



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**POLİKLİNİK BEKLEME ALANINDAKİ HASTALARIN ÖFKE
DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

NEZİHENUR ÖZTÜRK
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

2022-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**POLİKLİNİK BEKLEME ALANINDAKİ HASTALARIN ÖFKE
DÜZEYİ VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

NEZİHENUR ÖZTÜRK

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. HASAN ÇETİN EKERBİÇER

2022-SAKARYA

ONAY

Kurum : Sakarya Üniversitesi/Tıp Fakültesi

Program türü : Uzmanlık Tezi

Anabilim Dalı : Aile Hekimliği

Tez Sahibi : Nezihener Öztürk

Sınav Tarihi : **Saat:**

Tez Başlığı : Poliklinik Bekleme Alanındaki Hastaların Öfke Düzeyi ve İlişkili Faktörler

Bu çalışma, içerik ve kalite bakımından Uzmanlık Tezi olarak Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.

	Ünvan, Adı-Soyadı (Kurum adı)	İmza	Kabul/Red*
Danışman (Üye)			
Üye			
Üye			

* Red kararının gerekçesi onay sayfasının arkasında belirtilmelidir.

ONAY

“Bu tez .../.../2022 tarihinde yukarıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

.../.../2022

Tıp Fakültesi Dekanı

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03/01/2022 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

.../.../2022

Dr. Nezihenur Öztürk

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız ve değerli hocamız Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer'e,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle bana yol gösteren ve desteğini esirgemeyen değerli hocamız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Tez hazırlama sürecimde bilgi ve tecrübesinin yanı sıra sabırlı ve özverili yaklaşımıyla bana destek olan Uzm. Dr. Muhammet Raşit Aydın'a,

Hayatım boyunca yanımda olan, desteklerini her daim hissettiğim, üzerimdeki emeklerini asla ödeyemeyeceğim annem ve babama, varlıklarıyla bana her zaman güç veren değerli kardeşlerime,

Hayatımın her anında yanımda olan canım eşime ve neşe kaynağım canım oğluma,

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Nezihenur Öztürk

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Öfke.....	3
2.1.1. Öfkenin tanımı	3
2.1.2. Öfkenin nedenleri.....	4
2.1.3. Öfkenin türleri.....	5
2.1.4. Öfkenin belirtileri.....	6
2.1.5. Öfke ile ilgili kuramsal yaklaşımlar	6
2.1.5.1. Psikanalitik kuram.....	6
2.1.5.2. Sosyal öğrenme kuramı	8
2.1.5.3. Bilişsel davranışçı kuram	8
2.1.5.4. Biyolojik kuramlar.....	9
2.1.6. Öfke ifade tarzları	9
2.2. Şiddet	10
2.2.1. Şiddetin tanımı	10
2.2.2. Şiddetin sınıflandırılması	11
2.2.2.1. Psikolojik şiddet.....	11
2.2.2.2. Fiziksel şiddet.....	11
2.2.2.3. Cinsel şiddet.....	12

2.2.2.4.	Ekonomik şiddet	12
2.2.3.	Sağlıkta şiddet	12
2.2.3.1.	Sağlıkta şiddetin nedenleri	14
2.2.3.2.	Sağlıkta şiddetin etkileri	16
2.2.3.3.	Sağlıkta şiddete karşı alınacak önlemler	17
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1.	Araştırmanın Tipi	19
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	19
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.4.	Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	19
3.5.	Verilerin Analizi	20
3.6.	Araştırmanın Kısıtlılıkları	20
3.7.	Araştırmanın Etik Yönü	21
4.	BULGULAR	22
5.	TARTIŞMA VE SONUÇ	31
6.	KAYNAKLAR	39
7.	EKLER	46
7.1.	EK-1: Etik kurul kararı	46
7.2.	EK-2: Anket formu	47
7.3.	EK-3: Durumluk öfke ölçeği	51
	ÖZGEÇMİŞ	52

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ILO: Uluslararası Çalışma Örgütü

ICN: Uluslararası Hemşireler Birliği

OECD: Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü

TBMM: Türkiye Büyük Millet Meclisi

MHRS: Merkezi Hekim Randevu Sistemi



TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri.....	23
Tablo 4.2. Araştırmaya katılan hastaların muayene süreçlerinin değerlendirilmesi..	25
Tablo 4.3. Araştırmaya katılan hastaların poliklinik hizmeti alım esnasında rahatsızlık duyduğu durumların değerlendirilmesi.....	26
Tablo 4.4. “Daha önce herhangi bir sağlık çalışanıyla sözel ya da fiziksel bir şiddet olayı yaşadınız mı?” sorusuna “Evet” cevabını veren hastaların şiddete başvurma nedenlerinin değerlendirilmesi	26
Tablo 4.5. Katılımcıların Durumluk Öfke Ölçeği’nden aldığı puanlar	27
Tablo 4.6. Araştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerine göre Durumluk Öfke Ölçeği’nden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.7. Araştırmaya katılan hastaların muayene süreçlerinde yaşadıkları durumlara göre Durumluk Öfke Ölçeği’nden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.8. Araştırmaya katılan hastaların sağlık kuruluşuna başvuru sayıları, poliklinik bekleme salonunda bekleme süreleri ve muayene süreleri ile Durumluk Öfke Ölçeği puanlarının Korelasyon Analiziyle değerlendirilmesi.....	30
Tablo 4.9. Araştırmaya katılan hastaların poliklinik hizmeti alımı esnasında rahatsızlık duyduğu durumlar ile Durumluk Öfke Ölçeği’nden aldıkları puanların karşılaştırılması.....	31

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Günlük hayatta yaygın bir şekilde karşılaştığımız öfke, bireyi tehlikelerden koruyan ve hedeflerine ulaşmasını kolaylaştıran sağlıklı bir duygusal tepkidir. Kontrol edilemeyen öfke ise hem bireyi hem de toplumu ilgilendiren birçok problemi beraberinde getirmektedir. Biz bu çalışmada poliklinik bekleme alanındaki hastaların durumluk öfke düzeylerini ve bununla ilişkili faktörleri tespit etmeyi ve kontrolsüz öfke nedeniyle meydana gelen sağlıkta şiddet olaylarının önlenmesi amacıyla yürütülecek olan çalışmalara katkı sağlamayı hedefledik.

YÖNTEM: Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olup Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin poliklinik bekleme alanlarında bekleyen 500 hastaya yüz yüze görüşme yolu ile anket uygulanarak yapılmıştır. Araştırmaya kardiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, ortopedi, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi polikliniklerine ayaktan başvuran, çalışmamız için gönüllü olan, 18 yaş ve üzerindeki hastalar dahil edilmiştir. Araştırmacılar tarafından hazırlanmış 34 sorudan oluşan bir anket formu ve 10 sorudan oluşan Spielberger'in Durumluk Öfke Ölçeği kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda eğitim düzeyi düşük olanların, aylık gelir düzeyi düşük olanların, sigara kullananların, randevu alırken zorlananların, hasta kayıt ve muayene öncesi işlemler için yardıma ihtiyacı olanların ve bu yardımı alamayanların, hastane içerisindeki yönlendirici işaret ve levhaları yetersiz olduğunu düşünenlerin, poliklinik bekleme alanında oturamayanların, poliklinik bekleme alanında daha uzun süre bekleyenlerin, hekimle yeterince iletişim kuramayanların, öncelikli hasta uygulamasından rahatsızlık duyanların, hastane çalışanlarının veya başka hastaların muayene sırasında muayene odasına girmesinden rahatsızlık duyanların ve daha önce sağlıkta şiddete başvuran hastaların durumluk öfke ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı yükseklik bulunmuştur ($p<0,05$).

SONUÇ: Sağlıkta şiddetin ana aktörü olan hastaların öfke durumlarını, hastaların hekime başvurma kararıyla başlayan ve sağlık hizmetinin tesisiyle sonlanan dinamik bir sürecin tüm bileşenlerinin etkileyebildiği akılda tutulmalı ve sağlıkta şiddetin önlenmesi amacıyla geliştirilen projeler bu kapsamda ele alınmalıdır. Çalışmamıza benzer şekilde, hastaların öfkelenmesine neden olan durumları ortaya çıkarmayı amaçlayan daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ayakta tedavi hizmetleri, bekleme alanı, öfke, şiddet

ABSTRACT

Anger level of patients in outpatient waiting area and related factors

INTRODUCTION AND AIM: Anger, commonly encountered in daily life, is a healthy emotional response that protects the individual from dangers and facilitates reaching his goals. Uncontrollable anger brings many problems that concern both the individual and the society. In this study, we aimed to determine the state anger level of the patients in outpatient clinic waiting room and related factors, and to contribute to the studies to be carried out to prevent violence in healthcare.

MATERIALS AND METHODS: Our research is a cross-sectional study of descriptive type and was conducted by conducting a face-to-face survey of 500 patients in outpatient waiting rooms of Sakarya University Teaching and Research Hospital. Patients aged 18 years and over applied to cardiology, pulmonology, internal medicine, orthopedics, obstetrics and gynecology, general surgery outpatient clinics, volunteered for our study were included in the study. A questionnaire consisting of 34 questions prepared by the researchers and Spielberger's situational anger scale consisting of 10 questions were used.

RESULTS: In our study, those with a statistically significant increase in their state anger scale scores; who have low education level, low monthly income, smokers, difficulties in making an appointment, need help before registration and examination and cannot receive any help, think guiding signs in the hospital are not enough, can sit nowhere in outpatient room, have to wait for a long time, have not communication with the physician efficiently, uncomfortable with privileged patients, be disturbed with the hospital staff or other patients entering the room during examination, have used violence against healthcare workers before ($p<0,05$).

CONCLUSION: It should not be forgotten that all components of a dynamic process that starts with the decision of the patients to apply to the doctor and ends with the provision of health care can affect the anger status of patients who are the main actors of violence in health care. Projects developed for precautionary purposes should be considered. More research is necessary to determine the situations that cause patients' anger.

Keywords: Ambulatory care facilities, anger, violence, waiting room

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günlük hayatta yaygın bir şekilde karşılaştığımız öfke; engellenme, reddedilme, haksızlığa uğrama veya incinme gibi durumların sonucunda ortaya çıkan fizyolojik, bilişsel ve davranışsal boyutları olan duygusal bir tepkidir (Balkaya ve Şahin, 2003). Öfke Spielberger (1988) tarafından durumluk öfke ve sürekli öfke olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir. Durumluk öfke altta yatan herhangi bir sebepten dolayı anlık olarak ortaya çıkarken, sürekli öfke bireylerin öfkelenmeye yatkın olma halini ifade etmektedir.

Öfke ılımlı bir düzeyde ifade edildiğinde; bireylerin tehlikelerden korunmasına ve hedeflerine ulaşmasına ve karşısına çıkan engelleri aşmasına yardımcı olurken, kontrolsüz bir şekilde yaşanan öfke hem bireyi hem de toplumu olumsuz etkileyen birçok probleme yol açmaktadır. Kardiyovasküler hastalıklar, gastrointestinal rahatsızlıklar, psikiyatrik bozukluklar, sigara, alkol ve madde bağımlılığı, aile ve toplum içinde bireyler arası ilişkilerde çatışmalar, şiddet ve suç işleme davranışları gibi durumlar kontrol edilemeyen öfkenin neden olduğu olumsuzluklara örnek gösterilebilir (Görgü ve Sütçü, 2015).

Kişiler arası iletişimin çok yoğun olduğu, kamusal alanda hizmet veren sağlık kurumlarında da bireyler belli belirsiz nedenlerden dolayı öfkelenmekte, öfkelenen hastalar sağlık çalışanlarına düşmanca davranmakta ve şiddete başvurmaktadır. Sağlıkta şiddet; sağlık çalışanları ile hasta, hasta yakınları veya diğer şahıslar arasında meydana gelen bireylerde ruhsal veya fiziksel açıdan olumsuz sonuçlar meydana getirebilen davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bu şiddet davranışı sözel bir tehdit veya taciz olabileceği gibi fiziksel veya cinsel saldırganlık olarak da karşımıza çıkabilmekteyken bazı sağlık çalışanları sağlıkta şiddet olaylarından dolayı hayatlarını kaybetmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının motivasyonunun düşmesine, hastaların tanı ve tedavi süreçlerinin gecikmesine, sağlık hizmetlerinin aksamasına ve sağlık harcamalarının artmasına neden olmaktadır (İlhan ve ark., 2013).

Sağlıkta şiddetin önlenmesi için sağlık kurumları hizmet sundukları bireylerin öfkelenmesine sebep olan faktörleri tespit etmeli ve bu faktörlere yönelik önleyici

faaliyetlerde bulunmalıdır. Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalar daha çok hasta memnuniyetiyle ilgili olup hastaların öfke düzeylerinin araştırıldığı çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Hastaların sağlık hizmeti alırken hastane öncesinde karşılaştığı durumların, muayene öncesinde, muayene sırasında ve sonrasında yaşadığı süreçlerin öfke düzeyine etkisini araştıran çalışmalara rastlanmamıştır.

Biz bu çalışmamızda poliklinik bekleme alanındaki hastaların durumluk öfke düzeyini ve bununla ilişkili faktörleri tespit etmeyi amaçladık. Bu bağlamda araştırmamız gelecek yıllarda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için yürütülecek olan çalışmalara katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Öfke

2.1.1. Öfkenin tanımı

Öfke, sinirlilik ve kızgınlık halinin hafiften şiddetliye kadar değişkenlik gösterebildiği, fiziksel veya sözel saldırma isteği ve davranışı ile sonuçlanabilen karmaşık bir ruh halidir (Staicu and Cutov, 2010).

Günlük hayatta yaygın bir şekilde karşımıza çıkan öfkenin ortak bir tanımı yoktur ve literatür incelendiğinde araştırmacıların öfkeyi farklı biçimlerde yorumladıkları görülmektedir.

Türk dil kurumuna göre öfke incinme, engellenme veya gözdağı karşısında gösterilen kızgınlık ve saldırganlık tepkisi olarak tanımlanmaktadır (<https://www.tdk.gov.tr>, erişim tarihi:16.05.2022). Biagio (1989) öfkeyi gerçek veya gerçek sanılan bir engellenme, tehdit edilme veya haksızlığa uğrama karşısında oluşan ve bireyi rahatsız eden uyaranları ortadan kaldırmaya yönlendiren, güçlü bir duygu olarak tanımlarken, Törestad (1990) öfkenin planlı bir şekilde ortaya çıkmadığını, reddedilme, haksızlık, eleştirilme, küçümsenme, aşağılanma gibi durumların öfke duygusuna sebep olabileceğini belirtmiştir (Balkaya ve Şahin, 2003).

Spielberger (1988) öfkeyi belirli veya belirsiz durumların neden olduğu, bireyi rahatsız eden, yoğun kızgınlık ya da şiddete kadar varabilen bir duygu şeklinde açıklamaktadır (Uslu, 2015). Novaco (1998)'ya göre ise öfke; hoş olmayan bir olayın nedeni olarak algılanan kişilere ya da durumlara yönelik düşmanca hislerin uyarılması sonucunda ortaya çıkan olumsuz bir duygudur (Çivitçi, 2007).

