T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKİYATRİK TEDAVİ GÖREN ERKEK HASTALARDA SİGARA KULLANIMI İLE AGRESYON RİSKİ ARASINDAKİ İLİŞKİSİ

MERVE MUSLU

DANIŞMAN
PROF. DR. LEYLA KÜÇÜK

RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
RUH SAĞLIĞI VE PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ TEZLİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

İSTANBUL-2022

Doküman No	İlk Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
414.1.17F	04.03.2020	00	00.00.0000	1 / 1

Bu çalışma 06.01.2022 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ruh sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Sevil YILMAZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

. Dr. Öğr. Üyesi Gülcan KENDİRKIRAN
Haliç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Yüksekokulu

BEYAN

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

Merve MUSLU

İTHAF

Bu çalışmayı empati kurmayı bilen tüm meslektaşlarıma ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında değerli desteği ile daima yanımda olan, bilgi ve deneyimlerini benimle sonuna kadar paylaşıp rehberlik eden, kendisiyle çalışmaktan büyük onur ve mutluluk duyduğum sevgili hocam, danışmanım Prof. Dr. Leyla KÜÇÜK'e, Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU hocamız başta olmak ders aşamasında birlikte çalıştığım İ.Ü-Cerrahpaşa Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalının değerli öğretim üyelerine,

Tezi hazırlarken uzman görüşlerini ve desteğini aldığım, çalışmakta olduğum servisin klinik şefi Prof. Dr. Mehmet Cem İLNEM'e,

Çalışmam boyunca manevi desteklerini esirgemeyen ve her zaman desteklerini gördüğüm tüm ekip arkadaşlarıma,

Araştırmamın her aşamasında bana gönülden destek veren, motivasyon kaynağı olan, ilgi ve şefkatlerini hiçbir zaman esirgemeyen, her zaman yanımda olduklarını bildiğim canım annem Dilek Muslu, canım babam İskender Muslu, canım ağabeyim Mehmet Korhan Muslu, öz ablamdan hiçbir farkı olmayan canım ablam Ceren Hüthüt'e ve senelerdir her koşulda yanımda olan can dostlarım Esra Posluoğlu ve Tuba Etik başta olmak üzere tüm yakın dostlarıma katkılarından dolayı, teşekkür ederim.

Merve MUSLU

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... **İİİ**
BEYAN ..... **İİİ**
İTHAF ..... **İV**
TEŞEKKÜR ..... **V**
İÇİNDEKİLER ..... **Vİ**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **Vİİİ**
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ ..... **İX**
ÖZET ..... **X**
ABSTRACT ..... **Xİ**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **2**
2. GENEL BİLGİLER **3**
2.1. Psikiyatri Kavramı ve Psikiyatrik (Ruhsal) Hastalıklar 3
2.2. Agresyon (Saldırganlık) 4
2.1.1. Saldırganlığın etyolojisi 6
2.1.1.1. Psikanalitik kuram 6
2.1.1.2. Dürtü kuramı (engellenme-saldırganlık kuramı) 6
2.1.1.3. Sosyal öğrenme kuramı 7
2.1.1.4. Tıbbi ve Nörobiyolojik Faktörler 8
2.1.2. Psikyatri Hastalarında Saldırgan Davranışı Etkileyen Faktörler 8
2.1.2.1. Hasta ile ilgili faktörler 9
2.1.2.2. Sağlık çalışanı ile ilgili faktörler 10
2.1.2.3. Çevre ile ilgili faktörler 10
2.2. Sigara Kullanımı ve Psikiyatrik Bozukluklar 11
2.2.1. Depresyon ve sigara kullanımı 11
2.2.2. Anksiyete bozuklukları ve sigara kullanımı 12
2.2.3. Psikotik bozukluklar ve sigara kullanımı 13
2.2.4. Sigara Kullanımı ve Agresyon İlişkisi 13
2.2.5 Sigara Kullanımı ile Agresyon İlişkisine Yönelik Yapılan Bazı Çalışmalar 14
3. GEREÇ VE YÖNTEM **17**

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi....17
3.2. Araştırmanın Değişkenleri....17
3.3. Araştırmanın Etik Yönü....17
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı....17
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi....17
3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları....18
3.7. Verilerin Toplanması....19
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları....19
3.8. İstatiksel Analizler....19
4. BULGULAR....20
5. TARTIŞMA....30
5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması....30
5.2. Sosyodemografik Özelliklerin Agresyon ile Karşılaştırılmasının Tartışılması....31
5.3. Sigara Kullanımı ve Agresyon İlişkisinin Tartışılması....34
6. SONUÇ VE ÖNERİLER....35
KAYNAKLAR....36
FORMLAR....45
ETİK KURUL KARARI....50
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI....51
ÖZGEÇMİŞ....52

