklar,hafif yanıklar
- ☐ Kendisini sakatlar, derin bir şekilde keser, ısırır (Bazen ısırık yerde kanamaya neden olacak kadar güçlüdür) iç organları yaralanır, kemikleri kırılır, dişlerini kaybeder, bayılır

Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Tehdit edici bir tarzda başkalarının üstüne yürür, ellerini kollarını sallar, onların giysilerini çeker (Özellikle yakalarını)
- ☐ Onlara vurur, tekmeler, ya da saçlarını çeker (Onları yaralamaksızın)
- ☐ Saldırır ve başkalarına fiziksel olarak zarar verir (Çürükler, burkma, hafif ya da orta düzeyde darbeler)
- ☐ Başkalarına saldırır, ciddi fiziksel yaralamalara neden olur (kemik kırıkları ,derin yaralar ya da iç organ yaralanmaları)

Olayın Başladığı Zaman:.....
Olayın Süresi (Saat/Dakika):.....

GİRİŞİMLER (Yapılanları İşaretle)

- Hiçbir şey
- Hastayla iletişim kurma
- Yakın gözlem
- Hastayı tutma
- Acil olarak ağız yoluyla ilaç verme
- Acil olarak enjeksiyon yoluyla ilaç verme
- Yalnız bırakmaksızın izole etme
- Tamamen izole etme
- Kısıtlama
- Kendisine zarar verirse acil olarak hastayı tedavi etme
- Hastanın saldırılarına maruz kalan ve yaralanan diğer kişilerin acil ilaç tedavisi

YORUMLAR

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ
Agresif Davranış (Uygun itemlerin hepsine işaret koyun)

Sözel Agresyon

- ☐ Gürültülü sesler yapar, öfkeyle bağırır
- ☐ Bireye yönelik sen aptalsın gibi hafif hakaretlerde bulunur
- ☐ Öfkeyle iğrenç küfürler söyler,müstehcen dil kullanır ve orta düzeyde arkadaş çevresine karşı ya da kendisine karşı tehditler savurur
- ☐ Başkalarına ya da kendisine yönelik seni öldüreceğim gibi tahrik edici tehditler atar yada daha kötü bir sonuca ulaşmamak için kendisini tutmalarını ister

Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Kapıyı çarpar, giysilerini atar,karışıklık yaratır (ortalığı dağıtır)
- ☐ Eşyaları atar ya da onları tekmeler, duvarları çizer
- ☐ Pencereleeri çarparak kırar, eşyaları kırar
- ☐ Yangın çıkarır, eşyaları tehlikeli bir şekilde atar

Kendisine karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Derisini deler ya da çizer, kendi kendine vurur, saçını çeker (Hafif bir yaralanmayla ya da hiçbir şey olmadan)
- ☐ Başını vurur, eşyalar yumruklar, kendini ya da eşyaları yere atar (Her hangi bir yaralanma olmaksızın)
- ☐ Küçük kesikler ya da morluklar, hafif yanıklar
- ☐ Kendisini sakatlar, derin bir şekilde keser, ısırır (Bazen ısırık kanamaya neden olacak kadar güçlüdür) iç organları yaralanır, kemikleri kırılır, dişlerini kaybeder, bayılır

Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ Tehdit edici bir tarzda başkalarının üstüne yürür, ellerini kollarını sallar, yakalarına yapışır
- ☐ Onlara vurur, tekmeler, ya da saçlarını çeker (Onları yaralamaksızın)
- ☐ Saldırır ve başkalarına fiziksel olarak zarar verir (Çürükler, burkma, hafif ya da orta düzeyde darbeler)
- ☐ Başkalarına saldırır, ciddi fiziksel yaralamalara neden olur (kemik kırıkları, derin yaralar ya da iç organ yaralanmaları)

Olayın Başladığı Zaman:.....
Olayın Süresi (Saat/Dakika):.....