Öfke bireyin kendisini tehlikelere karşı korumasını, hedeflerine ulaşmasını ve karşısına çıkan engelleri aşmasını kolaylaştıran sağlıklı bir duygusal durumdur. Ancak düşmanca bir tavırla ifade edildiğinde ve ılımlı bir düzeyde yaşanmadığında pek çok probleme yol açabilmektedir. Bu problemler arasında gastrointestinal bozukluklar, kalp damar rahatsızlıkları, psikosomatik bozukluklar gibi birçok rahatsızlık, alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı, aile içinde huzursuzluk, toplumda kişiler arası

ilişkilerde sorunlar, iş hayatında olumsuz davranışlar, şiddet, saldırganlık ve suç işleme davranışları da yer almaktadır (Görgü ve Sütçü, 2015).

2.1.2. Öfkenin nedenleri

Bireyin yaşadığı öfkenin ortaya çıkmasında fizyolojik, bilişsel, davranışsal etmenler olmak üzere birçok sebep bulunmaktadır. Öfkeyi oluşturan bu etmenler araştırıldığında tek bir nedenin bulunmadığı görülmektedir (Canbuldu, 2006).

Gazda (1995) öfkenin sebeplerini dört başlık altında incelemektedir. Bunlar; kayıplar, tehditler ve korkular, engellenme ve reddedilmedir. Örneğin bireyin hayatında önemli bir yer tutan sevdiği birinin ya da aile fertlerinden birinin vefat etmesi gibi kayıplar bireyde derin bir öfke duygusu oluşturabilmektedir. Aynı zamanda sağlığın kaybedilmesi ya da bireyin işini kaybetmesi gibi olumsuz durumlar da öfke duygusunu tetikleyebilmektedir. Herhangi bir tehdit, sözel ya da fiziksel bir saldırı, savaş ve açlık, uzun süren işsizlik dönemi gibi gerginlik ve güvensizlik oluşturan durumlar da bireyde korku ve beraberinde öfke duygusunu da getirmektedir (Kaplan, 2007).

Bir diğer sebep olan engellenme ise birçok araştırmacının üzerinde durduğu geniş bir kavramdır. Cüceloğlu'na göre engellenme, kişinin elde etmek istediği herhangi bir nesneye, ulaşmak istediği herhangi bir hedefe varamaması veya bir ihtiyacının giderilememesi durumunda ortaya çıkan olumsuz duygudur (Cüceloğlu, 1991).

Gazda engellenmeyi, bireyin ihtiyaçlarına ulaşmasının engellenmesiyle birlikte yaşadığı çaresizlik ve yetersizlik duygularından dolayı ortaya çıkan öfke durumu olarak açıklamaktadır. Reddedilmeyi ise bireyin bir başkası tarafından kabul görmemesi, istenmemesi halinde hissettiği değersizlik ve yaşadığı düş kırıklığı olarak tanımlamaktadır (Kaplan, 2007). Bununla birlikte toplumda bazı bireylerin diğerlerine göre daha öfkeli ve hiddetli olabildiği görülmektedir. Bunun sebeplerinden biri de genetik faktörlerdir. Öfkeli bireylerin erken çocukluk dönemlerinde de huysuz, alıngan ve çabuk öfkelenen özelliklere sahip olduğuna dair çalışmalar literatürde mevcuttur (Kökdemir, 2004).

Aynı zamanda bireylerin içinde bulunduğu toplumun sosyokültürel yapısı ve bireyin yetiştiği aile ortamı da öfke duygusunun oluşmasında ve ifade edilmesinde büyük bir

paya sahiptir. Duygusal iletişimin yeterli olmadığı yıkıcı ailelerde bireylerin daha çabuk öfkelenildiği bildirilmiştir. Toplumumuzda genellikle bireylere öfkenin olumsuz bir duygu olduğu, öfke duygusunu ifade etmenin doğru olmadığı ve öfkenin bastırılması gerektiği öğretilmektedir. Bundan dolayı bireyler öfkeyi doğru bir şekilde kullanamamakta ve öfke duygusunu yönetememektedirler (Bilge ve Ünal, 2005).

Deffenbacher (1999) öfke duygusuna sebep olan uyaranları üç gruba ayırarak açıklamaya çalışmıştır.

1. Dıştan gelen birtakım uyaranlar bireyde öfkeye sebep olabilmektedir. Bu dış uyaranlar bireyin ihtiyaçlarına ulaşmasını engellerse bu durum bireyde öfke oluşturmaktadır. Bireyin gideceği yere vaktinde gidememesi, arabasını park etmek için yer bulamaması ya da yoğun trafiğin ortasında kalması gibi durumlar dış uyaranlara örnek olarak verilebilir.
2. Çevreden gelen dış uyaranlar bazı durumlarda da bireyin geçmişte yaşadığı olayları ya da durumları çağrıştırdığı için bireyde öfke duygusu oluşturabilmektedir. Posttravmatik stres bozukluğu buna örnek olarak gösterilebilir. Bireyin kendi yaşantısı yoluyla zihnine yerleşen imgeler, benzer uyaranlarla karşılaştığında bireyde öfke duygusu oluşturabilmektedir.
3. Öfke duygusu iç uyaranların etkisiyle de ortaya çıkabilmektedir. Örneğin boşandığı eşini düşünen bir kadın yoğun öfke duygusu hissedebilir ya da eleştirilmekten ve küçümsenmekten korkan bir birey karşısındakine öfkeli bir şekilde tepki gösterebilir. Böyle durumlarda öfke bireyin zihnindeki iç uyarıcılarla tetiklenmiş olur (Deffenbacher, 1999).

2.1.3. Öfkenin türleri

Spielberger (1988) öfkeyi durumluk öfke ve sürekli öfke olmak üzere iki başlık altında incelemiştir. Durumluk öfke herhangi bir anda deneyimlenen, farklı olaylar ve durumlar karşısında düzeyi değişebilen duygusal bir tepki olarak tanımlanırken, sürekli öfkenin ise bireyin mizaç özelliklerine bağlı olduğunu ve kişilik yapısının bir parçası olarak ortaya çıktığı vurgulanmıştır (Cankardaş ve Şalcıoğlu, 2021).

Durumluk öfke daha çok altta yatan bir nedenden dolayı ani olarak ortaya çıkmaktadır. Sürekli öfke ise genellikle bireylerin öfkelenmeye yatkın olma durumunu ifade etmektedir. Sürekli öfkeli halinde öfke düzeyi yüksek olabildiği için kontrol etmek zor olabilmektedir. Bu duygunun sürekli tekrar etmesi bireyin beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Baş ağrıları, sindirim bozuklukları, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet gibi birçok hastalığa sebep olabilmektedir (Özmen, 2006).

2.1.4. Öfkenin belirtileri

Öfke duygusu, diğer duygular gibi fizyolojik değişimlerle birlikte ortaya çıkmaktadır. Çeşitli uyarılar öfke duygusunu harekete geçirdiğinde vücutta birtakım değişiklikler meydana gelmektedir. Stres ve gerginliğin başlamasıyla, sempatik sinir sistemi aktive olur ve adrenalin hormonu salgılanır. Soluk alıp verme sıklaşır, kalp atışları hızlanır ve kan basıncı artar. Vücutta titreme, terleme, ağızda kuruluk, yüzde kızarıklık meydana gelir. Böylece vücut savaş ya da kaç tepkisine kendisini hazırlar. Bireyler öfkeli olduklarında kas tonusunun artması, yumrukların sıkılması, kaşların çatılması, vücutta uyuşma, sesin yükselmesi gibi belirtilerin olması kişinin öfkeli olduğuna dair birer işaret olarak kabul edilmektedir (Bilge ve Ünal, 2005).

Öfke duygusunun yoğun bir şekilde yaşanması bireyin saldırgan davranışlarda bulunmasına yatkınlık oluşturabilmektedir. Bu saldırganlık davranışı hem sözel hem de fiziksel şiddet olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu durumda öfkenin kontrol edilememesi söz konusudur ve böylece birey hem çevresi hem de kendisi için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Öfkeli ve saldırgan bireyler uzun vadede özellikle kardiyovasküler hastalıklar, gastrointestinal sistem rahatsızlıkları, anksiyete, baş ağrısı, yorgunluk gibi problemler için risk oluşturmaktadır (Soykan, 2003).

2.1.5. Öfke ile ilgili kuramsal yaklaşımlar

2.1.5.1. Psikanalitik kuram

Sigmund Freud tarafından geliştirilen psikanalitik kurama göre bireyler yaşam ve ölüm olmak üzere iki temel iç güdüyle hareket etmektedirler. Freud'a göre yaşam içgüdü cinsellikle, ölüm içgüdü de saldırganlıkla ilişkilidir (Geçtan, 1993).

Bireyin öfkesini kontrol edip sağlıklı bir yaşam sürebilmesi için bilinçaltında bulunan saldırganlık içgüdüsünün farkında olması gerekmektedir. Bu kurama göre bireyler öfke duygusunun altta yatan sebeplerini anlayamazlarsa bu durum birçok psikosomatik rahatsızlığa sebep olabilmektedir (Uslu, 2015).

Psikanalitik kurama göre yaşamın ilk yılları (0-1 yaş) oral dönem olarak adlandırılmaktadır. Bu dönemde bebekler emme, ağzına alma ve ısırma gibi davranışlarla nesneleri ve çevresini tanımaya çalışmaktadır. Anneye ya da özbakım veren kişiye bağımlı olan bebeğin bu pasif davranışları dişlerin çıkmasıyla birlikte ısırma ve kemirme gibi daha etkin davranışlara dönüşmektedir. Böylece bireyde saldırgan kişilik özelliklerinin temelleri oluşmaya başlamaktadır. Bu kurama göre oral dönemde takılıp kalan ve ilerleme gösteremeyen bebekler yaşamın ilerleyen dönemlerinde çevresindeki insanları aşağılayan, küçümseyen, alay eden, suçlayan ve çabuk öfkelenen bireylere dönüşmektedir (Türker, 2010).

Oral dönemi takip eden ve çocuğun anüs kasları üzerinde hakimiyet kurduğu 1-3 yaş dönemi anal dönem olarak adlandırılmaktadır. Dışkılamanın ve anüsün haz kaynağı olduğu bu dönemde tuvalet eğitimi çok büyük önem taşımaktadır. Annenin bu süreçte çocuğa olan yaklaşımı ve tutumu, ilerleyen yıllarda çocuğun kişilik yapısına ve karakter özelliklerine etki etmektedir. Cezalandırıcı ve katı bir tutum sergilendiği takdirde çocuğun dışkılama alışkanlığını bir silah gibi saldırgan bir duyguyla kullanmasına sebep olabilir. Anal sadizm de denilen bu durumda, çocuk duygularını bastırarak anal tutucu bir kişilik veya isyan eden, öfke nöbetleri geçiren ve eziyet eden anal tepkici bir kişilik de geliştirebilmektedir (Köknel, 1998).

Freud'a göre 3-5 yaş dönemi fallik dönemdir ve bu dönemde cinsel bölge, haz kaynağıdır. Cinsel kimliğin fark edildiği bu dönemde çocuk kendi bedenini tanımaya başlamaktadır. Aynı zamanda kız çocukların babaya, erkek çocukların ise anneye düşkün olduğu eletra ve odipus kompleksi bu dönemde yaşanmaktadır. Eğer çocuk anne-baba ya da çevrenin tutumundan dolayı suçluluk, korku, baskı veya pişmanlık hissederse, bu durum şiddet ve saldırganlık tepkisini ortaya çıkarabilmektedir. Fallik dönemde saplanıp kalmış bireyler genellikle kural tanımayan bireylere dönüşebilmektedirler (İmamoğlu, 2003).

Psikanalitik kuram, katarsis (boşalım) olarak adlandırılan bir kavramla öfke duygusunun işlevini açıklamaya çalışmaktadır. Organizma bir ihtiyaç hissettiğinde, bu ihtiyaç bir gerilime sebep olmaktadır. Bu gerilimin yok olması için organizmanın içinde bulundurduğu enerjiyi boşaltması gerekmektedir. Bireyler öfkelerini ifade ederek aslında biriken enerjinin sebep olduğu gerilimi azaltmaya çalışmaktadır. Öfke psikanalitik kurama göre içgüdüsel ve öfkenin ifade edilmesiyle organizmada bir katarsis ve rahatlama meydana gelmektedir (Lulofs, 2000).

2.1.5.2. Sosyal öğrenme kuramı

Sosyal öğrenme kuramına göre bireyler öfkeyi ve saldırganlığı içinde bulundukları toplumdan yaşantı yoluyla öğrenmektedirler. Çevresel faktörler öfkenin oluşmasında büyük rol oynamaktadır (Hoşgör, 2013).

Bu yaklaşıma göre öfke doğuştan değildir ve bazı kanallar yoluyla kazanılmaktadır. Kişiler öfkeyi ve öfke davranışını yaşadıkları toplumla özdeşleşerek ve çevresindeki bireyleri taklit ederek, model alarak, gözlemleyerek öğrenmektedirler (Anlı, 2017).

Model alma yoluyla öğrenilen öfkenin ve öfkeyi ifade etmenin temelinde anne babanın davranış ve tutumları büyük önem taşımaktadır. Bireyin içinde bulunduğu aile ortamında sağlıklı bir iletişim olduğu takdirde bireyde olumlu davranış özellikleri oluşmaktadır. Ancak zarar veren, aşağılayan, örseleyen anne baba tutumları bireyde öfke ve saldırganlık davranışının gelişmesine sebep olmaktadır (Özmen, 2004).

2.1.5.3. Bilişsel davranışçı kuram

Bilişsel davranışçı kurama göre öfke duygusal, bilişsel ve davranışsal öğelerden oluşan bir bütündür. Bireylerin zihnindeki düşünceler ve bilişler davranışları büyük ölçüde etkilemektedir. Bu yaklaşıma göre öfke davranışının sebebini düşmanlık içeren düşünceler oluşturmaktadır. Ancak öfkenin meydana gelmesinin sebebi uyaranlar değildir. Öfke, çevredeki uyaranların bireyler tarafından düşmanca algılanması ve yorumlanması nedeniyle oluşmaktadır (Deffenbacher, 2011).

Bireyin karşılaştığı herhangi bir durum ya da olay, birey tarafından haksızlık, reddedilme, engellenme ya da küçümsenme olarak algılanıp yorumlanırsa bu durum

öfkeye sebep olan bir uyarılma meydana getirmektedir. Böylece bireyde öfke davranışı ortaya çıkmaktadır. Toplumda bireylerin olaylara ve durumlara yüklediği anlamlar ve algılayış biçimleri farklı olduğu için, ortaya çıkan duygusal tepkiler de farklı olmaktadır (Avcı, 2009).