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular (n=100) 20
Tablo 2. Katılımcıların Hastalık Özellikleri ve Madde Kullanımına İlişkin Bulgular (n=100) 21
Tablo 3. Hastaların Sigara Kullanımına İlişkin Bulgular (n=100) 22
Tablo 4. Hastaların Sinirlilik Durumuna İlişkin Bulgular (n=100) 23
Tablo 5. Açık Agresyon Ölçeği Boyutlarının Puan Dağılımları (n=100) 23
Tablo 6. Hastaların Agresyon Zamanlarına ve Sürelerine İlişkin Bulgular (n=100) 24
Tablo 7. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre TAS Puanlarının Karşılaştırılması (n=100) 25
Tablo 8. Katılımcıların Hastalık Özellikleri ve Madde Kullanım Durumuna Göre TAS Puanlarının Karşılaştırılması (n=100) 26
Tablo 9. Hastaların Sigara Kullanım Durumuna Göre TAS Puanlarının Karşılaştırılması (n=100) 27
Tablo 10. Hastaların Sinirlilik Durumlarına Göre TAS Puanlarının Karşılaştırılması (n=100) 28
Tablo 11. Sigara Kullanımı ile TAS Puanları Arasındaki İlişki (n=100) 28

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

TAS: Toplam Agresyon Skoru

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

WHO: World Health Organization

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

ÖZET

Muslu, M. (2021). Psikiyatrik Tedavi Gören Erkek Hastalarda Sigara Kullanımı ile Agresyon Riski Arasındaki İlişki. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Bu çalışma psikiyatrik tedavi gören erkek hastalarda sigara kullanımı ile agresyon riski arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi.

Çalışma verileri, Mart 2020-Eylül 2020 tarihleri arasında İstanbul ilinde bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinden elde edildi. Çalışmanın örneklemini bir kamu hastanesinde psikiyatrik tedavi gören 100 erkek hasta oluşturdu. Verileri toplamak için Kişisel Bilgi formu ve Açık Agresyon Ölçeği kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 istatistik programı kullanıldı. Korelasyon testlerinde Spearman testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Çalışma sonucunda; sigara kullanımı ile Agresyon düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. İlkokul ve ortaokul mezunu, sosyal güvencesi olmayan, alkol/madde kullanan, ergenlikte sigaraya başlayan, gece uykudan uyanıp sigara içen, sigara içmediğinde çabuk sinirlenen, sigara kullanmaya başlamadan önce de çabuk sinirlenen ve sinirlendiğinde insanlara zarar veren hastaların agresyon puan ortalamaları yüksek ve istatistiksel olarak da anlamlı bulundu.

Anahtar Kelimeler: Agresyon, Psikiyatri Hastası, Sigara

ABSTRACT

Muslu, M. (2021). The Relationship Between Smoking Use and the Risk of Aggression in Male Patients Receiving Psychiatric Treatment. İstanbul University-Cerrahpasa, Institute of Graduate Studies, Mental Health and Psychiatric Nursing. Master Thesis. İstanbul.

This study was carried out as a descriptive study to determine the relationship between smoking and aggression risk in male patients receiving psychiatric treatment.

Study data were obtained from a mental health and diseases hospital in the province of Istanbul between March 2020 and September 2020. The sample of the study consisted of 100 male patients receiving psychiatric treatment in a public hospital. Personal Information form and Open Aggression Scale were used to collect data. SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 statistical program was used to evaluate the data. Statistical significance level was accepted as $p<0.05$.

In the results of studying; a statistically significant relationship was found between smoking and aggression level. Aggression score averages of patients who are primary and secondary school graduates, do not have social security, use alcohol/substance, start smoking in adolescence, wake up at night and smoke, get angry quickly when they do not smoke, get angry quickly even before they start smoking, and harm people when angry, are high and statistically significant. found significant.

Key Words: Aggression, Psychiatric Patients, Cigarette,

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kendi yeteneklerinin farkında olan, yaşam stresleriyle baş edebilen, üretken bir şekilde çalışabilen ve topluma katkı sağlayabilen birinin ruhsal yönden sağlıklı olduğunu belirtmektedir (WHO, 2013). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD)'ne göre ruhsal bozukluklar, dünya çapında hastalık yükünün en hızlı büyüyen kategorilerinden birini oluşturmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan birey, aile ve toplum üzerinde yıkıcı etkilere sahiptir ve her iki kişiden birinin yaşamları boyunca herhangi bir ruhsal bozukluğa yakalandığı ifade edilmektedir (OECD, 2019). Günümüzde her dört kişiden birinin ruhsal bozukluklardan etkilendiği belirtilmektedir (Songur ve ark., 2017). Ruhsal bozukluklar, bireylerin iş hayatında, sosyal yaşamında, aile içi süreçlerinde ve günlük aktivitelerinde bozulmalara neden olmakta, fiziksel hastalık riskini artırmakta ve yaşam kalitesini düşürmekte (Ocaktan ve ark., 2004; Gültekin, 2010; Kaya ve ark., 2018) ve yeti yitimine de neden olduğu için ekonomik kayıplara yol açmaktadırlar (Ocaktan ve ark., 2004; Ensari ve ark., 2013).