GİRİŞİMLER (Yapılanları İşaretle)

- Yok
- Hastayla iletişim kurma
- Yakın gözlem
- Hastayı tutma
- Acil olarak ağız yoluyla ilaç verme
- Acil olarak enjeksiyon yoluyla ilaç verme
- Süresiz izole etme (bir yere kapatmadan)
- Süresiz izole etme
- Kısıtlama(gömlikle ya da yatağa bağlayarak)
- Kendisine zarar verirse, acil olarak tedavi etme
- Hastanın saldırılarına maruz kalan ve yaralanan diğer kişilerin acil tedavisi

YORUMLAR

EK 10

	İfade Şekli		Dilinin Anlaşılma Durumu		Madde Türünün Uygunluğu	
	Uygun	Uygun değil	Anlaşılır	Anlaşılmaz	Uygun	Uygun Değil
AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ						
AGRESİF DAVRANIŞ (Uygun olan her maddeyi işaretleyiniz)						
Sözel Agresyon						
1-Yüksek sesle gürültü yapar,öfkeyle bağırır						
2-Kişiye yönelik hafif hakaretlerde bulunur (Örn:Aptalsın)						
3-Çirkin küfürler savurur, müstehcen dil kullanır, kendisini ve çevresini orta düzeyde tehdit eder						
4-“Seni öldüreceğim” gibi diğerlerine ve kendisine yönelik açık saldırgan tehditler savurur, ya da kendisini tutmaları için yardım ister						
Nesnelere Karşı Fiziksel Agresyon						
1-Kapıyı çarpar,giysilerini fırlatır, ortalığı dağıtır						
2-Eşyaları fırlatır, tekmeler, duvarı çizer						
3-Eşyaları kırar, pencereleri çarpar, kırar						
4-Yangın çıkarır, eşyaları tehlikeli biçimde atar						

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ	İfade Şekli		Dilinin Anlaşılma Durumu		Madde Türünün Uygunluğu	
	Uygun	Uygun Değil	Anlaşılır	Anlaşılmaz	Uygun	Uygun Değil
AGRESİF DAVRANIŞ (Uygun olan her maddeyi işaretleyiniz)						
Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon						
1-Cildini deler ya da çizerek, kendi kendine vurur, saçlarını çeker (Sadece küçük bir yaralanmayla ya da yaralanma olmaksızın)						
2-Başını vurur,eşyaları yumruklar, kendini eşyalara vurur ya da yere atar (Yaralanma olmaksızın kendine zarar veriyor)						
3-Küçük kesikler ya da morluklar, hafif yanıklar						
4-Kendisini sakatlar, derin kesiklere neden olur, ısırarak kanatır, iç organlarda yaralanma, kırık, bayılma, dişlerini kaybeder						
Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon						
1-Tehdit eden el kol hareketleri yapar, başkalarının üzerine yürür, yakasını tutar						
2-Vurur, tekmeler, iter, saçını çeker(yaralamadan)						
3-Başkalarına saldırır, hafif-orta şiddette fiziksel zarar verir (morluk, burkma, darbe izleri)						
4-Başkalarına saldırır,ağır fiziksel yaralanmalara neden olur(kırılan kemikler,derin yaralar,iç organlarda hasar)						

AÇIK AGRESYON ÖLÇEĞİ	İfade Şekli		Dilinin Anlaşılma Durumu		Madde Türünün Uygunluğu	
	Uygun	Uygun Değil	Anlaşılır	Anlaşıl maz	Uygun	Uygun Değil
Olayın Başladığı saat.....						
Olayın Süresi:.....(saatleri/dakika)						
GİRİŞİM(Yapılanları işaretleyiniz)						
1-Yok						
2-Hasta ile konuşma						
3-Yakın gözlem						
4-Hastayı tutma						
5-Ağız yoluyla acil tedavi						
6-Enjeksiyon yoluyla acil tedavi						
7-Yalnız bırakmadan izolasyon (ara verme)						
8-İzolasyon (tecrit)						
9-Kısıtlama getirme						
10-Yaralanan hastanın acil tedavisi						
11-Yaralanan diğer kişilerin acil tedavisi						
YORUMLAR						

Açık Agresyon Ölçeğinin Genel Değerlendirmesi	Uygun	Uygun Değil
Ölçeğin Fiziksel Görünümü		
	İhtiyaç var	İhtiyaç yok
Ölçeğin Uygulamada Hemşireler İçin İhtiyaç Durumu		
	Uygulanabilir	Uygulanamaz
Agresyon yönetiminde uygulama alanında ölçeğin uygulanabilir olma durumu		