2.1.5.4. Biyolojik kuramlar

Biyolojik kuramlar öfkenin otonom sinir sisteminden kaynaklanarak ortaya çıktığını savunmaktadır. Yapılan araştırmalar limbik sistem ve amigdalanın öfke ve saldırganlık davranışının oluşmasında ve kontrol edilmesinde etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Bu bölgelerin uyarılmasıyla deney hayvanlarında saldırgan davranışların ortaya çıktığı gözlenmiştir (İmamoğlu, 2003).

Darwin yaptığı çalışmalarla hayvanların ve insanların tehlikeli bir durumla karşılaştıklarında öfke tepkilerinin benzer olduğunu öne sürmektedir. Buna göre öfke davranışı sonradan öğrenilmemiştir ve doğuştan gelen ilkel bir reflekstir. Organizmanın herhangi bir tehditle karşılaşmasıyla göz bebekleri büyür, kas tonusu artar, tüyleri diken diken olur ve beden kendisini savunmaya başlar (Kısaç, 1997).

James Lange da Darwin gibi öfkeyi biyolojik bir yaklaşımla ele almıştır. Bireyler bir uyararla karşılaştıklarında bedenlerinde adrenalin ve nöradrenalin hormonlarının etkisiyle birtakım fizyolojik değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler de kişide öfke duygusunu harekete geçirir. Bu yaklaşım öfke duygusunun bedendeki değişiklikler sonrasında ortaya çıktığını savunmaktadır (Cüceloğlu, 1996).

2.1.6. Öfke ifade tarzları

Günlük hayatımızda öfke farklı şekillerde ifade edilerek karşımıza çıkmaktadır. Spielberger öfke ifade tarzlarını, içselleştirilmiş öfke, dışsallaştırılmış öfke ve öfke kontrolü olarak üç bölümde incelemiştir.

Bireyin öfke duygusunu bastırması ve dışarıya yansıtması içselleştirilmiş öfke olarak adlandırılmaktadır. Öfkenin de diğer duygular gibi normal bir duygu olduğu öğrenilmediği taktirde bireyler öfkelerini kabul etmeyip içe yöneltmektedir. Bu gibi durumlar bir süre sonra bireylerde hem ruhsal hem de bedensel rahatsızlıklara sebep

olabilmektedir (Bayhan, 1999). Örneğin toplumda öfkenin erkeklere özgü bir duygu olduğu kabul edildiği için kadınların öfke duygusunu ifade etmesi hoş karşılanmamaktadır. Bu durum öfke ifadesinde cinsiyet farklılıklarının oluşmasına sebep olmaktadır. Öfke duygusu erkekler için bir güç göstergesi olarak karşımıza çıkarken, kadınlar öfke duygularını bastırma eğilimindedirler (İmamoğlu, 2003).

Öfkenin dışsallaştırılması ise kontrolsüz bir durumdur. Birey öfkesini çevresindeki insanlara zarar vererek saldırgan bir biçimde yansıtmaktadır. Öfkenin bu şekilde ifade edilmesi bireyde geçici bir rahatlama sağlamış olsa da uzun vadede kişiler arası ilişkilerde çatışmalara yol açabileceği için tehlikeli bir durumdur. Toplumda sözel veya fiziksel şiddet olaylarının artmasında öfkenin yanlış yönlendirilmesinin payı oldukça büyüktür. Aynı zamanda birey kendi bedenine de zarar vermektedir.

Bireylerin hem kendisine hem de çevresine zarar vermeden öfke duygusunu doğru bir şekilde yönetebilmesi öfke kontrolü olarak adlandırılmaktadır. Öfke kontrolü, öfke duygusunun yok sayılarak kabul edilmemesi anlamına gelmemektedir. Bu kontrol, öfkeli halinin sebep olduğu davranışsal tepkileri azaltmak ve bireyin daha sağlıklı kanallarla öfke duygusunu ifade edebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır (Beyazaslan, 2012).

2.2. Şiddet

2.2.1. Şiddetin tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO)'ne göre şiddet, fiziksel kuvvetin istemli olarak başka bir bireye uygulanmasıyla birlikte bireyde bedensel veya psikolojik zararlar meydana getirme durumudur (Krug ve ark., 2002).

Türk dil kurumuna göre şiddet farklı görüşte olanlara uygulanan kaba kuvvet, duygularda ve davranışlarda aşırıya kaçma olarak tanımlanmaktadır (<https://www.tdk.gov.tr>, erişim tarihi:16.05.2022).

Şiddet, Arapça dilinden köken alan bir terim olup sertlik, peklik anlamlarına gelmektedir. Şiddet davranışının amacı bireyi tehdit etmek, canını yakmak ve öldürmek, sahip olduklarına zarar vermek, yıkmak ve yok etmek olabilmektedir. Hukuksal açıdan bakıldığında şiddet; cinayet, tecavüz, ateşli silahla saldırı, gasp etme

gibi ağır suçları veya tehdit etme, trafik suçları gibi daha hafif olabilecek suçları da içine almaktadır. Şiddet hukuki bir terim olarak şahıslara karşı cürümler olarak ifade edilmektedir ve bireyler bu şiddet davranışından dolayı ceza yasası kapsamında cezalandırılmaktadır (Özerkmen ve Gölbaşı, 2012).

Saldırganlık ve şiddet yakın anlamlı kelimelerdir ve çoğu zaman birbirlerinin yerine kullanılmaktadırlar. Araştırmacılar şiddeti bir saldırganlık şekli olarak yorumlamaktadırlar. Saldırganlık bireyin çevresindekileri incitmek amacıyla ortaya koyduğu her türlü zarar verici niyet ve davranıştır. Dolayısıyla her saldırganlık şiddet demek değildir (Crick ve Grotpeter, 1995).

2.2.2. Şiddetin sınıflandırılması

2.2.2.1. Psikolojik şiddet

Toplumda yaygın olarak karşımıza çıkan psikolojik şiddet bireyi üzen, inciten, yıpratıcı, baskı altında hissettiren tutum ve davranışlardır. Duygusal şiddet olarak da nitelendirilen psikolojik şiddet bireyin benlik saygısına zarar vermeyi amaçlamaktadır ve bireyde yetersizlik ve değersizlik hisleri meydana getirmektedir. Küçümsemek, dışlamak, yaftalamak, tehdit etmek, bağırarak, kıskançlık duygusal şiddete örnek olarak verilebilir. Bu gibi durumlar bireyi kontrol edici ve baskılayıcı davranışları içermektedir. İş yerlerinde meydana gelen mobbing olayları da psikolojik şiddetin bir boyutudur (Follingstad, 2011).

2.2.2.2. Fiziksel şiddet

Fiziksel şiddet bireyin karşısındaki kişinin canını acıtmak için kasıtlı olarak yaptığı davranışlardır. Tokatlamak, tekmelemek, yumruk atmak, boğmak, kesici delici aletle veya ateşli silahla yaralamak, yakmak gibi davranışlar fiziksel şiddete örnek gösterilebilir (Krug ve ark., 2002).

Fiziksel şiddet maruz kalan kişide bazı olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Şiddet davranışı bazen geçici hasarlar meydana getirirken, bazı durumlarda ölümle de sonuçlanabilmektedir. Toplumun her kesiminde görülen bu şiddet olayları yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve sosyokültürel özelliklere göre değişiklik göstermektedir.

Güçlü olanlar güçsüz olanlara karşı şiddet uygulamakta ve özellikle çocuklar, kadınlar, yaşlılar fiziksel şiddete maruz kalıp zarar görmektedirler (Polat, 2016).

2.2.2.3. Cinsel şiddet

Cinsel şiddet, bireyin kendi cinsel istek ve ihtiyaçları için başka bir bireyi cinsel nesne olarak kullanmasıdır. Çoğunlukla kadınlara ve çocuklara yöneltilen cinsel şiddet, sözel taciz ve sarkıntılıktan, cinsel ilişkiye zorlama, ensest, zorla evlendirilme ve fuhuşa kadar çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Cinsel şiddet davranışlarının büyük bir bölümü aynı zamanda fiziksel şiddet davranışlarını da içermektedir (<https://www5.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem24/yil01/ss454.pdf>, erişim tarihi: 16.05.22). Cinsel şiddet birçok problemi de beraberinde getirmektedir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler, düşükler, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, kendine zarar verme düşünceleri ve intihar bunlardan bazılarıdır (Harcar ve ark., 2008).

2.2.2.4. Ekonomik şiddet

Ekonomik şiddet, ekonomik kaynakların birey üzerinde bir korku ve tehdit aracı olarak kullanılması ve bireyin ekonomik özgürlüğünün engellenmesi olarak tanımlanmaktadır (Polat, 2016). Ekonomik şiddet hem maruz kalan bireye zarar vermekte, hem de toplumsal kalkınmayı engellenmektedir. Bireylerin çalışmasının engellenmesi, düşük miktarlarda maaş ödemeleri ya da bireylerin işlerini bırakmak zorunda kalmaları ekonomik şiddete örnek olarak verilebilir. Aynı zamanda evin geçimini sağlamak için eşinden para alamayan birçok kadın da ekonomik şiddete maruz kalmaktadır (Fawole, 2008). Bu durum bireylerin daha gergin olmasına sebep olmakta ve bireyleri saldırgan davranışlara yatkın hale getirebilmektedir (Karaca, 2014).

2.2.3. Sağlıkta şiddet

İş yerinde şiddet toplumu ilgilendiren önemli sorunlardan biridir. Kamusal alanda hizmet veren ve insanlar arasındaki iletişimin çok yoğun olduğu iş sahalarında şiddet davranışlarına daha sık rastlanmaktadır (Çöl, 2008). Doktor, hemşire, sağlık memuru, teknisyen, eczacı, yardımcı personel gibi birçok çalışanın olduğu sağlık kurumları

da iş yerinde şiddete maruz kalma açısından büyük risk altındadır (Wells ve Bowers, 2002). Yapılan araştırmalarda sağlık çalışanlarının diğer iş yeri çalışanlarına göre şiddet davranışıyla karşılaşma riskinin 16 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Elliot, 1997).

Sağlıkta şiddet; sağlık çalışanları ile hasta, hasta yakınları veya diğer şahıslar arasında meydana gelen taraflarda ruhsal veya fiziksel açıdan olumsuz sonuçlar doğurabilen davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Bu şiddet davranışı, sözel bir tehdit veya taciz olabileceği gibi fiziksel veya cinsel saldırganlık olarak da karşımıza çıkabilmektedir (İlhan ve ark., 2013).

Uluslararası Çalışma Örgütü (International Labour Office-ILO)'nün raporuna göre iş yerinde meydana gelen şiddet olaylarının %25'ini sağlıkta şiddetin oluşturduğu ortaya konmuştur. Üstelik sağlık kurumlarında meydana gelen birçok şiddet olayı kayıt altına alınamamaktadır. Bu durum sağlıkta şiddetin gerçek sıklığının bilinmesine engel olmaktadır (Yeşilbaş, 2016).

Sağlıkta şiddetin bütün ülkelerde görülmekle birlikte gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha yaygın olarak karşımıza çıktığı yapılan araştırmalarda ortaya konmuştur (Camerino ve ark., 2007).

Uluslararası Çalışma Örgütü, Dünya Sağlık Örgütü ve Uluslararası Hemşireler Konseyi (International Council of Nurses-ICN)'nin 2002 yılında yayınlamış olduğu sağlıkta şiddet raporuna göre son bir yıl içerisinde sağlık kurumlarında çalışanların yarısından fazlası şiddete maruz kalmıştır. Bu çalışmaya göre çalışanların %3-17'si fiziksel, %10-23'ü duygusal, %0,7-8'i cinsel ve %27-67'si de sözel şiddetle karşılaşmıştır (Chen ve ark., 2008). Amerika'da 142 hastane çalışanıyla yapılan başka bir çalışmada ise çalışanların %13'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Hodgson ve ark., 2004). Avustralya'da 9.449 hekimin dahil edildiği geniş çaplı bir çalışma yapılmış ve bu çalışmanın sonuçlarına göre son bir sene içinde hekimlerin %70,6'sı sözel, %32,3'ü ise fiziksel şiddete maruz kalmıştır (Hills ve ark., 2012). İsviçre'de 291 hemşirenin katılımıyla yapılan başka bir çalışmada, hemşirelerin %72'sinin sözel ve %42'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir (Hahn ve ark., 2010).

Ülkemizde de sağlıkta şiddet ile ilgili birçok çalışma yürütülmüştür. 2006 yılında batı illerini kapsayan çok merkezli bir araştırmada son 12 ay içerisinde şiddetle karşılaşan sağlık çalışanlarının oranının %49,5 olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sağlık çalışanlarının %48,3'ünün de birden fazla kez şiddete uğradığı belirlenmiştir (Ayrancı ve ark., 2006).

Ankara, Kütahya ve Eskişehir illerinin dahil edildiği 2002 yılında yapılan bir başka çalışmada çalışanların %50,8'inin son 12 ay içinde şiddete uğradığı tespit edilmiştir. Hekimlerin %67,6 oranıyla ilk sırada şiddete maruz kaldığı, bunu %58,4 oranıyla hemşirelerin ve %36,7 öğretim üyelerinin takip ettiği belirlenmiştir (Ayrancı ve ark., 2002). Adana'da yapılan bir çalışmada çalışmaya katılan acil servis çalışanlarının %100'ünün nöbetlerde en az bir kere sözel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Son dört hafta içinde %53,2 oranında saldırgan davranış, %38,5 oranında fiziksel şiddet davranışı meydana geldiği bulunmuştur. Alkol ve madde kullanan bireylerin daha fazla şiddet davranışı sergilediği ortaya konmuştur (Gülalp ve ark., 2009).

Yapılan bazı araştırmalarda sağlıkta şiddetin hastanede en çok psikiyatri servislerinde, acil servislerde, poliklinik bekleme alanlarında ve geriatrik bölümlerde görüldüğü tespit edilmiştir (McPhaul ve Lipscomb, 2004). Başka bir çalışmada sağlıkta şiddetin en fazla yaşandığı birimin poliklinik muayene odası, daha sonra acil servis ve yataklı servisler olduğu saptanmıştır. Kanada merkezli yapılan farklı bir çalışmada ise sağlıkta şiddet olaylarının daha çok acil servislerde meydana geldiği belirlenmiştir (Fernandes ve ark., 1999).

2.2.3.1. Sağlıkta şiddetin nedenleri

Son yıllarda sıklığı artan sağlıkta şiddetin birçok farklı nedeni bulunmaktadır. Şiddet olayları hem bireylerden hem de çevresel faktörlerden kaynaklanabilmektedir. Sağlık sistemindeki eksiklikler de hastaların saldırgan davranışlar göstermesine zemin hazırlamaktadır.