Psikiyatrik bakım verilen ortamlarda sıklıkla görülen davranışlardan biri agresyon-saldırganlık olup literatürde saldırganlık ve agresyon terimleri birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (Abay ve Tuğlu, 2000; Bilgin ve ark., 2012). Psikiyatri kliniklerinde saldırgan davranışlar genellikle hastalarla çalışanlar arasındaki etkileşim sırasında meydana gelmektedir. Saldırganlığı hazırlayıcı durumlar hastalar arasında çatışmalar, sağlık personelinin hastaya sınırlamalar koyması, olumsuz bir haber alma, aile üyeleri veya arkadaşların ziyareti, hastanın semptomları olabilir. Bunun dışında terapötik ortamın kurallarının uygulanması sırasında sıklıkla sorun yaşanmaktadır. Hastanın klinikten ayrılma talebine olumsuz yanıt verilmesi, sigara içmesine izin verilmemesi, daha fazla yiyecek isteğinin geri çevrilmesi, para istemesi, telefon görüşmesi yapmak istemesi gibi nedenlerle hemşirelerle hastalar arasında çatışma yaşanmaktadır (Partlak Günüşen, 2016).

Psikiyatri kliniklerinde önemli bir problem olan saldırganlık fiziksel ve psikolojik travmalara, hatta ölümle sonuçlanabilecek ciddi olaylara sebep olabilmektedir (Savaşan ve Mete, 2018). Saldırganlık; bir başka kimseye, herhangi bir canlıya veya cansız nesneye zarar vermeye, yaralamaya, yok etmeye yönelik davranış biçimidir (Köroğlu ve Güleç, 2007). Saldırgan davranış bir süreç olarak ele alındığında agresif davranışların ajitasyonla başladığı ve tahmin edilebilir bir taşkınlık (escalation) yörüngesinde ilerlediği belirtilmiştir. Bu doğrultuda taşkınlık ajitasyon ile başlayan ve hasta kontrolden çıkana kadar devam eden davranışsal patlamanın doğrusal bir yörüngesi olarak ele alınabilir (Johnson ve Delaney, 2007).

Sigara kullanımı da ruhsal bozukluğu olan bireyler arasında oldukça yaygın ve yoğun şekilde görülmektedir (Uzbay, 2015). Ruhsal bozukluğu olan bireylerin sigara içme oranlarının toplumun diğer kesimlerine göre daha yüksek olduğu bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada ruhsal bozukluğu olmayan bireylerde sigara içme oranı %22,5 iken ruhsal bozukluğu olan bireylerde %41 olarak belirlenmiştir (Lasser et al., 2000). Yapılan çalışmalarda genel toplumda ve psikiyatrik bozukluğu olanlar arasında erkeklerin daha yüksek düzeyde sigara içtikleri bulunmuştur (Lasser et al., 2000; Kalman et al., 2005).

Psikiyatri kliniklerinde yatan hastalar sigara kullanmadığında sözel ya da davranışsal agresyon durumları görülebilmektedir. Terapotik ortamın oluşturulması ve hastaların sergilediği bu davranışsal sorunların yönetimi için bu konunun araştırılması önemlidir. Literatürde psikiyatri hastalarında agresyona neden olabilecek etkenler ve agresyon görülme sıklıkları araştırılmış olup, ülkemizde sigara ve agresyon ilişkisini araştıran herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sigara kullanımının agresyon üzerinde etkisinin literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle bu araştırmanın amacı psikiyatri kliniğinde yatan erkek hastalarda sigara kullanımı ile agresyon riski arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Araştırma Soruları:

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile Agresyon durumlarını etkilemekte midir?

Hastaların sigara kullanım durumları ile Agresyon durumları arasında bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Psikiyatri Kavramı ve Psikiyatrik (Ruhsal) Hastalıklar

Psikiyatri tıbbın bir dalıdır. Başlıca ilgi alanı beyin hastalıklarıdır. İnsanın zihinsel, duygusal yapısı ve davranışlarında, çevreye uyumunda görülen sorunların incelenmesi, tanımlanması, sağaltımı ve önlenmesi ile uğraşır. Psikiyatrinin dinamik, davranışçı, biyolojik yaklaşımları, psikofizyolojı, psikofarmokolojı, psikö-nöro-kimya, psikanaliz, psikoterapi, adli psikiyatri, çocuk ve ergen psikiyatrisi, geriatrik psikiyatri, sosyal psikiyatri gibi yan dalları vardır. Bunun yanında genetik, biyokimya, farmakoloji gibi temel tıp bilimleri ile yakın ilişki içinde olup aynı zamanda psikanaliz, psikoloji, klinik psikoloji, sosyal psikoloji, sosyal antropoloji, sosyoloji gibi davranış bilimlerinden de yaralanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Demir, 2012).