Açıklama:

***İfade şekli:** Her bir maddenin agresyonu açık bir şekilde ortaya koyabilme durumu

***İfade Türü:** Her bir maddenin agresyon davranışlarıyla ilişkili olması
Örneğin; Sözel Davranış bölümünün 1.,2.,3., ve 4. maddelerinin Sözel davranış bölümünün alt başlığı altında yer alabilme özelliğinin olması

***Dilinin anlaşılabilirliği;** Her bir maddenin Türkçe'ye uygun olması ve okuyan kişi açısından açık ve net olarak anlaşılması.

EK 11

Agresyon epizodu süresince hastada gözlemlediğiniz davranışları ve girişimlerinizi aşağıdaki değerlendirme formunda bulunan kutucuklara işaret koyarak belirtiniz(x).

Teşekkürler
Uzm.Hem.Leman Kutlu
İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora
Öğrencisi

Tarih (gün/ay/yıl):

Hastanın Adı-Soyadı:

Değerlendirme Yapanın Adı-Soyadı:

Çalıştığı Vardiya:

Agresyonun gözlemlendiği ortam (Hemşire bankosu, hasta yatağı, yemek odası, salon, oturma odası vs):

Agresyonun olduğu gün:

- 1 ()- Hafta içi
2 ()- Hafta sonu

Agresyon epizotunun gözlemlendiği durum (Zaman/aktivite):

- 1 ()- Tedavi zamanı
2 ()- Ziyaret saati
3 ()- Yemek zamanı
4 ()- Vizit Zamanı
5 ()- Aktivite zamanı
6 ()- Banyo yapma zamanı
7-()- Diğer.....

Agresyonun olduğu gün aralığı:

- 1 ()- Sabah
- 2 ()- Öğle
- 3 ()- Öğleden sonra
- 4 ()- Akşam
- 5 ()- Gece
- 6 ()- Diğer.....

Agresyon epizodu kayıt tipi:

- 1()-Agresyon epizodunun doğrudan profesyonel gözlem ve kayıdı
- 2()-Agresyon epizodunun profesyonel gözleminin anlatımına göre kayıdı
- 3()-Agresyon epizodunun hasta ailesine göre kayıdı
- 4()-Agresyon epizodunun günlük hemşire notlarına göre kayıdı

AGRESYON ÖLÇEĞİ

Agresif Davranış (Uygun olanları işaretleyin)

Sözel Agresyon

- ☐ 1-Yüksek sesle gürültü yapma, öfkeyle bağırma
- ☐ 2-Bağırarak kişiye yönelik hafif hakaretlerde bulunma (Örn: "Sen aptalsın")
- ☐ 3-Ağır küfürler söyleme, öfkeyle çirkin dil kullanma, kendisine yada çevresindekilere karşı orta şiddette tehditlerde bulunma
- ☐ 4-Başkalarına ya da kendisine yönelik açıkça şiddet tehditlerinde bulunma ("Seni öldüreceğim") yada davranışını kontrol edebilmesi için yardım isteme

Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ 1- Kapıyı çarpma, giysilerini atarak dağıtma, ortalığı dağıtma
- ☐ 2- Eşyaları fırlatma, mobilyaları kırmadan tekmeleme, duvara iz bırakma
- ☐ 3- Eşyaları kırma, pencereleri çarparak kırma
- ☐ 4- Yangın çıkarma, eşyaları tehlikeli bir biçimde atma

Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ 1- Cildini çimdikleme yada tırmalama, kendisine vurma, saçını çekme (Hafif bir yaralanma ile ya da yaralanmadan)
- ☐ 2- Başını vurma, yumruklama, kendini yere atma ya da eşyalara vurma (Ciddi yaralanma olmaksızın kendine zarar verme)
- ☐ 3- Kendisinde küçük kesiklere, morluklara ve hafif yanıklara neden olma
- ☐ 4- Kendisini sakatlama, derin bir şekilde kesme, ısırma (Bazen ısırık kanamaya neden olacak kadar güçlüdür.) İç organlarda yaralanma, kırıklar, diş kaybı, kendini kaybetme

Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon

- ☐ 1- Tehdit edici bir tarzda hareketlerde bulunma, ellerini kollarını sallama, giysilerini çekiştirme
- ☐ 2- Başkalarına vurma, tekmeleme, itme yada saçlarını çekme (Onları yaralamadan)
- ☐ 3- Başkalarına saldırma, hafif yada orta şiddette fiziksel olarak zarar verme
(çürükler, burkulma, darbe izleri)
- ☐ 4- Başkalarına saldırma, ağır fiziksel yaralanmalara neden olmak (kemik kırıkları, derin yaralar yada iç organ yaralanmaları)

Olayın Başladığı Zaman:

Olayın Süresi (saat/dakika):.....

MÜDAHALE(GİRİŞİM)

(Uygun olanları işaretleyin)

- ☐ 1- Girişim yok
- ☐ 2- Hastayla konuşma
- ☐ 3- Yakın gözlem
- ☐ 4- Hastayı tutarak engelleme
- ☐ 5- Acil olarak ağız yoluyla ilaç verme
- ☐ 6- Acil olarak enjeksiyon yoluyla ilaç verme
- ☐ 7- Hastayı tecrit etmeksizin izolasyon (Süre koymadan)
- ☐ 8- Hastayı tecrit etme
- ☐ 9- Kısıtlamaları kullanma (Gömlekle yada yatağa bağlayarak)
- ☐ 10-Yaralanma hastanın acil tıbbi tedavisini gerektirir
- ☐ 11-Yaralanma diğer kişinin acil tıbbi tedavisini gerektirir

11. ÖZGEÇMİŞ

Leman Kutlu 1968 yılında Tokat'ın Reşadiye İlçesinde doğdu. İlkokulu, orta okulu ve liseyi Kocaelinin Tütünciftlik İlçesinde tamamladı. 1986 yılında liseyi bitirdikten sonra İstanbul Üniversitesi Florence Nigtingale Hemşirelik Yüksekokulu'nu kazandı ve 1990 yılında mezun oldu. Aynı yıl İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açtığı Psikiyatri hemşireliğinde "Yüksek Lisans Programı"nı kazandı ve 1993 yılında yüksek lisansını tamamladı. 1996 yılında İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün açtığı "hemşirelik Anabilim Dalında" doktora programını kazandı.

1988 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında servis hemşiresi olarak çalışmaya başladı. 1990-1996 yılları arasında kadın servisinin sorumluluğunu yaptı. 1996-1998 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun "Hemşirelik Programına" görevlendirme ile öğretim elemanı olarak çalışmaya başladı. Bu programda "Psikiyatri Hemşireliği" ve "Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler" ve "Çocuk Hemşireliği" derslerini, yine aynı okulda "Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik Programının " Kişilerarası İlişkiler" dersini ve Şişli Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunun Hemşirelik Programında "Psikiyatri Hemşireliği" ve "Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler" derslerini ekip içinde yürütmüştür. 1998 yılında okulun kapanması nedeniyle İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalında "Eğitim Hemşiresi" olarak çalışmaya başlamıştır. Aynı zamanda "Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Bilimdalı'nı" "Sorumlu hemşireliğini" de yapmıştır. 1999 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü'nde "Eğitim hemşiresi" olarak çalışmaya başlamış olup halen aynı görevde çalışmaya devam etmektedir.

Eğitim, yönetim, kalite, psikiyatri, cerrahi, dahili, sempozyum, kongre, eğitim programlarına katılmış olup "2002" tarihinde "Assertivite Eğitimi" almıştır. Halen bu eğitime devam etmektedir.

Şiir yazmayı , internet sayfalarında araştırma yapmayı, el becerileri ile uğraşmayı ve alış veriş merkezlerinin çok olduğu yerlerde dolaşmayı çok seven Leman Kutlu on yıllık evli olup Bekir Can adında bir oğlu vardır.

Orta düzeyde İngilizce bilmekte ve bilgisayar kullanmaktadır.