Sosyokültürel farklılıklar, eğitim düzeyi, hastalardan veya sağlık çalışanlarından kaynaklanan iletişim sorunları, çalışanların uygunsuz tutum ve davranışları, kalabalık ortamlar, oturma alanlarının yetersizliği, hastanedeki demirbaş malzemelerin eksikliği, hastaların randevu bulmakta zorlanması, muayene öncesindeki uzun

bekleme süreleri, hastaların verilen tedaviden memnun kalmaması, çalışanların tecrübesiz olması, medyada sağlıkta şiddetin olumsuz bir biçimde yansıtılması ve sağlık çalışanlarının hedef haline getirilmesi gibi sebepler bireylerin öfke düzeyinin artmasına ve şiddet olaylarının meydana gelmesine sebep olabilmektedir (Özcan ve Bilgin, 2011).

Ayrıca bireylerin, poliklinik odasına hastaların adaletsiz bir şekilde çağrıldığını düşünmeleri, hasta ve yakınlarının kendilerini en acil hasta olarak görmeleri ve bir an önce kendi hastalarıyla ilgilenilmesini istemeleri de sağlıkta şiddet için risk oluşturmaktadır. Bununla birlikte hastane içerisinde ateşli silahların ve kesici delici aletlerin bulunabilir olması, hastaların hastane içerisinde sınırsız bir şekilde dolaşabilmeleri ve güvenlik önlemlerinin yetersiz olması da sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalmaları açısından büyük bir tehdit oluşturmaktadır (Yeşildal, 2005).

Bireylerin kendi yaşantılarındaki problemler, alkol ve madde bağımlılığı ya da psikiyatrik bir tanı almış olmaları da kontrolsüz öfke davranışlarının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır (Carmi-Iluz ve ark., 2005).

Bireylerin birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezlerden daha çok, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuru yapmaları, hastanelerde ciddi bir yoğunluk oluşturmakta ve bu durum sağlık hizmetlerinin aksamasına neden olmaktadır. Hastanelerde meydana gelen bu yığılma, hastaların bekleme sürelerinin uzamasına, randevu saatlerinin aksamasına, tanı ve tedavilerin gecikmesine yol açmaktadır. Bireylerin karşılanamayan bu ihtiyaçları, bireylerde öfke tepkisi oluşturmakta ve bu durum sağlıkta şiddet olaylarının artmasına neden olmaktadır (Kowalenko, 2005).

Sağlık sistemindeki yetersizlikler çalışanların iş doyumunun azalmasına ve çalışanlarda tükenmişlik sendromunun oluşmasına sebep olmaktadır. İş yükünün fazla olması ve hastalara yeterli zaman ayrılamaması, hasta memnuniyetini azaltmakta ve bu durum sağlıkta şiddet için büyük bir risk oluşturmaktadır. Aynı zamanda şiddet davranışını önlemek için caydırıcı yasal düzenlemeler bulunmamakta ve bireyler sağlık çalışanlarına hesap sormayı hak olarak görmektedir (Akça ve ark., 2014).

Sağlık çalışanları ile hasta ve hasta yakınları arasındaki iletişim problemleri de şiddet davranışının ortaya çıkmasında büyük bir yer tutmaktadır. Küçümseyici, aşağılayıcı, emredici ve umursamaz tavırlar bireylerin öfkelenmesine sebep olmaktadır. Samimi, hoşgörülü ve daha güler yüzle sergilenen davranışların bireylerin öfke düzeyini önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir.

Medyada reyting yapmak amacıyla sağlık çalışanları ile ilgili olumsuz haberler yapılmakta ve sağlık çalışanlarının hatalı veya eksik tıbbi uygulamalar yaptığı, fazla maaş aldığı iddia edilerek bireyler sağlık çalışanları aleyhinde kışkırtılmaktadır. Hastanede meydana gelen olayların yanlış bir şekilde, sağlık çalışanları hedef gösterilerek halka sunulması şiddet davranışını artıran en önemli sebeplerden biridir (Pinar ve Pinar, 2012).

2.2.3.2. Sağlıkta şiddetin etkileri

Sağlıkta şiddet, sağlık çalışanlarını hem fiziksel hem de psikolojik olarak olumsuz etkilemektedir. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarında, moral bozukluğu ve motivasyon düşüklüğünden, anksiyete bozukluğu, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklara kadar varabilen rahatsızlıklar gözlenebilmektedir. Aynı zamanda birçok sağlık çalışanı fiziksel olarak da zarar görmekte ve hatta şiddet davranışı nedeniyle bazı sağlık çalışanları hayatlarını kaybetmektedir. Bu sebeplerden dolayı sağlık çalışanlarında işe gitme isteği azalmakta ve bireyler işyerlerinden nefret etmektedir. Bununla birlikte çalışanlarda ön yargı ve şüphecilik oluşmakta, çalışanlar kendilerini değersiz ve yetersiz hissetmektedir (Atan ve Dönmez, 2011).

Sağlıkta şiddet olayları sadece sağlık çalışanlarını değil hasta ve hasta yakınlarını da pek çok yönden olumsuz etkilemektedir. Bireylerin yardım ve desteğe en fazla ihtiyaç duydukları anlardan biri kendilerinin ya da yakınlarının hasta oldukları zamanlardır. Böyle zamanlarda bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamaları bireylerde kaygı ve stres düzeyini arttırmakta ve şiddet davranışlarının ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Şiddet olaylarının yaşanmasıyla birlikte bireylerin tedavi süreçleri aksamakta ve hastalık seyirleri kötüleşmektedir (Taş ve Çevik, 2006).

Sağlıkta şiddet toplum açısından da olumsuz sonuçlar doğurmaktadır. Bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin kalitesi ülkenin kalkınma düzeyini önemli ölçüde etkilemektedir. Şiddet olayları sağlık hizmetlerinin sunulmasını olumsuz yönde etkilemekte ve sağlık harcamaları artmaktadır. Bu durum ülke ekonomisine de zarar vermektedir. Kanada da yapılan bir çalışmaya göre şiddet olayları sonucunda ücret kayıplarının önemli ölçüde arttığı tespit edilmiştir (Chappell ve Martino, 2006).

2.2.3.3. Sağlıkta şiddete karşı alınacak önlemler

Son yıllarda sıklığı artan ve büyük bir halk sağlığı problemi olan sağlıkta şiddetin engellenmesi için geniş çaplı önlemler alınmalıdır. Öncelikle şiddetin birincil kaynağı olan bireylerin ve toplumun şiddet ortamından uzaklaştırılması gerekmektedir. Bunun için bireylere hem aile içerisinde hem de eğitim hayatında şiddet kültüründen uzak, eşitlik, adalet, hoşgörü, empati, saygı ve sevgi gibi evrensel değerlerin kazandırılması büyük önem taşımaktadır. Böylece bireylerin toplum hayatında karşılaştıkları sorunları şiddete başvurmadan çözmeleri sağlanacaktır (Cinoğlu, 2015).

Toplumda şiddet normal bir tepki gibi gösterilmemeli ve tolere edilmemelidir. Şiddet olaylarının önlenmesi için caydırıcı yasal düzenlemeler yapılmalı, sözel ve fiziksel tüm şiddet davranışları suç olarak sayılmalıdır. Şiddet karşıtı politikalar geliştirilmeli, kurallar koyulmalı ve tüm bireylerin bu kurallara uyması sağlanmalıdır. “Şiddete sıfır tolerans” medya aracılığıyla duyurulmalı, eğitimler verilmelidir. Karşılaşılan problemlerin şiddetle çözülemeyeceği bireylere anlatılmalı ve toplum bilinçlendirilmelidir (İlhan ve ark., 2013).

Sağlık kurumlarındaki şiddeti önlemek için güvenlik önlemlerinin de artırılması gerekmektedir. Güvenlik personeli sayısı arttırılmalı ve personelin eğitim alması sağlanmalıdır. Bununla birlikte hastane içerisinde yirmi dört saat açık olan sesli kamera sistemleri, panik butonları, etkin raporlama sistemleri, güvenli kapılar ve ateşli silahların hastane girişini önlemek için kontrol noktaları ve metal dedektörler de bulunmalıdır (Atan ve Dönmez, 2011).

Sağlık çalışanlarının olası bir şiddet anında bulundukları alandan uzaklaşabilmeleri için acil çıkış kapıları yapılmalıdır. Hasta kabul odaları kırılmaz camdan ve poliklinik

odası ve servislerin duvarları da kurşun geçirmez malzemeden olmalıdır. Otopark alanlarında ve hastane giriş çıkışlarında da güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Bireylerin hastane içerisinde kontrolsüz bir şekilde dolaşmaları engellenmelidir. Hasta ve yakınlarının poliklinik bekleme alanlarında uzun süre beklemelerinin önlenmesi için düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık hizmetleri sakin ve sessiz ortamlarda sunulmalı ve ortam için yeterli aydınlatma sağlanmalıdır. Hekimler poliklinikte hasta ile yalnız kalmamalı ve olası bir şiddet anında kendilerini koruyabilmelidir (Şenyurt, 2008).

Sağlık çalışanlarını itibarsızlaştırmaya çalışan ve hedef gösteren, hekimlerin az çalışıp fazla maaş aldığı algısını oluşturan haberlerin yapılması engellenmelidir. Hasta haklarını ön planda tutup, çalışanların haklarını geri plana atan söylemler yerine hem hasta ve yakınları için hem de sağlık çalışanları için insan hakları ve sağlık haklarından bahsedilmelidir. Sağlık çalışanlarını değersizleştirmek ve itibarını zedelemek yerine sağlık çalışanlarının toplum için çok önemli olduğu ve saygı duyulması gerektiği vurgulanmalıdır (Sarcın, 2013).

Sağlıkta şiddet davranışlarının azalmasında sağlık çalışanlarının iletişim becerilerini geliştirmeleri de büyük önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarına etkili iletişim konusunda hizmet içi eğitimler verilmeli ve çalışanların hasta ve yakınlarına daha güler yüzlü ve hoşgörülü davranmaları sağlanmalıdır (Arslan, 2019).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmamız Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde poliklinik bekleme alanındaki hastalar ile 10/01/2022-10/04/2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamız, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde kardiyoloji, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi polikliniklerine 10/01/2022-10/04/2022 tarihleri arasında ayaktan başvuran, poliklinik bekleme alanında beklemekte olan, araştırmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş ve üzerindeki 500 hastaya yüz yüze görüşme yolu ile anket uygulanarak yapılmıştır. Psikiyatrik tanı almış olan hastalar, işitme ve konuşma engeli olan hastalar, 18 yaşının altındakiler, anket formunu doldurmak istemeyenler ve hasta yakınları araştırmaya dahil edilmemiştir.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Çalışmamızda, araştırmacılar tarafından hazırlanmış 34 sorudan oluşan bir anket formu ve 10 sorudan oluşan Spielberger'in Durumluk Öfke Ölçeği kullanılmıştır. Hazırlanan anket formunda ilk 11 soruluk bölümde araştırmaya katılan bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, aylık gelir düzeyi, medeni hal, çocuk sayısı, gebelik durumu, çocuklar dışında bakmakla yükümlü oldukları bireylerin olup olmadığı, yaşadıkları yer gibi sosyodemografik özellikler sorgulanmıştır. 23 soruluk ikinci bölümde ise ve bireylerin sigara kullanımı, kronik bir hastalıklarının olup olmadığı, bir sağlık ihtiyacı olduğunda ilk olarak nereye başvurduğu, bir yılda kaç defa sağlık kuruluşuna başvurduğu, hangi polikliniğe başvuru yaptığı sorgulanmış daha sonra bireyin hastaneye gelip muayene olma sürecinde öfke düzeyi ile ilişkili olabilecek, hastaneye nasıl geldiği, aracını park ederken otopark sorunu yaşayıp yaşamadığı, poliklinik bekleme alanındaki bekleme süresi, hastanenin fiziki şartları, muayene süresi, sağlık çalışanlarının kendisiyle yeterince iletişim kurup kurmadığı gibi faktörler

sorgulanmıştır. Anketin sonunda katılımcılara daha önce bir sağlık çalışanıyla şiddet olayı yaşayıp yaşamadığı sorulmuş, yaşıyorsa bunun nedenini anlatması istenmiştir.

Spielberger ve arkadaşları tarafından (1988) geliştirilen durumluk öfke ölçeğinin Türkçe'ye uyarlaması ve geçerlilik çalışması Tuba Kalay tarafından 2015 yılında yapılmıştır. Çalışmamıza katılan bireylerin o andaki durumluk öfkelerini ölçmesi hedeflenerek kullanılmıştır. 10 soruluk bir ölçek olup ölçek sorularına verilen puanlar hiç (1 puan), biraz (2 puan), oldukça (3 puan) ve çok (4 puan) şeklindedir. Durumluk öfke ölçeğinin puanlaması her maddeden elde edilen puanların toplanmasıyla yapılmaktadır. En düşük 10 puan, en yüksek 40 puan elde edilmektedir.

3.5. Verilerin Analizi

Çalışma 500 katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir. Veriler IBM SPSS Statistics 20.0 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımı (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. İki grup arasındaki fark olup olmadığına bağımsız örneklem t testi, ikiden fazla grup arasında fark olup olmadığına tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) ile bakılmıştır. “Tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane's T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane's T2 testine bakılmıştır. Sayısal ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesi için pearson korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Ölçek güvenilirliği için ise Cronbach's alfa değerinden yararlanılmıştır. Anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamız tanımlayıcı tipte kesitsel bir araştırma olduğu için elde edilen sonuçlar herhangi bir toplum kesimi için genellenemez. Aynı zamanda içinde bulunulan pandemi sürecinden dolayı bireylerin çalışmaya katılma konusunda isteksiz olmaları katılımcı sayısının 500 kişi ile sınırlanmasına neden olmuştur.

3.7. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırma, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakóltesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03/01/2022 tarihli 92641 numaralı onayı ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara yapılan araştırmanın amacı, verecekleri cevapların gizliliği, verilerin kullanımı konusundaki bilgilendirme sonrasında gönüllü olan katılımcılar örneklem kapsamına alınmıştır.



4. BULGULAR

Çalışmamıza katılan 500 hastanın %54,4'ü kadın, %45,6'sı erkek olup yaş ortalamaları $45,09 \pm 16,74$ Standart Sapma (SS) idi (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	272	54,4
	Erkek	228	45,6
Yaş	18-24	73	14,6
	25-30	52	10,4
	31-50	188	37,6
	51-64	110	22,0
	65 ve üzeri	77	15,4
Eğitim durumu	Okuryazar değil	12	2,4
	Okuryazar	27	5,4
	İlkokul	164	32,8
	Ortaokul	63	12,6
	Lise	129	25,8
	Üniversite	105	21,0
Çalışma durumu	Evet	152	30,4
	Hayır	348	69,6
Aylık gelir durumu	Düşük	139	27,8
	Orta	333	66,6
	Yüksek	26	5,2
	Çok yüksek	2	0,4
Medeni durum	Evli	362	72,4
	Bekar	138	27,6
Gebelik durumu	Evet	41	15,1
	Hayır	231	84,9
Çocuk durumu	Evet	369	73,8
	Hayır	131	26,2
İkamet edilen yer	Köy	75	15,0
	Kasaba/Belde	23	4,6
	İlçe merkezi	215	43,0
	İl merkezi	187	37,4
Sigara kullanma durumu	Evet	131	26,2
	Hayır	369	73,8
Bakıma muhtaç kişi	Annesi	29	5,8
	Babası	16	3,2
	Engelli akrabası	7	1,4
	Kayınvalidesi	6	1,2
	Kayınpederi	3	0,6
Kronik hastalık varlığı	Var	231	46,2
	Yok	269	53,8

Katılımcıların %47,2'si (n=236) hastaneye şahsi aracıyla gelirken, %45,8'i (n=229) toplu taşımayla, %5,2'si (n=26) yürüyerek ve %1,8'i (n=9) ise ambulansla geldiğini belirtmiştir. Hastaneye şahsi aracıyla gelenlerin %65,7'si (n=155) aracını park ederken otoparkta çok sorun yaşadığını belirtirken, %8,1'i (n=19) oldukça, %9,3'ü (n=22) biraz sorun yaşadığını belirtmiştir. Otoparkta hiç sorun yaşamayanların oranı ise %16,9'dur (n=40).