Psikiyatri epistemolojik ve ontolojik sorunlar nedeniyle tıbbın geri kalanından ayrılır. Genel tıp kuramlarında hastalığın gerçekliği temel olarak kabul edilir. Hastalık organik ve gözlenebilir bir değişiklik yapar. Bu durum psikiyatri alanında oldukça sorunludur. Genel tıpta hastalık beden hakkında bir yorumdur ancak psikiyatrik bozukluklarda hastalık ile kişi neredeyse aynı olgudurlar. Kişiyi biçimlendiren ise kültürdür. Dolayısıyla ruhsal hastalık kavramı zorunlu olarak kültürel bir kavram olarak karşımıza çıkar. Bu nedenle ruhsal hastalık kavramı diğer hastalıklara göre üzerinde çok daha fazla belirsizlikler taşıyan bir kavramdır. Bunun nedeni her toplum ve kültüre uyan bir “normal” kavramının belirlenememiş olmasıdır. Ruh sağlığı yerinde olan bir bireyin, duyuş, düşünüş, inanç, tutum ve davranışları normaldir. Ruh sağlığı bozulan kişi ise, genellikle duygu, düşünce ve davranışlarında değişik derecelerde tutarsızlık, aşırılık, uygunsuzluk ve yetersizlik gibi “anormal” davranışlar sergileyebilmektedir. Her birey zaman zaman bu tür örüntüler sergileyebilir ancak ruhsal hastalık yaşayan kişilerde bu özelliklerin sürekli veya yineleyici olması, kişinin verimli çalışmasını sekteye uğratması ve kişiler arası ilişkilerini bozacak nitelikte olması gerekir (Candansayar ve Coşar, 2001; Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Bu bağlamda bir bireyin ruh sağlığının yerinde olup olmadığının anlaşılması için öncelikle ruhsal açıdan normal ve anormalin ne olduğuna karar vermek gerekmektedir. Ancak bilimsel açıdan normal ve anormal davranışların ayrımını yaparken kullanılabilecek belirli bir ölçüt bulunmamaktadır. Bedenin normal yapısı ve işlevleri bilindiğinden dolayı fiziksel anlamda meydana gelen hastalıkların belirlenmesi ve anormal durumların teşhis edilmesi oldukça kolaydır. Buna karşın ruhsal anlamda ölçüt kabul edilebilecek bir normal modeli bulunmamaktadır. Normalin tanımını yapabilmek için ortaya atılmış bazı görüşler vardır. Bu görüşlere göre bazıları toplumsal normlara uyma oranının normali, bu kurallardan sapma oranının ise normal dışını belirlediğini savunurlar. Diğer bazı görüşlere göre ise gerçek normallik ölçütünün toplumun onayı ile değil, kişinin kendini iyi hissedebilmesi ile gerçekleşeceğini öne sürerler. Bu ölçüte göre bir davranış toplumun isteğine uygun olsa bile bireyin gelişmesini engelleyici nitelikteyse eğer normal dışı olarak kabul edilebilir (Gençtan, 2015).

Psikiyatrik hastalık genel olarak duygu, düşünce ve davranışlarda olağan dışı değişimlerin oluşması şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2019). Ruhsal hastalıkların ortaya çıkmasında biyolojik, psikolojik, toplumsal, ekonomik, kültürel vb. birçok faktörün rol oynadığı bildirilmektedir. Ruh sağlığı genetik, beslenme, travma gibi biyolojik etkenler, çocukluk ve yetişkinlik çağıyla ilişkili psikolojik etkenler, savaş, işsizlik, ekonomik çöküntü, göç, eğitim gibi toplumsal ve kültürel etmenler nedeniyle bozulabilir (WHO, 2003; Bilgin, 2007; Bozan, 2019).

Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association: APA)'nin DSM-5 Tanı ölçütleri Başvuru El Kitabı'na göre, ruhsal bozukluk, "ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur. Ruhsal bozukluklar genellikle belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında yetersizlik ile gider." (APA, 2014), şeklinde tanımlanmaktadır.

2.2. Agresyon (Saldırganlık)

Tüm ırklarda ve kültürlerde sosyal yaşamın her alanında yaygın olan saldırganlık, bireylere fiziksel ve / veya duygusal olarak zarar veren herhangi bir fiziksel, duygusal veya cinsel davranış olarak tanımlanır (Anderson ve West, 2011). Saldırganlık ile ilgili

davranışlar, antropoloji, biyoloji, ekonomi, siyaset bilimi, iletişim araştırmaları, tarih ve sosyoloji gibi çok çeşitli disiplinlerde incelenmiştir (Bjørkly, 2006). Saldırganlık, karmaşık insan davranışları olarak binlerce yıllık insan evrimi için, bireyin ve grubun hayatta kalmasını, güvenliğini ve ilerlemesini desteklemede temel bileşenlerdir. Saldırganlık için insan kapasitesinin kolaylıkla kontrol edilemeyeceği ve her zaman insan davranış repertuarının bir parçası olacağı bilinmektedir (Björkdahl, 2010).