Hastaların %30,2'si (n=151) hasta kayıt ve muayene öncesi işlemler için yardıma ihtiyaç duyarken, %69,8'inin (n=349) yardıma ihtiyacı olmamıştır. Yardıma ihtiyaç duyanların %25,2'si (n=38) hastane çalışanlarının hiç yardımcı olmadığını ifade etmiştir.

Çalışmamıza katılan hastalara hastane içerisindeki yönlendirici işaret ve levhaların yeterli olup olmadığı sorulduğunda, hastaların %17,4'ü (n=87) çok, %51,2'si oldukça (n=256), %22,4'ü (n=112) biraz yeterli olduğunu ifade ederken, %9,0 (n=45) oranındaki hasta yönlendirici işaret ve levhaların hiç yeterli olmadığını ifade etmiştir. Ayrıca hastaların sağlık kuruluşuna başvuru sayısı (yıl) ortalaması $6,31 \pm 5,82$ 'dir (Tablo 4.2).

Çalışmamıza katılan hastaların %71,6'sının (n=358) randevusu varken, %28,4'ünün (n=142) randevusu yoktu. Katılımcıların %25,2'si (n=126) randevu alırken hiç zorlanmadığını belirtirken, %14,4'ü (n=72) randevu alırken biraz zorlandığını, %11,4'ü (n=57) oldukça zorlandığını ve %49,0'u (n=245) ise çok zorlandığını belirtmiştir. Poliklinik bekleme alanındaki hastaların %70,0'i (n=350) oturabilmişken, %30,0'u (n=150) ayakta kalmıştır. Hastalara bekleme alanında beklerken muayene sırasının geldiğini nasıl öğrendikleri sorulduğunda %12,6'sının (n=63) çağrılmadan girdiği belirlenmiştir.

Hastalara muayene sırasında hekimin kendisiyle yeterince iletişim kurup kurmadığı sorulduğunda, hastaların %8,6'sı (n=43) hekimin hiç iletişim kurmadığını belirtirken, %18,8'i (n=94) biraz, %41,4'ü (n=207) oldukça, %31,2'si (n=156) çok iletişim kurduğunu belirtmiştir. Ayrıca hastaların Poliklinik bekleme salonunda bekleme süresi (dk) ortalaması $57,98 \pm 58,37$ ve muayene süresi (dk) ortalaması $7,09 \pm 4,27$ 'dir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Araştırmaya katılan hastaların muayene süreçlerinin değerlendirilmesi

		N	%
Hastaneye ulaşım türü	Yürüyerek	26	5,2
	Şahsi araçla	236	47,2
	Toplu taşımayla	229	45,8
	Ambulansla	9	1,8
Otopark sorunu yaşama durumu	Hiç	40	16,9
	Biraz	22	9,3
	Oldukça	19	8,1
	Çok	155	65,7
Muayene için başvuru poliklinik	Dahiliye	100	20,0
	Genel cerrahi	91	18,2
	Kadın hastalıkları ve doğum	85	17,0
	Ortopedi	80	16,0
	Kardiyoloji	74	14,8
	Göğüs hastalıkları	70	14,0
Hasta kayıt ve muayene işlemleri için yardıma ihtiyaç durumu	Evet	151	30,2
	Hayır	349	69,8
Yardıma ihtiyaç varsa hastane çalışanlarının yardımcı olma durumu	Hiç	38	25,2
	Biraz	32	21,2
	Oldukça	45	29,8
	Çok	36	23,8
Hastane içerisinde yönlendirici işaret ve levhaların yeterliliği	Hiç	45	9,0
	Biraz	112	22,4
	Oldukça	256	51,2
	Çok	87	17,4
Randevu durumu	Evet	358	71,6
	Hayır	142	28,4
Randevu alırken zorlanma durumu	Hiç	126	25,2
	Biraz	72	14,4
	Oldukça	57	11,4
	Çok	245	49,0
Poliklinik bekleme salonunda oturabilme	Evet	350	70,0
	Hayır	150	30,0
Poliklinik bekleme salonunda beklerken sıranın geldiği öğrenme	Monitörden izledim	247	49,4
	İsmim söylendi	136	27,2
	Kapıdan öğrendim	54	10,8
	Çağrılmadan girdim	63	12,6
Muayene sırasında hekimin hastayla iletişimi	Hiç	43	8,6
	Biraz	94	18,8
	Oldukça	207	41,4
	Çok	156	31,2

Katılımcıların öfke düzeyi ile ilişkili olabilecek parametrelerin sayısal dağılımları Tablo 4.3'te gösterilmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Araştırmaya katılan hastaların poliklinik hizmeti alımı esnasında rahatsızlık duydukları durumların değerlendirilmesi

		N	%
Randevu sırası geldiğinde öncelikli bir hastanın girmesinin kişiyi rahatsız etme durumu	Hiç	443	88,6
	Biraz	25	5,0
	Oldukça	19	3,8
	Çok	13	2,6
Muayene olurken başka bir sağlık çalışanının odaya girmesinin kişiyi rahatsız etme durumu	Hiç	203	40,6
	Biraz	99	19,8
	Oldukça	82	16,4
	Çok	116	23,2
Muayene olurken başka bir hastanın sonuç göstermek ya da soru sormak için odaya girmesinin kişiyi rahatsız etme durumu	Hiç	70	14,0
	Biraz	74	14,8
	Oldukça	116	23,2
	Çok	240	48,0
Daha önce bir sağlık çalışanı ile sözel ya da fiziksel bir şiddet olayı yaşama	Evet	67	13,4
	Hayır	433	86,6

Hastaların %13,4'ü (n=67) daha önce bir sağlık çalışanı ile sözel ya da fiziksel bir şiddet olayı yaşamış iken %86,6'sı (n=433) şiddet olayı yaşamamıştır. Daha önce şiddet olayı yaşayanların öfkelenme sebepleri sorgulandığında bir katılımcı hariç tüm katılımcılar cevap vermiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. “Daha önce herhangi bir sağlık çalışanıyla sözel ya da fiziksel bir şiddet olayı yaşadınız mı?” sorusuna “Evet” cevabını veren hastaların şiddete başvurma nedenlerinin değerlendirilmesi

	N	%
Hekimden kaynaklanan iletişim sorunu	31	46,3
Yardımcı sağlık personelinden kaynaklanan iletişim sorunu	26	38,8
Hastanedeki demirbaş malzeme eksikliği	3	4,5
Hastanın randevu saati geldiğinde randevusuz hastaya öncelik verilmesi	3	4,5
Muayene öncesinde bekleme süresinin fazla olması	2	3,0
Hastanın randevu saati geldiğinde hastane çalışanına öncelik verilmesi	1	1,5

Araştırmamıza katılan hastaların durumluk öfke ölçek puanı ortalaması $14,48 \pm 7,66$ 'dır. Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. Durumluk öfke ölçeği (0,963) için hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değeri hesaplanmıştır. Bu değerler

genelde kabul edilebilir değer olan 0,700'den yüksektir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Katılımcıların Durumluk fke leği'nden aldığı puanlar

	Ortalama	Std. Sapma	Min.	Maks.	Cronbach alfa
Durumluk fke ölçek puanı	14,48	7,66	10	40	0,963

Yaş, cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum, gebelik durumu, ocuk durumu, ikamet edilen yer ve kronik hastalık varlığı durumları arasında durumluk öfke ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmadı ($p>0,05$). Hastaların eğitim durumu, aylık gelir düzeyi ve sigara kullanma durumları arasında durumluk öfke ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). İlköğretim ve altı eğitim seviyesinde olanlarda durumluk öfke ölçek puanı lise ve üzerinde olanlara göre daha yüksektir. Aylık geliri düşük seviyede olanların durumluk öfke ölçek puanı orta seviyede olanlara göre daha yüksektir ve sigara kullananlarda durumluk öfke ölçek puanı kullanmayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.6).

Hastaların, hastaneye ulaşım türü, otopark sorunu yaşama durumu, muayene için başvurulan poliklinik durumları, randevu durumu, poliklinik bekleme alanındaki oturma alanlarının yeterliliği, muayene sırasının geldiğini öğrenme durumları arasında durumluk öfke ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamakta ($p>0,05$) iken randevu alırken zorlanma durumu, hasta kayıt ve muayene öncesi işlemler için yardıma ihtiyaı olma durumu, yardıma ihtiyaç varsa hastane çalışanlarının yardımcı olma durumu, hastane içerisindeki yönlendirici işaret ve levhaların yeterliliği hastaların oturabilme durumları ve muayene sırasında hekimin hastayla olan iletişimi arasında durumluk öfke ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, hasta kayıt ve muayene öncesi işlemler için yardıma ihtiyaı olanların durumluk öfke ölçek puanı ihtiyaı olmayanlara göre, yardıma ihtiyaı olanlarda hastane çalışanlarının hiç yardımcı olmadığını ifade edenlerin durumluk öfke ölçek puanı hastane çalışanlarının oldukça/çok yardımcı olduğunu ifade edenlere göre, hastane içerisindeki yönlendirici işaret ve levhaların hiç yeterli olmadığını ifade edenlerin durumluk öfke ölçek puanı

oldukça yeterli olduğunu ifade edenlere göre, randevu alırken çok zorlananların durumluk öfke ölçek puanı hiç zorlanmayanlara göre, poliklinik bekleme alanında oturamayanların durumluk öfke ölçek puanı oturabilenlere göre, muayene sırasında hekimin kendisiyle olan iletişiminin hiç yeterli olmadığını ifade eden hastaların durumluk öfke ölçek puanı biraz/oldukça/çok yeterli olduğunu ifade edenlere göre daha yüksektir (Tablo 4.7).

Tablo 4.6. Araştırmaya katılan hastaların demografik özelliklerine göre Durumluk Öfke Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması

		Durumluk Öfke Ölçek Puanı		Test	p
		Ortalama	ss		
Yaş	18-24	13,99	6,52	0,789	0,533 ^F
	25-30	14,63	7,60		
	31-50	15,18	8,59		
	51-64	14,17	7,09		
	65 ve üzeri	13,56	7,09		
Cinsiyet	Kadın	13,95	7,33	-1,659	0,098 ^t
	Erkek	15,10	8,02		
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	15,12a	8,32	4,360	0,013^{*F}
	Lise	14,72b	7,96		
	Üniversite	12,55b	4,78		
Çalışma durumu	Evet	15,31	8,35	1,529	0,127 ^t
	Hayır	14,11	7,33		
Aylık gelir durumu	Düşük	16,06a	8,75	5,068	0,007^{*F}
	Orta	13,71b	6,95		
	Yüksek/Çok yüksek	15,68	8,83		
Medeni durum	Evli	14,30	7,37	-0,839	0,402 ^t
	Bekar	14,94	8,39		
Gebelik durumu	Evet	13,44	6,87	-0,486	0,627 ^t
	Hayır	14,04	7,42		
Çocuk durumu	Evet	14,54	7,84	0,336	0,737 ^t
	Hayır	14,28	7,18		
İkamet edilen yer	Köy	14,71	7,41	0,443	0,722 ^F
	Kasaba/Belde	15,26	8,73		
	İlçe merkezi	14,74	7,91		
	İl merkezi	13,98	7,37		
Sigara kullanma durumu	Evet	16,17	8,72	2,703	0,007^{*t}
	Hayır	13,88	7,17		
Kronik hastalık varlığı	Var	15,01	8,24	1,437	0,151 ^t
	Yok	14,01	7,11		

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi: $p < 0,05$ ss: standart sapma*

Tablo 4.7. Araştırmaya katılan hastaların muayene süreçlerinde yaşadıkları durumlara göre Durumluk Öfke Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması

		Durumluk Öfke Ölçek Puanı		Test	p
		Ortalama	ss		
Hastaneye ulaşım türü	Yürüyerek	15,04	9,62	0,850	0,467 ^F
	Şahsi araçla	14,74	7,49		
	Toplu taşımayla	14,03	7,55		
	Ambulansla	17,44	9,26		
Otopark sorunu yaşama durumu	Hiç	13,18	6,65	1,446	0,230 ^F
	Biraz	13,23	4,67		
	Oldukça	13,89	7,35		
	Çok	15,46	7,97		
Muayene için başvurulacak poliklinik	Dahiliye	14,14	7,73	0,113	0,990 ^F
	Genel cerrahi	14,63	8,18		
	Kadın hastalıkları	14,56	7,88		
	Ortopedi	14,91	7,18		
	Kardiyoloji	14,26	6,97		
	Göğüs hastalıkları	14,39	8,08		
Hasta kayıt ve muayene işlemleri için yardıma ihtiyaç durumu	Evet	16,44	8,72	3,502	0,001 ^{*t}
	Hayır	13,63	7,01		
Yardıma ihtiyaç varsa hastane çalışanlarının yardımcı olma durumu	Hiç	22,24a	10,36	11,433	0,000 ^{*F}
	Biraz	17,59	8,96		
	Oldukça	13,67b	5,85		
	Çok	12,75b	6,02		
Hastane içerisinde yönlendirici işaret ve levhaların yeterliliği	Hiç	16,76a	10,08	3,661	0,012 ^{*F}
	Biraz	15,62	7,78		
	Oldukça	13,49b	6,94		
	Çok	14,74	7,79		
Randevu durumu	Evet	14,53	7,93	0,227	0,820 ^t
	Hayır	14,35	6,98		
Randevu alırken zorlanma durumu	Hiç	12,94b	6,47	3,482	0,016 ^{*F}
	Biraz	13,50	6,30		
	Oldukça	15,65	8,92		
	Çok	15,28a	8,15		
Poliklinik bekleme salonunda oturabilme	Evet	13,93	7,22	-2,284	0,023 ^{*t}
	Hayır	15,75	8,51		
Poliklinik bekleme salonundaki oturma alanlarının yeterliliği	Hiç	15,18	8,15	1,572	0,195 ^F
	Biraz	14,51	7,65		
	Oldukça	13,72	7,07		
	Çok	12,57	6,25		
Poliklinik bekleme salonunda beklerken sıranın geldiği öğrenme	Monitörden izledim	13,84	7,41	1,935	0,123 ^F
	İsmim söylendi	14,46	7,47		
	Kapıdan öğrendim	16,31	8,85		
	Çağrılmadan girdim	15,43	7,82		
Muayene sırasında hekimin hastayla iletişimi	Hiç	24,65a	10,83	36,258	0,000 ^{*F}
	Biraz	15,24b	6,45		
	Oldukça	12,75b	5,66		
	Çok	13,49b	7,46		

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi*, p<0,05 ss: standart sapma

Durumluk Öfke Ölçek puanı ile sağlık kuruluşuna başvuru sayısı (yıl) ve muayene süresi (dk) arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamakta ($p>0,05$) iken poliklinik bekleme salonunda bekleme süresi (dk) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır. ($p<0,05$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Araştırmaya katılan hastaların sağlık kuruluşuna başvuru sayıları, poliklinik bekleme salonunda bekleme süreleri ve muayene süreleri ile Durumluk Öfke Ölçeği puanlarının Korelasyon Analiziyle değerlendirilmesi

			Sağlık kuruluşuna başvuru sayısı (yıl)	Poliklinik bekleme salonunda bekleme süresi (dk)	Muayene süresi (dk)
Durumluk Öfke Ölçek Puanı	r		0,034	0,099	-0,034
	p		0,443	0,027*	0,450
	N		500	500	500

*r: Pearson korelasyon katsayısı, *: $p<0,05$*

Hastaların randevu sırası geldiğinde öncelikli bir hastanın polikliniğe girmesinin kişiyi rahatsız etme durumu, muayene olurken herhangi bir sağlık çalışanının polikliniğe girmesinin kişiyi rahatsız etme durumu, muayene olurken başka bir hastanın sonuç göstermek ya da soru sormak için odaya girmesinin kişiyi rahatsız etme durumu ve daha önce bir sağlık çalışanı ile sözel ya da fiziksel bir şiddet olayı yaşama durumları arasında durumluk öfke ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$).

Buna göre randevu sırası geldiğinde öncelikli bir hastanın polikliniğe girmesinin kendisini çok rahatsız ettiğini ifade edenlerin durumluk öfke ölçek puanı hiç rahatsız etmediğini ifade edenlere göre, muayene olurken herhangi bir sağlık çalışanının odaya girmesinin kendisini çok rahatsız ettiğini ifade edenlerin durumluk öfke ölçek puanı hiç rahatsız olmayan ya da biraz rahatsız olanlara göre, muayene olurken başka bir hastanın sonuç göstermek ya da soru sormak için polikliniğe girmesinin kendisini çok rahatsız ettiğini ifade edenlerin durumluk öfke ölçek puanı hiç rahatsız etmediğini ifade edenlere göre daha yüksektir. Aynı zamanda daha önce bir sağlık çalışanı ile sözel ya da fiziksel bir şiddet olayı yaşayanların durumluk öfke ölçek puanı yaşamayanlara göre daha yüksektir (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Araştırmaya katılan hastaların poliklinik hizmeti alımı esnasında rahatsızlık duyduğu durumlar ile Durumluk Öfke Ölçeği'nden aldıkları puanların karşılaştırılması

		Durumluk Öfke		Test	p
		Ölçek Puanı			
		Ort	ss		
Randevu sırası geldiğinde öncelikli bir hastanın girmesinin kişiyi rahatsız etme durumu	Hiç	13,93b	7,35	9,251	0,000*^F
	Biraz	17,04	9,11		
	Oldukça	17,63	6,87		
	Çok	23,54a	9,31		
Muayene olurken başka bir sağlık çalışanının odaya girmesinin kişiyi rahatsız etme durumu	Hiç	13,85b	8,04	8,410	0,000*^F
	Biraz	12,23b	3,97		
	Oldukça	14,96	7,50		
	Çok	17,14a	8,72		
Muayene olurken başka bir hastanın sonuç göstermek ya da soru sormak için odaya girmesinin kişiyi rahatsız etme durumu	Hiç	12,03b	4,78	5,479	0,001*^F
	Biraz	13,18	7,08		
	Oldukça	14,16	6,87		
	Çok	15,74a	8,61		
Daha önce bir sağlık çalışanı ile sözel ya da fiziksel bir şiddet olayı yaşama	Evet	18,15	10,49	3,202	0,002*^t
	Hayır	13,91	6,97		

a,b: grupların ortalamaları arasındaki farklılıkları gösterir (a=en yüksek ortalama).

F:One-way ANOVA testi, t:Bağımsız örneklem t testi: $p < 0,05$ ss: standart sapma*

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Spielberger tarafından öfke; belirli veya belirsiz durumların neden olduğu, bireyi rahatsız eden, yoğun kızgınlık ya da şiddete kadar varabilen bir duygu olarak tanımlanmıştır (Spielberger,1988). Öfke duygusunun yoğun bir şekilde yaşanması bireyin saldırgan davranışlarda bulunmasına yatkınlık oluşturabilmekte, ortaya çıkan bu kontrolsüz öfke şiddete dönüşebilmekte ve bu durum hem birey hem de toplum için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. İnsan yoğunluğunun fazla olduğu, kamusal hizmet veren hastanelerde de şiddet olayları çok sık yaşanmakta olup, bu durum zincirleme problemlere neden olmaktadır. Sağlık kurumları hizmet sundukları bireylerin öfkelenmesine sebep olan faktörleri tespit etmeli ve bu faktörlere yönelik önleyici faaliyetlerde bulunmalıdır.

Literatür incelendiğinde çoğunlukla, hastalara sağlık hizmeti sunulması sürecinde hastaların memnuniyet düzeyleri araştırılmış olup, bireylerin öfke düzeylerinin araştırıldığı çalışmaların yetersiz olduğu görülmüştür. Hastaların sağlık hizmeti alırken hastane öncesinde, muayene öncesi ve sonrasında karşılaştığı öfke düzeyini etkileyebilecek faktörlerle ilgili fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda çalışmamızda poliklinik bekleme alanındaki hastaların durumluk öfke düzeyini ve bununla ilişkili değişkenleri tespit etmeyi ve gelecek yıllarda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için yürütülecek olan çalışmalara katkı sağlamayı amaçladık.

Çalışmamızda hastaların durumluk öfke ölçek puanlarına bakıldığında aylık gelir seviyesi düşük olanların durumluk öfke ölçek puanı orta seviyede olanlara göre, eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanlarda durumluk öfke ölçek puanı lise ve üzerinde olanlara göre, sigara kullananların durumluk öfke ölçek puanı kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuşken, yaş, cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum, gebelik durumu, çocuk durumu, ikamet edilen yer ve kronik hastalık varlığı durumları arasında durumluk öfke ölçek puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamıştır.

Eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olanlarda durumluk öfke ölçek puanı lise ve üzerinde olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Benzer şekilde Bal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi lisans altı olanların öfke puanlarının lisans ve üstü olanlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bal ve ark., 2019). Bununla birlikte Keskin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi yüksekokul ve  niversite olanların sürekli öfke puanlarının, lise ve altı olanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır (Keskin ve ark., 2011). Bazı çalışmalarda ise eğitim düzeyi ile öfke düzeyinin ilişkili olmadığı görülmüştür ( elik ve ark., 2009). Literatürde yer alan bu veriler eğitim düzeyi ile öfke durumunun ilişkisini belirgin olmamakla birlikte ortaya koymakta ancak farklı değişkenlerin de bu ilişkiye etkisi olduğunu düşündürmektedir. Bu bağlamda eğitim ve öfke düzeyi ilişkisini araştıran daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Aylık gelir seviyesi düşük olanların durumluk öfke ölçek puanı orta seviyede olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ağlamaz'ın yaptığı benzer bir çalışmada aylık gelir düzeyi düşük olan öğrencilerin, yüksek olanlara göre saldırganlık düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır (Ağlamaz, 2006). Buna göre düşük gelir düzeyi olan bireylerin yaşadıkları ekonomik kaygılar öfke düzeylerinin artmasına sebep olabilmektedir. Bazı çalışmalarda ise katılımcıların gelir düzeyleri ile öfke puanları arasında anlamlı derecede bir ilişki saptanmamıştır (Cesur, 2017; Gönültaş ve Atıcı, 2014). Aylık gelir düzeyinin eğitim düzeyiyle de ilişkili olabileceği gerçeği bizleri tekrar farklı demografik değişkenlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiği yorumuna götürmektedir.

Sigara kullananların durumluk öfke ölçek puanı kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Bu duruma sebep olarak hastane içerisinde sigara i emeyen hastaların yaşadığı engellenmenin, kişide anksiyete ve stres oluşturduğu ve bu durumun öfke duygusunu tetiklediği gösterilebilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada öfke düzeyi yüksek olan öğrencilerin yoğun bir şekilde sigara kullandığı saptanmıştır (Moore ve ark., 1990). Bununla birlikte Durmuş ve Pirinçci'nin çalışmasında sigara kullanan ve kullanmayan katılımcıların öfke puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunamamıştır (Durmuş ve Pirinçci, 2009).

Randevu alırken çok zorlananların durumluk öfke ölçek puanı hiç zorlanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastalara randevu alırken zorlanıp zorlanmadıkları sorulduğunda hastaların %49,0'u (n=245) çok zorlandığını ifade etmiştir. Ayrıca hastaların %28,4'ünün (n=142) randevusu olmadığı tespit edilmiştir. Hastalar istedikleri tarihe randevu alamadığı için hastaların tanı, tedavi ve takip süreçleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu durumun sebebi, sevk zincirinin olmaması, hekim sayısının ve dolayısıyla hizmet veren poliklinik sayısının yetersiz olması olabilir.

Türk Sağlık-Sen'in 2018 yılında yapmış olduğu bir çalışmaya göre ülkemizde yüz bin kişiye düşen toplam hekim sayısı 181'dir. Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü'nün (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) ortalaması ise 345 olup, ülkemiz sonuncu sırada yer almaktadır. (https://www.turksagliksen.org.tr/1-doktor-basina-dusen-hasta-sayisi-5635_3069.html, son erişim tarihi:01/06/2022). Sağlık sistemimizde sevk zinciri olmadığından ikinci ve üçüncü basamak hastanelere uygunsuz ve mükerrer başvuruların olması ve hastaların merkezi hekim randevu sisteminden (MHRS) randevu aldığı halde randevularına gelmemeleri ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti ihtiyacı olan hastaların MHRS' de randevu bulmalarını zorlaştırmaktadır. Uygun sevk zincirinin düzenlenmesinin, sağlık yöneticileri tarafından MHRS' nin geliştirilmesinin ve hekim sayısının artırılmasının hastaların randevu bulmalarını kolaylaştıracağını düşünmekteyiz.

Hasta kayıt ve muayene öncesi işlemler için yardıma ihtiyacı olanların durumluk öfke ölçek puanı ihtiyacı olmayanlara göre, yardıma ihtiyacı olanlarda hastane çalışanlarının hiç yardımcı olmadığını ifade edenlerin durumluk öfke ölçek puanı hastane çalışanlarının oldukça ve çok yardımcı olduğunu ifade edenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Bireyler hastalık dönemlerinde hem sağlığın kaybindan dolayı hem de içinde bulundukları belirsizlikten dolayı endişe duymaktadırlar. İhtiyaçlarının bir an önce karşılanmasını isteyen hastaların hastane içerisinde ilgi, destek ve yardıma ihtiyacı vardır. Hastaların muayene öncesinde randevu ve kayıt işlemleri sırasında ve laboratuvar, görüntüleme ve diğer tetkikleri yaptırma sürecinde sağlık çalışanlarından yardım görememesi ya da sordukları herhangi bir soruya cevap alamamaları öfke düzeylerini arttırmakta bu da sağlıkta şiddet için büyük bir risk oluşturmaktadır. Hastane çalışanlarının sağlık hizmeti alım sürecinde hastalarla kuracağı etkin iletişim

sağlıkta şiddetin engellenmesi için büyük önem taşımaktadır. Aydın ve Şahin tarafından yapılan nitel bir araştırmaya göre hasta ve yakınlarının beklediği ilgi sağlık çalışanları tarafından karşılanamayınca hasta yakınları bu durumdan içsel düzeyde etkilenmektedir (Aydın ve Şahin, 2016). Çelik tarafından yapılan bir çalışmada hastalara hastanede ilk önce kiminle iletişim kurduğu sorulmuş, buna göre %43,7 oranında hasta kabul servisi, %22,5 oranında hekimler, %17,9 oranında hemşireler ve %8,6 oranında halkla ilişkiler ile iletişim kurulduğu görülmüştür. Bu bağlamda halkla ilişkiler bölümünün etkinliğinin artırılarak sağlık çalışanlarıyla hasta iletişim yükünün hafifletilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Çelik, 2008). Sağlık çalışanlarının iş yükünün hafifletilmesi, belli periyotlarla iletişim eğitimlerinin verilmesi, danışma ve hasta kabul birimine yeterli sayıda ve uygun nitelikte personellerin alınması hastaların bilgiye ulaşmasını kolaylaştıracığından; bu konuyla ilgili oluşabilecek sorunların önüne geçileceğini ön görmekteyiz.

Hastane içerisindeki yönlendirici işaret ve levhaların hiç yeterli olmadığını ifade edenlerin durumluk öfke ölçek puanı oldukça yeterli olduğunu ifade edenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık hizmeti almak için hastaneye başvuran hastaların hizmet alacakları birime ulaşırken hastane içerisinde yön bulmakta zorlanmaları ve gidecekleri birime zamanında ulaşamamaları öfke düzeyini arttırmaktadır. Özellikle yaşlı hastalar, okuma yazma bilmeyenler ve görme bozukluğu olanlar levhaları okumakta zorlanmakta ve hastane içerisinde yönlerini bulamayıp öfkelenebilmektedirler. Literatür incelendiğinde hastane içerisindeki yönlendirici işaret ve levhaların yeterliliğinin hasta memnuniyetini önemli ölçüde etkilediğini gösteren birçok çalışma mevcut iken bu durumun hastaların öfke düzeyi üzerine etkisi yeterince araştırılmamıştır (Özer ve Çakıl, 2007; Öztürk, 2016; Bilgin ve Göral 2017).

Katılımcıların %70,0'i oturabilmişken %30,0'u ayakta beklemek durumunda kalmıştır. Mevcut çalışmalar bekleme alanlarındaki oturma yerlerinin yeterli olup olmamasının hastaların memnuniyet düzeyini etkilediğini göstermişken, oturabilen ve oturamayan hastaların öfke düzeylerinin farklı olduğuna yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır (Sarı, 2010; Akbaş, 2014). Yaptığımız bu çalışmada oturma yeri bulamayıp ayakta kalan hastaların öfke düzeyinin yüksek olduğu ortaya konmuş olup, oturma alanlarının artırılması ile birlikte randevusu olmayan hastaların kabul

edilmemesinin ve bekleme alanında bulunmasının engellenmesinin sağlıkta şiddetin önlenmesinde faydası olacaktır.