Literatüre bakıldığında saldırganlık, şiddet, öfke gibi kavramların birbiri yerine kullanıldığı görülmektedir. Bu nedenle bu kavramların analizini ve ayrımını yapmak saldırganlık kavramını anlayabilmek açısından önemlidir. DSÖ saldırganlığı "Kişinin kendisine veya başka bir kişiye, bir topluluğa veya topluma karşı gücünü kasıtlı olarak kullanması ve bu yolla bireyleri ve toplulukları tehdit etmesi" olarak tanımlanırken, şiddeti ise "Sahip olunan gücün ve iktidarın, fiziksel ya da ruhsal bir yaralanmaya ve kayba neden olacak biçimde bir başka insana, kendine, bir gruba ya da bir topluma doğrudan ya da dolaylı yolla uygulanmasıdır" şeklinde tanımlamıştır (WHO, 2002). Saldırganlık daha kapsayıcı bir anlama sahip olduğundan, şiddet, saldırganlığın alt kümesidir denilebilir (Bushman ve Huesmann, 2010; Aras, 2014). Her şiddet davranışı saldırganlıkken, her saldırganlık şiddet davranışı değildir (Bushman ve Huesmann, 2010). Şiddet saldırganlığın diğer insanlara uygulanmasıdır (Aras, 2014). Öfke ise doyurulmamış isteklere, istenmeyen sonuçlara ve karşılanmayan beklentilere verilen, son derece doğal, evrensel ve insani bir duygusal tepkidir (Soykan, 2003). Öfkenin davranışsal ve kontrolsüz şekilde ortaya çıkmasıyla, kabaca zarar verme eğilimi olan ve tüm sözel ve fiziksel saldırıları tanımlamak için kullanılan saldırganlık gerçekleşmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Klinisyenler ve sağlık hizmetleri sistemleri için saldırganlık, çok gençten çok yaşlıya kadar değişen, bazen tedaviye dirençli ve uzun süreli hastanede kalmayı gerektiren ciddi beyin bozukluklarının sık görülen bir semptomudur. Saldırgan davranış, nörogelişimsel, nörobilişsel, psikotik, bipolar, depresif, madde kullanımı, kişilik ve aralıklı patlayıcı bozuklukların yanı sıra travmatik beyin hasarı gibi edinilmiş nörolojik durumlar dahil olmak üzere dikkate değer bir nöropsikiyatrik tanı çeşitliliği ile birlikte ortaya çıkabilir (Alan ve Picciotto, 2020).

Saldırganlık kavramını açıklarken ele alınması gereken bir diğer kavram ise ajitasyondur. Ajitasyon çoğu psikiyatrik hastada klinik bulguya eşlik edebilen sözlü veya motor davranışlar kümesidir. Şizofreni, bipolar-manik atak, anksiyete bozuklukları, depresyon gibi hemen hemen tüm psikiyatrik tanılı hastalarda ortaya çıkabilen bu davranışlar yıkıcıdır ve hastanın toplum içi uyumunu bozar (Yıldız ve Köksal, 2003). Eksitasyon ise ajitasyon halinin artmış hali olup bu durumda, huzursuzluk ve gerginlik hissinin eşlik ettiği psikomotor hareketliliğin artması sonucu hastalar saldırganlığa yatkın hale gelmektedirler (Ayhan, 2017).

2.1.1. Saldırganlığın etyolojisi

Karmaşık bir olgu olan saldırganlık kavramının kuramsal açıdan tanımlanmasında, her bilimsel disiplin kendi analiz düzeyine göre kavramı ele almıştır. Ayrıca saldırganlık davranışı tek bir kuramla değil ancak birden fazla kuramla tek bir kuram doğrultusunda açıklanabilir. Saldırganlık kavramı, temel olarak biyolojik, psikolojik ve sosyolojik kuramlarla açıklanmaktadır (Köroğlu ve Güleç, 2007; Rueve ve Randon, 2008; Bilgin ve Keser Özcan, 2012).

2.1.1.1. Psikanalitik kuram

Saldırganlık kavramı psikanalitik kuramla açıklanırken tam olarak fikir birliği olmadığı bilinmelidir. Orijinal kuram değiştirildikçe ve genişledikçe, yavaş yavaş birkaç farklı yaklaşıma dönüşmüştür (Bjørkly, 2006). Freud kuramında yaşamak ve ölüm içgüdüsünden bahsetmekte, ölüm içgüdüsünü bireyin ve insan yaşamının parçalanmasını dürtüleyen bir güç olarak ifade etmektedir (Bilgin ve Keser Özcan, 2012; Ayhan; 2017). Freud ayrıca, öfke ve düşmanlık duygularının çatışma ve bilinçsiz suçluluk ile sonuçlandığını ve bu etkilerin savunma faaliyetini başlattığını iddia etmiştir (Bjørkly, 2006). Kısacası Freud'a göre saldırganlık ölüm içgüdüsünün dış dünyaya yöneltilmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır.

2.1.1.2. Dürtü kuramı (engellenme-saldırganlık kuramı)

Freud birçok dürtünün hem cinsel hem de saldırgan bileşenler içerdiğini ve sadizm, mazoşizm ve zıt duygulanım (ambivalan) dahil olmak üzere birçok klinik belirtinin, bu dürtüler veya bunların kaynaşması sonucu değişen çatışma dereceleriyle açıklanabileceğini gözlemlemiştir. Freud'un görüşüne göre, ölüm içgüdüsü, bireyi