Hastaların durumluk öfke ölçek puanıyla poliklinik bekleme salonunda bekleme süresi (dk) arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Hornsveld ve arkadaşlarının Hollanda'da yaptıkları çalışmanın sonuçları da bizim çalışmamızı destekler nitelikte olup, bu çalışmaya göre hastaların bekleme süresi arttıkça öfke düzeyleri ve şiddet eğilimleri önemli derecede artmaktadır (Hornsveld ve ark, 2015). İlhan ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmaya göre uzun bekleme sürelerinin sağlıkta şiddetin en önemli nedenlerinden biri olduğu, hastalara ve yakınlarına tetkik ve tedavi işlemleri sürecinde beklemek zorunda kalabileceklerinin önceden söylenmesi gerekmektedir (İlhan ve ark., 2013). Feddock ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise uzun bekleme saatlerinin hasta memnuniyetini olumsuz etkilediği gösterilmekle birlikte, hekimlerin hastayla daha fazla zaman geçirmesinin bu memnuniyetsizliği azalttığı gösterilmiştir. Çalışmanın sonuçları hastaların hekimle yeterince zaman geçirebildikleri sürece uzun bekleme sürelerini kabul ettiklerini göstermektedir (Feddock ve ark., 2005).

Hastaların poliklinik bekleme salonunda bekleme sürelerinin hasta beyanlarına göre (dk) ortalamasının $57,98\pm58,37$ ss ve muayene süresi (dk) ortalamasının $7,09\pm4,27$ ss olduğu görülmüştür. Şanlı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastaların bekleme sürelerinin ortalamasının $59,44\pm54,5$ dk olduğu belirlenmiş ve hastanede geçirilen süre arttıkça memnuniyetin düştüğü tespit edilmiştir (Şanlı ve ark., 2021). Akgün ve Kılıçarslan yapmış olduğu bir çalışmada ise üçüncü basamak hastanelerde randevulu hastaların bekleme sürelerinin daha uzun olduğu belirlenmiş olup buna göre randevulu hastaların bekleme süresi ortalamasının 61,4 dakika olduğu ve randevusuz hastaların bekleme süresi ortalamasının 48,8 dakika olduğu gösterilmiştir (Akgün ve Kılıçarslan, 2021). Hasta kabulünde randevu sisteminin aktif bir şekilde kullanılması bekleme sürelerini düşüreceğinden hasta kabulünün sadece randevu sistemi üzerinde yapılmasının uygun olacağını düşünmekteyiz.

Muayene sırasında hekimin kendisiyle olan iletişiminin hiç yeterli olmadığını ifade eden hastaların durumluk öfke ölçek puanı biraz, oldukça ve çok yeterli olduğunu ifade edenlere göre daha yüksektir. Yapılan araştırmalarda yeterli iletişim becerilerine sahip

olan hekimlerin sorunları daha erken tespit edebildiği, tıbbi krizleri ve pahalı müdahaleleri önleyebildiği ve hastalarına daha iyi destek sağlayabildiği gösterilmiştir. Etkili ve yeterli iletişim, hasta memnuniyetinin artmasına, sağlık harcamalarının azalmasına, hastaların sağlık sorunlarını daha iyi anlamalarına ve tedavi sürecine daha fazla uyum sağlamalarına katkı sağlamaktadır (Ha ve Longnecker, 2010). Mevcut çalışmalar incelendiğinde hastaların büyük bir kısmının hekimin kurduğu iletişimin yetersiz olmasından dolayı memnun olmadıklarını göstermiştir (Yağbasan 2005, Ataç 2009). Ayrıca Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kendisine yeterince bilgilendirilme yapılmayan hasta yakınlarının sürekli öfkelerinin yüksek olduğunu ve öfkelerini kontrol etmek yerine içe ya da dışa yönelttikleri belirlenmiştir (Yılmaz ve Onan, 2021). Hekimlerle hasta iletişiminin yetersiz olmasına sebep olan unsurların tespit edilerek buna yönelik gerekli düzenleyici faaliyetlerin yapılması, hekimler üzerindeki gereksiz iş yükünün kaldırılması, uygun poliklinik ortamlarının hazırlanması ve muayene sürelerinin düzenlenmesi, hekimlerin hastalarla etkili iletişim kurabilmeleri için hizmet içi eğitimler verilmesi sağlanmalıdır.

Poliklinikte bekleyen hastalar belirlenmiş bir sıra dahilinde poliklinik odasına çağrılmaktadır. Herhangi bir sebepten dolayı bu sıranın aksaması poliklinik önlerinde yığılmalara ve hastaların öfkelenmesine neden olmaktadır. Muayene olabilmek için sabırsız davranan hastalar poliklinikteki hastanın çıkmasını beklemeden ve içerideki hastanın mahremiyetine dikkat etmeksizin poliklinik odasına girebilmektedir. Bu durum sağlık çalışanlarının şiddete maruziyeti açısından büyük bir tehdit oluşturmaktadır.

Randevu sırası geldiğinde öncelikli bir hastanın polikliniğe girmesinin kendisini çok rahatsız ettiğini ifade eden hastaların durumluk öfke daha yüksek bulunmuştur. Öfkeli bazı hastalar, gebe, 65 yaş üstü ya da engeli olan öncelikli hastaların polikliniğe erken alınmasına dahi sinirlenmekte ve bu durumdan oldukça ve çok rahatsız olduğunu belirtmektedir. Çalışmamızda bu hastaların tüm katılımcıların %6,4'ünü oluşturduğu görülmüştür. Konuyla ilgili literatürde yeterli çalışmaya rastlanmamış olup bu hasta grubuna öncelik verilmesiyle ilgili düzenlemelerin yeniden ele alınması ihtiyacı olduğu düşünülmektedir.

Sağlık çalışanlarının ve sonuç göstermek ya da soru sormak için polikliniğe giren hastaların da muayene olan hastaları rahatsız ettiği ve hastaların öfke düzeylerini arttırdığı çalışmamızda belirlenmiştir. Polikliniklerin belli saatlerinin randevu sistemine açık olmayıp, bu saatlerin daha önce muayene olan hastaların tetkik sonuçlarının değerlendirmesine ayrılmasının olası karışıklıkların önüne geçeceği düşünülmektedir. Ayrıca eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim almakta olan tıp fakültesi öğrencileri ve asistan doktorlar bilgi edinmek ve hasta danışmak amacıyla polikliniklerde bulunan uzman hekim veya öğretim görevlilerin yanında gözlem yapmaktadırlar. Hastaların bu konuda bilgi sahibi olmaları için poliklinik bekleme alanlarında bilgilendirici afişler bulundurulmalıdır. Hastane yönetecilerinin sağlık çalışanlarının hizmet alabileceği ayrı bir genel poliklinik oluşturması, polikliniğe giren sağlık çalışanlarından dolayı hastaların öfkelenmelerini engelleyecektir. Sağlık çalışanlarının yakınlarının da randevu sistemine dahil olmaları gerektiği konusunda bütün sağlık çalışanları uyarılmalıdır. Ayrıca ilaç firmalarında çalışan mümessillerin hekimlerle görüşmek için poliklinik saatleri dışındaki zamanları kullanması sağlanmalıdır.

Öfke düzeyi yüksek hastalar öfkelerini bunun sebebi olarak gördükleri sağlık çalışanlarına yöneltmektedir. Çalışmamızda belirlenmiş olan daha önce sağlıkta şiddete başvurmuş olan hastaların öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu bulgusu bu durumu destekler niteliktedir. Yılmaz tarafından yapılmış benzer bir çalışmada şiddet davranışında bulunan hastaların sürekli öfke puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (Yılmaz, 2020). Bu bağlamda sağlıkta şiddete başvuran hastalara caydırıcı cezalar uygulanması ve zorunlu öfke kontrol eğitimleri verilmesi şiddet olaylarının tekrarlamasını önleyecektir.

Çalışmamızda hastaların durumluk öfke düzeyi ile hastaların sosyodemografik özelliklerinin, sağlık hizmeti alırken hastane öncesinde karşılaştığı durumların, muayene öncesinde ve muayene sırasında yaşadığı süreçlerin ve bazı değişkenlerin ilişkisini araştırdık.

Bu araştırmanın sonucunda eğitim düzeyi düşük hastaların, aylık gelir düzeyi düşük hastaların, sigara kullananların, randevu alırken zorlananların, hasta kayıt ve muayene öncesi işlemler için yardıma ihtiyacı olanlar ve bu yardımı alamayanların, hastane

içerisindeki yönlendirici işaret ve levhaları yetersiz olduğunu düşünenlerin, poliklinik bekleme alanında oturamayanların, poliklinik bekleme alanında daha uzun süre bekleyenlerin, hekimle iyi iletişim kuramayanların, öncelikli hasta uygulamasından rahatsızlık duyanların, hastane çalışanlarının veya diğer hastaların muayene sırasında polikliniğe girmesinden rahatsızlık duyanların ve daha önce sağlıkta şiddet olayına karışmış hastaların durumluk öfke ölçek puanlarının yüksek olduğu görülmüştür.

Poliklinik bekleme alanındaki hastaların öfke düzeyi ve ilişkili faktörler incelendiğinde, öfke düzeyinin artmasında birçok değişkenin etkili olduğu görülmüş olup, sağlıkta şiddetin engellenmesi için hastaların sosyodemografik özelliklerinin, hastanenin fiziki şartlarının, hekim, yardımcı sağlık personeli ve danışma görevlisi sayılarının, poliklinik bekleme alanındaki bekleme sürelerinin, etkili poliklinik hizmeti sunulmasını engelleyen durumların ve sağlık çalışanlarının iletişimi gibi faktörlerin birlikte değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Ayrıca, ülkemizdeki bölgesel ve kültürel farklılıklar göz önünde bulundurularak, Türkiye'nin farklı bölgelerinde benzer çalışmaların yapılmasının da sağlıkta şiddetin önlenmesine büyük bir katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Sonuç olarak sağlıkta şiddetin engellenmesi için çalışmamıza benzer şekilde, hastaların öfkelenmesine neden olan durumları ortaya çıkarmayı amaçlayan daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

6. KAYNAKLAR

Ağlamaz T. Lise Öğrencilerinin Saldırganlık Puanlarının Kendini Açma Davranışı, Okul Türü, Cinsiyet, Sınıf Düzeyi, Anne-Baba Öğrenim Düzeyi ve Ailenin Aylık Gelir Düzeyi Açısından İncelenmesi. Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2006, Samsun (Danışman: Yrd. Doç. Dr. T. Fikret Karahan).

Akbaş E. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti ve Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler (Manisa Merkezefendi Devlet Hastanesi Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, 2014, İstanbul. (Danışman: Prof. Dr. Mehmet Fikret Gezin).

Akça N, Yılmaz A, Işık O. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: Özel bir tıp merkezi örneği. ASHD. 2014;13(1):1-12.

Akgün H, Kılıçarslan ÜM. Merkezi hekim randevu sistemi ve randevusuz hastaların bekleme sürelerine yönelik çalışma: Bir kamu hastanesi örneği. Turan Stratejik Araştırmalar Merkezi. 2021;13(49):112-121.

Anlı G. Boyun Eğici Davranışları Azaltmaya Yönelik Bilişsel Davranışçı Psiko-Eğitim Programının Kişilerarası Duyarlılık, Öfke ve Düşmanlık (Hostilite) Üzerine Etkisi. Sakarya Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2017, Sakarya. (Danışman: Doç. Dr. Ali Haydar Şar).

Arslan T. Sağlık Kurumlarında Şiddet: Gazete Haberleri Üzerinde Bir Araştırma. Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2019, Düzce (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Emel İftar Işıklı).

Ataç A. İletişim, tıp etiği ve tıp uygulamalarına yansımaları. Hacettepe Tıp Dergisi. 2009;40:289-95.

Atan SÜ, Dönmez S. Hemşirelere karşı iş yeri şiddeti. Adli Tıp Dergisi. 2011;25(1):71-80.

Avcı FA. İlköğretim Sekizinci Sınıf Öğrencilerinin Arkadaş İlişkileri ve Cinsiyete Göre Öfke Düzeyleri ve Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Adana (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Mehmet Bilgin).

Aydın BO, Şahin E. Hastanede hasta ve hasta yakınları düzeyinde görülen iletişim problemlerinin çözümüne yönelik bir model önerisi. Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi. 2016;6(15):64-94.

Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002;3:147-154.

Ayranci U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoglu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence*. 2006;21(2):276-96.

Bal CG, Gül N, Tumurbağa M. Sürekli öfke ve öfke ifade tarzının demografik özelliklerle ilişkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2019;9(2):63-72.

Balkaya F, Şahin NH. Çok boyutlu öfke ölçeği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2003;14(3):192-202.

Bayhan M. Öfke sizi kontrol edeceğine siz onu kontrol edin. *Türk Psikologlar Derneği*. 1999.

Beyazaslan T. Öfke Kontrol Eğitiminin Hipertansiyon Tanısı Alan Hastaların Öfke ve Duygu Kontrol Durumlarına Etkisi. *Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2012, Gaziantep (Danışma: Yrd. Doç. Dr. Derya Tanrıverdi).

Bilge A, Ünal G. Öfke, öfke kontrolü ve hemşirelik yaklaşımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005;21(1):189-196.

Bilgin Y, Göral M. Sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin hasta memnuniyetine etkisi: Bartın Devlet Hastanesi örneği. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*. 2017;8(16).

Camerino D, Estryn-Behar M, Conway PM, Van Der Heijden BI, Hasselhorn HM. Work related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort. *Int J Nurs Stu*. 2007;45(1):35-50.

Canbuldu S. Çok Boyutlu Okul Öfke Envanteri'nin (The Multidimensional School Anger Inventory) Uyarlama Çalışması. *Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2006, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z Erkan).

Cankardaş S, Şalcıoğlu E. Travma deneyimlemiş bir örnekleme durumlu öfke ölçeğinin Türkçe uyarlama çalışması. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2021;13(Suppl 1):375-387.

Carmi-Iluz T, Peleg R, Freud T, Shvartzman P. Verbal and physical violence towards hospital- and community-based physicians in the Negev: an observational study. *BMC Health Serv Res*. 2005;5:54.

Cesur C. Bir Grup Çalışan Yetişkinde Kaygı Düzeyi, Mükemmeliyetçilik ve Öfke Arasındaki İlişki. *Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, 2017, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel).

Chappell D, Di Martino V. Violence at work. *International Labour Organization*. 2006.

Chen WC, Hwu HG, Kung SM, Chiu HJ, Wang JD. Prevalence and determinants of workplace violence of health care workers in a psychiatric hospital in Taiwan. *J Occup Health*. 2008;50(3):288-93.

Cinoğlu A. Sağlık Kurumlarında Şiddet. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Dönem Projesi, 2015, Denizli (Danışman: Prof. Dr. Feyzullah Eroğlu).

Crick NR, Grotpeter JK. Relational aggression, gender and social-psychological adjustment. *Child Development*. 1995;66:710-72.

Cüceloğlu D. İnsan ve Davranış. Remzi Kitabevi, İstanbul; 1996.

Cüceloğlu D. İnsan ve Davranış. Remzi Kitabevi, İstanbul; 1991.

Çelik C, Özdemir B, Çaycı T, Aparcı M, Özmenler KN, Özgen F, Özşahin A. Esansiyel hipertansiyonda öfke düzeyi ve öfke ifade tarzı. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2009;51(3):158-161.

Çelik F. Sağlık Kurumlarında İletişim; Hasta ile Sağlık Personeli İletişimi Üzerine Bir Araştırma. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı Halkla İlişkiler Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Konya (Danışman: Doç. Dr. Abdullah Koçak).

Çivitçi N. Çok Boyutlu Okul Öfke Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007;22(2):99-109.

Çöl SÖ. İşyerinde psikolojik şiddet: Hastane çalışanları üzerine bir araştırma. *Çalışma ve Toplum*. 2008;4:30-107.

Deffenbacher JL. Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *J Clin Psychol*. 1999;55(3):295-309.

Deffenbacher JL. Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cogn Behav Pract*. 2011;18:212-221.

Durmuş AB, Pirinççi E. Üniversite öğrencilerinin sigara içme durumu ve öfke ile ilişkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009;16(2):83-88.

Elliott PP. Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurs Manage* 1997;28(12):38-41.

Fawole OI. Economic violence to women and girls: Is it receiving the necessary attention? *Trauma Violence and Abuse*. 2008;9(3):167-177.

Feddock CA, Hoellein AR, Griffith CH, Wilson JF, Bowerman JL, Becker NS, Caudill TS. Can physicians improve patient satisfaction with long waiting times? *Eval Health Prof*. 2005;28(1):40-52.

Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, Grafstein E, Rae S, Oullet L, Gillrie C, Way M. Violence in the emergency department: a survey of healthcare workers. *CMAJ*. 1999;16:161-170.

Follingstad DR. A measure of severe psychological abuse normed on a national representative sample of adults. *J Interpers Violence*. 2011;26(6):1194–1214.

Geçtan E. *Psikanaliz ve Sonrası*. Remzi Kitabevi, İstanbul; 1993.

Gönültaş O, Atıcı M. Ortaokul son sınıf öğrencilerinin öfke düzeylerinin ve saldırganlık düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2014;23(1):370-386.

Görgü NS, Sütcü TS. İşlevsel olmayan öfkenin tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi etkililiği: Sistematiik bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2015;8(Suppl 1):129-143.

Gülalp B, Karcıoğlu O, Köseoğlu Z, Sarı A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. 2009;15(3):239-242.

Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: A review, Ochsner J. 2010;10(1):38–43.

Hahn S, Müller M, Needham I, Dassen T, Kok G, Halfens RJ. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs*. 2010;19(23-24):3535-46.

Harcar T, Cakır O, Surgevil O, Budak G. Kadına yönelik şiddet ve Türkiye’de kadına yönelik şiddetin durumu. *Toplum ve Demokrasi*. 2008;2(4):51-70.

Hills DJ, Joyce CM, Humphreys JS. A national study of workplace aggression in Australian clinical medical practice. *Med J Aust*. 2012;197(6):336-340.

Hodgson MJ, Reed R, Craig T, Murphy F, Lehmann L, Belton L, Warren N. Violence in healthcare facilities: lessons from the veterans health administration. *J Occup Environ Med*. 2004;46(11):1158-65.

Hornsveld RH, Kraaiaat FW, Muris P, Zwets AJ, Kanters T. Aggression replacement training for violent young men in a forensic psychiatric outpatient clinic. *J Interpers Violence*. 2015;30(18):3174-3191.

Hoşgör ET. Evli Çiftlerin Öfke İfade Tarzları ile Evlilik Uyumlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ferda Aysan).

İlhan MN, Çakır M, Tunca MZ, Avcı E, Çetin E, Aydemir Ö, Bumin MA. Toplum gözüyle sağlık çalışanlarına şiddet: Nedenler, tutumlar, davranışlar. *Gazi Medical Journal*. 2013;24(1):5-10.

İmamoğlu S. Öğretmen Adaylarının Öfke ve Öfke İfade Tarzları ile Bağlanma Stilleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2003, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. Betül Aydın).

Kalay T. Spielberger'in Durumluk Öfke Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlaması ve Geçerlilik Çalışması. Bahçeşehir Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Burak Küntay).

Kaplan A. Öfke Yönetimi Becerileri Programının İlköğretim 5. sınıf Öğrencilerinin Saldırganlık Düzeyi ve Benlik Saygısına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Nergüz Bulut Serin).

Karaca BK. Samsun İlinde Hekimlerin Şiddete Uğrama Sıklığı, Uğradıkları Şiddetin Özellikleri ve Şiddet Konusundaki Düşünceleri. On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 2014, Samsun (Danışman: Doç. Dr. Berna AYDIN).

Keskin G, Gümüş AB, Engin E. Bir grup sağlık çalışanında öfke ve mizaç özellikleri: İlişkisel bir inceleme. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2011;24:199-208.

Kısaç İ. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Değişkenlere Göre Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, 1997, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Oya G Ersever).

Kowalenko T, Walters B, Khare R, Compton S. Workplace violence: A survey of emergency physicians in the state of Michigan. Ann Emerg Med. 2005;46(2):142-7.

Kökdemir H. Öfke ve öfke kontrolü. Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Pivotka Eleştirel-Yaratıcı Düşünme ve Davranış Araştırmaları Laboratuvarı. 2004;3(12):7-10.

Köknel Ö. Kaygıdan Mutluluğa Kişilik. 15. basım, Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul; 1998.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization. 2002;1:17-21.

Lulofs RS, Cahn DD. Conflict: From Theory to Action. 2nd ed. Boston: Allyn and Bacon; 2000.

McPhaul KM, Lipscomb JA. Workplace violence in health care: Recognized but not regulated. Online J Issues Nurs. 2004;9(3):7.

Moore RD, Mead L, Pearson TA. Youthful precursors of alcohol abuse in physicians. Am J Med. 1990;88:332-336.

Özcan NK, Bilgin H. Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Sistemati derleme. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2011;31(6):1442-1456.

Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2007;5(3):140-143.

Özerkmen N, Gölbaşı H. Toplumsal bir olgu olarak şiddet. Akademik Bakış Dergisi. 2012;28.

Özmen A. Öfke: Kuramsal yaklaşımlar ve bireylerde öfkenin ortaya çıkmasına neden olan etmenler. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2006;39(1):39-56.

Özmen SK. Aile içinde öfke ve saldırganlığın yansımaları. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2004;37(2):27-39.

Öztürk H. Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi (İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servis Örneği). Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Zeki Atıl Bulut).

Pınar T, Pınar G. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. TAF Prev Med Bull. 2012;12(3):315-326.

Polat O. Şiddet. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2016;22(1):15-34.

Sarcan E. Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2013, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. Behçet Al).

Sarı S. Devlet Hastanelerinde ve Özel Hastanelerde Hasta Memnuniyetinin Karşılaştırılması: Isparta Örneği, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Isparta (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İrfan Ateşoğlu).

Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi. Kriz Dergisi. 2003;11(2):19-27.

Spielberger CD. Manual for the State-trait expression inventory. Psychological Assessment Resources. 1988.

Staicu ML, Cutov M. Anger and health risk behaviors. J Med Life. 2010;3(4):372-375.

Sütcü TS. Bilişsel davranışçı grup terapileri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2016;8(Suppl 1):1-2.

Şanlı Y, Türkmen A, Şahiner NC. Hastaların hastane işleyiş ve uygulamalarından memnuniyetleri ve etkileyen faktörler: Bir kamu hastanesi örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2021;24(4):717-728.

Şenyurt M. Psikiyatri Kliniklerinde Yaşanan Şiddet Olaylarının Kayıtlara Yansımalarının ve Ele Alınışının İncelenmesi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Fahriye Oflaz).

Taş F, Çevik Ü. Konya ilindeki pediatri hemşirelerinin şiddete maruz kalma durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2006;9(3):62-68.

Türker S. Öğretmenlerin Çatışma Yönetim Stratejileri ile Sürekli Öfke ve Öfke İfade Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2010, Sakarya (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Erkan Yaman).

Uslu BE. 14-17 Yaş Arasında Ergenlerin Yetiştirilme Tarzlarına Göre Öfke İfade Tarzlarının İncelenmesi. Beykent Üniversitesi, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Hüseyin Ebadi).

Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? J Adv Nurs. 2002;39:230-40.

Yağbasan M, Çakar F. Doktor-hasta ilişkisinde dile ve davranışlara dayalı iletişimsel sorunları belirlemeye yönelik bir alan araştırması. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2005;15:609-29.

Yeşilbaş H. Sağlıkta şiddete genel bakış. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2016;3(1).

Yeşildal N. Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;4(5):280-302.

Yılmaz C, Onan N. Acil servis hasta yakını örnekleminde öfke ifadesi ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddete bakışın incelenmesi. Adıyaman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;7(3):231-242.

Yılmaz C. Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Öfke İfade Tarzları ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2020, Karabük (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Nevin Onan).

7. EKLER

EK-1: Etik kurul kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 03.01.2022-92641

 T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu



Sayı : E-71522473-050.01.04-92641-554
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru
Dosyası Hk.

03.01.2022

Sayın Prof. Dr. Hasan Çetin EKERBİÇER

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

İlgi : 17.12.2021 tarihli 554 sayılı başvurunuz.

Destekleyicisi olduğunuz "**Poliklinik Bekleme Alanındaki Hastaların Öfke Düzeyi ve İlişkili Faktörler**" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir.

Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ
Etik Kurulu Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: BSV504VY4S-Pa Kodu: J9672
Adres: Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocucuk Kampüsü, Kocucuk,
Adapazarı/Sakarya
Telefon No: 264 295 6630 Faks No: 264 295 6629
e-Posta: tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ad: www.tip.sakarya.edu.tr

Belge Tutarı Adresi : <https://sakarya.gov.tr/etdb/okK=5783&eD=BSV504VY4S&eS=92641>
Bilgi için: Yücel Demir
Unvanı: Birim Evrak Sorumlusu

Telefon No: 2953129



EK-2: Anket formu

1. Kaç yaşındasınız?

.....

2. Cinsiyetiniz nedir?

Kadın () Erkek ()

3. Eğitim durumunuz nedir?

Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()

4. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

5. Ailenizin aylık gelir düzeyinizin nasıl olduğunu düşünüyorsunuz ?

düşük () orta () yüksek () çok yüksek ()

6. Medeni durumunuz nedir?

Evli () Bekar ()

7. Gebelik durumunuz var mı ?

Evet () Hayır ()

8. Çocuğunuz var mı?

Evet () Hayır ()

9. Evet ise kaç tane?

.....

10. Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz bakıma muhtaç kişiler var mı?

.....

11. İkamet ettiğiniz yerleşim yeri hangisidir?

Köy () kasaba / belde () ilçe merkezi () İl merkezi ()

12. Sigara kullanıyor musunuz?

Evet () Hayır ()

13. Kronik bir hastalığınız var mı?

.....

.....

.....

14. Sağlık hizmeti ihtiyacınız olduğunda ilk başvurduğunuz kurum hangisidir?

Aile sağlığı merkezi () Devlet hastanesi () Tıp fakültesi hastanesi ()

Özel hastane()

15. Yılda ortalama kaç defa sağlık kuruluşuna başvuru yapıyorsunuz?

.....

16. Hastaneye nasıl geldiniz?

Yürüyerek () Şahsi araçla () Toplu taşımayla() Ambulansla()

17. Şahsi aracınızla geldiyseniz aracınızı park ederken otopark sorunu yaşadınız mı?

Evet() hayır()

18. Hangi polikliniğe muayene olmak için geldiniz?

.....

19. Hasta kayıt ve muayene öncesi işlemler için yardıma ihtiyacınız oldu mu?

Evet() hayır()

20. Yardıma ihtiyacınız olduysa hastane çalışanları size yardımcı oldu mu?

Hiç () biraz () oldukça () çok ()

21. Hastane içerisinde yönlendirici işaret ve levhalar yeterli mi?

Hiç () biraz () oldukça () çok ()

22. Randevunuz var mıydı?

Evet () hayır ()

23. Randevu alırken zorlandınız mı?

Evet() hayır()

24. Poliklinik bekleme salonunda ne kadar süre beklediniz?

..... dk

25. Poliklinik bekleme salonunda beklerken oturabildiniz mi?

Evet() hayır()

26. Poliklinik bekleme salonundaki oturma alanları sizce yeterli mi?

Hiç () biraz () oldukça () çok ()

27. Poliklinik bekleme salonunda beklerken sıranızın geldiğini nasıl öğrendiniz?

Monitörden izledim () İsmim söylendi () Kapıdan öğrendim ()

Çağrılmadan girdim()

28. Randevu saatiniz geldiğinde polikliniğe öncelikli bir hastanın girmesi (65 yaş üstü, gebe, engelli) sizi rahatsız eder mi?

Hiç () biraz () oldukça () çok ()

29. Poliklinikte muayene olurken herhangi bir sağlık çalışanının muayene odasına girmesi sizi rahatsız eder mi?

Hiç () biraz () oldukça () çok ()

30. Poliklinikte muayene olurken başka bir hastanın sonuç göstermek için ya da soru sormak için muayene odasına girmesi sizi rahatsız eder mi?

Hiç () biraz () oldukça () çok ()

31. Muayene süreniz kaç dakikaydı?

.....

32. Muayene sırasında hekiminiz sizinle yeterince iletişim kurdu mu?

Hiç () biraz () oldukça () çok ()

33. Daha önce herhangi bir sağlık çalışanıyla sözel ya da fiziksel bir şiddet olayı yaşadınız mı?

Evet () hayır ()

34. şiddet olayı yaşadıysanız sizi fkendiren sebep neydi?

.....



EK-3: Durumluk Öfke Ölçeği

	İFADELER	Hiç (1)	Biraz (2)	Oldukça (3)	Çok (4)
1	Çok öfkeliyim	()	()	()	()
2	Sinirim bozuldu	()	()	()	()
3	Kızgınım	()	()	()	()
4	Birine bağırırım var	()	()	()	()
5	Bir şeyleri kırasım var	()	()	()	()
6	Deliye döndüm	()	()	()	()
7	Masayı yumruklayasım var	()	()	()	()
8	Birine vurasım var	()	()	()	()
9	Burnumdan soluyorum	()	()	()	()
10	Küfür edesim var	()	()	()	()

ÖZGEÇMİŞ

Adı	Nezihenur	Soyadı	Öztürk
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu	T.C.	Tel	
E-mail			
Eğitim Düzeyi	Mezun Olduğu Kurumun Adı		Mezuniyet Yılı
Lisans	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi		2016
İş Deneyimi			
Görevi	Kurum		Süre
Pratisyen hekim	Serdivan Toplum Sağlığı Merkezi		2016-2017
Araştırma görevlisi	Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi		2017-
Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama	Konuşma	Yazma
İngilizce	İyi	Orta	Orta