kendilerini yok olmaktan kurtarmak için sosyal ve fiziksel çevreye karşı saldırgan eylemlere yönlendirmeye zorlar (Bjørkly, 2006). Bu kurama göre saldırganlık bireyin hedefine ulaşmasının önündeki engellere yönelik dürtüsel olarak ortaya çıkmaktadır. Bireyin hedeflerine ulaşmasını engelleyen faktörlerin içsel veya dışsal olmasına bağlı olarak saldırganlık davranışı bireyin kendisine ya da dışsal faktörlere yönelik olmaktadır. Ayrıca bu kuramda saldırganlık ile tahrik kavramları arasındaki ilişki de ortaya konmuştur. Saldırganlık dürtüsünün tahrik gücü ise üç faktöre bağlıdır: yaşanılan hayal kırıklığının önemi, hedeflerinin engellenme derecesi ve yaşanılan hayal kırıklığı sayısıdır. Sosyal öğrenme teorileri açısından, saldırganlık bir içgüdü değildir, deneyim veya gözlem yoluyla öğrenilmektedir ve ayrıca olumlu bir sonuç beklentisi ile teşvik edilir. Hem biyolojik hem de sosyal faktörler, saldırgan davranışın geliştirilmesinde eşit derecede önemli görünmektedir ve sonuç olarak, engellenme-saldırganlık hipotezine göre, bireysel saldırgan davranış etiyolojisinde genetik veya çevresel faktörlerin hangisinin öncü olduğu net değildir (Bjørkly, 2006).

2.1.1.3. Sosyal öğrenme kuramı

Sosyal öğrenme kuramına göre saldırganlık bir içgüdü olmayıp, deneyim veya gözlem yoluyla öğrenilmektedir (Björkdahl, 2010). Bebeklik döneminden itibaren insanlar fiziksel ve sosyal ortamdaki olayların nasıl algılanacağını, yorumlanacağını, yargılayacağını ve yanıtlayabileceğini öğrenirler. Saldırganlığa neden olan faktörler sosyal çevreden gelmektedir. Bu uyaranlara tepki olarak ortaya çıkan saldırgan davranış da çevreden öğrenilmektedir. Diğer kuramlardan farklı olarak sosyal öğrenme kuramında içgüdülerin aktive olmasında "tahrik" kadar "teşvik" kavramı da önemlidir. Bireyin eylem sonucunda beklediği fayda davranışı pekiştirmektedir. Bu kuramda pekiştireçler incelenmiş ve "araçsal öğrenme" ve "gözlem ve model alma yolu ile öğrenme" kavramları ile saldırganlık açıklanmıştır (Anderson ve Bushman, 2002; Köroğlu ve Güleç, 2007; Ayhan, 2017).

Araçsal Öğrenme Kuramı'na göre, saldırgan davranış ne kadar pekiştirilir ve ödüllendirilirse, bireyin bu davranışını farklı durum ve ortamlar karşısında tekrarlama sıklığı da artmaktadır (Anderson ve Bushman, 2001). Bandura'ya göre, gözlem yoluyla öğrenme birbiriyle ilişkili dört süreci içerir. İlk olarak, birey modellenen olayın ipuçlarını, davranışlarını ve sonuçlarını fark eder ve bunları dikkatle izler. Daha sonra gözlemler bir

çeşit bellek temsiline kodlanır. Üçüncüsü, bu bilişsel süreçler yeni taklit yanıt kalıplarına dönüştürülür. Son olarak, uygun teşvikler göz önüne alındığında, modellenen davranış gerçekleştirilecektir. Modelin özellikleri doğrultusunda Bandura, aile üyelerinin, bireysel alt kültürlerin ve kitle iletişim araçlarının agresif modellemenin üç temel kaynağı olduğunu iddia eder (Bjørkly, 2006).

2.1.1.4. Tıbbi ve Nörobiyolojik Faktörler

Saldırganlığın nedenini inceleyen çalışmalarda bu davranışın oluşmasına neden olan sosyal ve çevresel faktörlerin yanı sıra biyolojik, genetik ve nörofizyolojik faktörlerin de etkili olduğu görülmüştür. Elde edilen veriler birlikte değerlendirildiğinde saldırganlık davranışının biyolojik ve sosyoekonomik faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Mendes et al., 2009).

Doğum ve prenatal dönemde yaşanılan komplikasyonların çocukluk döneminde agresif ve antisosyal davranış özelliklerinin daha belirgin olmasına sebep olduğu görülmüştür. Bu komplikasyonlar; annenin hamilelikte alkol, sigara veya madde kullanması, maternal malnütrisyon ve doğumda hipoksi gibi durumlardır (Mendes et al., 2009).

Liu ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları bir çalışmada malnütrisyon öyküsü olan çocuklarda 8, 11 ve 17 yaşlarında suç ve şiddet davranışlarının, malnütrisyon öyküsü olmayan çocuklara göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Beyin görüntüleme çalışmalarında prefrontal korteks, temporal korteks, insula, amygdala, hipokampus/parahipokampus, ön-arka singulat girus gibi nörolojik bölgelerde suç işlemiş ve antisosyal bireylerde yapısal ve işlevsel olarak anormallikler olduğu öne sürülmüştür (Yang ve Raine, 2009). İkizlerde ve evlat edinilenlerde yapılan genetik çalışmalar anti sosyal ve şiddet davranışının genetik yönünü incelemiş ve antisosyal ve şiddet davranışlarının monoamin oksidaz A (MAO-A), dopamin, serotonerjik ve noradrenerjik aktivitelerle ilgili genetik ekspresyonla ilişkili olduğunu göstermiştir (Yalçın ve Erdoğan, 2013).

2.1.2. Psikyatri Hastalarında Saldırgan Davranışı Etkileyen Faktörler

Saldırgan davranışını ortaya çıkmasını ve kısıtlayıcı yöntemlerin kullanılmasını önlemek için bu davranışın ortaya çıkmasını etkileyen faktörlerin bilinmesi önemlidir. Bu

faktörleri bilmek riskleri belirlemek ve bu doğrultuda önlem almak için gereklidir. Bu faktörler hasta ile ilgili, sağlık çalışanı ile ilgili ve çevreyle ilgili olmak üzere 3 başlıkta incelenecektir.

2.1.2.1. Hasta ile ilgili faktörler

Saldırganlığın ortaya çıkmasında hasta ile ilgili risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler, genetik ve hormonal özellikler, hastalık tanısı ve hastalık belirtileri gibi özellikler incelenmiştir. Yaş, cinsiyet, tanı/psikopataloji, sosyoekonomik durum, çocukluktaki kötüye kullanım ve şiddet öykülerinin olması, hastalık durumu gibi faktörler bireyin doğasında var olduğu için hemşirelik müdahaleleriyle ortadan kaldırılamayacak faktörlerdir (Bilgin ve Keser Özcan, 2012).

Yapılan sistematik incelemelerde hastanın genç, erkek, bekar olması, şizofreni ya da kişilik bozukluğu tanısının olması, tedaviye uyumsuz, daha önce kendisine veya çevresine zarar verme ve dürtüsellik öyküsünün, istismar öyküsünün olması, zorunlu yatış, madde kullanım öyküsünün olmasının saldırganlık riskini artırdığı bulunmuştur (Dack et al., 2013, Dickens et al., 2012; Iozzino et al., 2015; Asikainen et al., 2020). Ayrıca hasta ile iletişim kurulması zorsa, paranoid ve halüsinasyon belirtileri görülüyorsa, duygu durumu öfkeli, kaygılı ya da korkmuşsa yine saldırgan davranış gösterme riski artmaktadır (Asikainen ve ark., 2020).

Hiçbir psikiyatrik tanısı olmayan hastalara göre şiddet riski alkol bağımlılığı olan hastalarda 12 kat, madde kötüye kullanım ve madde bağımlılığı olan hastalarda 16 kat daha fazladır. Major psikiyatrik hastalıklarla birlikte alkol veya madde bağımlılığı tanıları olan hastalarda şiddet riski daha da artmaktadır (Bjørkly, 2006).

Ülkemizde de psikiyatri servislerinde yatmakta olan hastalarla yapılan bir çalışmada şiddet görme öyküsü, son bir yıl içinde kayıp yaşama, yasal sorun yaşama ve ceza alma öyküsü, geçmişte saldırganlık öyküsü olan hastaların saldırganlık potansiyelinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı çalışmada hastaların saldırganlık ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları tanı gruplarına göre sayısal olarak incelendiğinde kişilik bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu tanıları ilk sırada gelmiştir (Ata ve Kelleci, 2012).

2.1.2.2. Sağlık çalışanı ile ilgili faktörler

Sağlık çalışanları kasıtlı olarak veya yanlışlıkla şiddetin patlak vermesine neden olabilir, çünkü personelin tutumları ve eylemleri hasta davranışı üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir (Stuard, 2013). Sağlık çalışanının cinsiyeti, yaşı, psikiyatri kliniği deneyimi, saldırganlıkla baş etme eğitimi alma durumu, çalışan/hasta oranı gibi faktörler saldırgan davranışın ortaya çıkmasında rol oynamaktadır (Bilgin ve Keser Özcan, 2012). Ayrıca sağlık çalışanının bazı kişilik özellikleri ve davranışları, iletişim şekli, hastalarla iletişim kurmama, yanlışlıkla kötü seçilmiş kelimelerle onları kışkırtması veya empati göstermemesi şiddet olasılığını artırabilmektedir (Asikainen ve ark., 2020). Hastalar, etkisiz dinleme becerileri ve iletişimi kötü olan sağlık çalışanlarının saldırgan davranışın ortaya çıkmasında tetikleyici olduklarını belirtmiştir (Duxbury ve Whittington, 2005).

Sağlık çalışanının hastanın kişisel alanına fiziksel temasla izinsiz girmesi, tedavi ve aktivite için zorlaması, sınırlama koyması ve servis kurallarını uygulamaya çalışması gibi davranışları saldırgan davranışla ilgili bulunmuştur (Bilgin ve Keser Özcan, 2012). Ayrıca saldırganlıkla ilgili eğitim alma durumunun saldırgan davranışın oluşmasını önleme ve yönetmede önemli olduğu vurgulanmaktadır (NICE, 2015).

2.1.2.3. Çevre ile ilgili faktörler

Fiziksel çevrenin gürültülü, kalabalık olması, mahremiyetin sağlanmamış olması, kilitli tutulması, aşırı sıcak olması gibi özellikler barındırması saldırgan davranışın ortaya çıkmasında etkili olmaktadır (Bilgin ve Keser Özcan, 2012). Servis aktivite ve toplantılarının, hasta görüşmelerinin, çalışan işlevlerinin belirsiz olduğu yerler saldırganlık açısından daha riskli gösterilmektedir.

Psikiyatri servislerinde genellikle yapılandırılmış çevre ile ilişkili olarak kısıtlama, özgürlük eksikliği, baskı kullanımı, sınır koyma ve otoriter bir yönetim tarzı hastalar tarafından saldırgan davranış tetikleyicisi olarak belirtilmiştir (Duxbury ve Whittington, 2005). Servis aktivite ve toplantılarının, hasta görüşmelerinin, çalışan işlevlerinin belirsiz olduğu yerler saldırganlık açısından daha riskli gösterilmektedir (Bilgin ve Keser Özcan, 2012).

2.2. Sigara Kullanımı ve Psikiyatrik Bozukluklar

Duygudurum bozuklukları, psikoz, anksiyete, madde bağımlılıkları, kişilik sorunları olan bireylerde sigara kullanımının daha yaygın olduğu bilinmektedir. Diğer yandan, bu tür bozuklukların sigara içen bireylerde içmeyen veya bırakmış olanlara göre daha sık görüldüğü de bilinmektedir. Bu ilişkiye sebep olarak; bir ruhsal hastalığı düzeltmek için nikotinin kullanılması, diğer hastaların örnek alınması ve genetik etkilerin paylaşılması gibi nedenler olabileceği görülmektedir. Ayrıca, ruhsal bozukluğa sahip bireylerin, nikotinden gelen anksiyolitik, anoreksik, agresyon giderici, antidepresan ve biliş arttırıcı etkilere çekildiği de tahmin edilmektedir (Mendelsohn ve ark., 2015).

Sigara içme alışkanlığı; nevrotik belirtiler, olumsuz duygulanmalar, umutsuzluk ve duygusal stres gibi faktörler ile ilişkilendirilmiştir. Bu faktörler, psikiyatrik bozukluklara olan yatkınlığın da göstergeleri olarak gösterilmiştir. Olumsuz duygularını sigara içmelerinin sebebi olarak gösteren bireylerin sigarayı bırakma denemeleri genellikle başarısızlık ile sonuçlanmaktadır. Sigarayı daha önceden bırakmış olan bireylerde de olumsuz duyguların geri gelmesi sigaraya tekrar başlamalarının sebepleri arasında gösterilmektedir (Yavaş Çelik ve ark., 2018).

Sigara içme ve psikopatoloji arasındaki ilişki incelendiğinde, nedensel yönelim tam olarak bilinmemektedir. Bazı çalışmaların sonuçlarına göre ise sigara içme alışkanlığının ve depresyon veya anksiyete bozukluklarının karşılıklı olarak birbirini tetiklediği ileri sürülmüştür. Sosyoekonomik durumlar, sosyal izolasyon, çocukluk çağı sorunları ve kötü tecrübeler gibi etmenlerin incelendiği bir araştırmada da sigara içme alışkanlığının depresyon ve anksiyete ile ilişkisi gösterilmiştir (Zhang ve ark., 2013).

2.2.1. Depresyon ve sigara kullanımı

Depresyonun ve sigara kullanımı arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu düşünülmektedir. Sigara kullanımı depresif belirtileri arttırdığı gibi, depresif belirtilerin sonucu olarak sigaraya başlama riskinde de artış olmaktadır. Yapılan araştırmaların sonuçlarına göre sigara kullanımı olan bireylerde majör depresyon belirtileri, sigara kullanmayan bireylere göre daha sıklıkla görülmektedir (Besson ve Forget, 2016). Buna ek olarak, majör depresyon geçmişi olan bireylerde sigara bağımlılığı oluşmasının riskinin de daha yüksek olduğu bilinmektedir ve majör veya minör depresyon belirtileri nikotin bağımlılığı için risk faktörü olarak çeşitli araştırmalarca gösterilmiştir. Yapılan

bir klinik çalışmada, sigara kullanmayan depresyon hastalarına nikotin bantları uygulandığında depresif semptomların azaldığı görülmüştür, sigara kullananlarda da bireyler depresyon belirtilerinin azaldığını belirtmiştir (Besson ve Forget, 2016). Ayrıca, yapılan çeşitli çalışmalarda da sigara kullanan bireylerin, depresif belirti düzeylerinin daha yüksek olduğu ve sigara kullanımıyla depresif belirti puanları arasında ilişki olduğu görülmüştür (Pawlina ve Rondina, 2014).

Nikotin yoksunluk sendromunun etkileri de depresif belirtilerin tetiklenmesinde rol oynayan bir faktördür, bundan dolayı depresif bireyler nikotini olumsuz duyguları baskıladığı ve antidepresan etkileri olduğu için kendilerini tedavi amacı ile kullanabilmektedir (Zhang ve ark., 2012).

2.2.2. Anksiyete bozuklukları ve sigara kullanımı

Sigara kullanımı ve anksiyete bozuklukları arasında da bir ilişki olduğu tahmin edilmektedir ve çeşitli araştırmaların sonucu bu düşünceyi desteklemektedir. Bu çalışmalarda, anksiyete bozukluklarına sahip katılımcıların daha fazla sigara kullandığı ve nikotin bağımlılığı olan bireylerde anksiyete sorunlarının daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Sigara bağımlılığı ayrıca travma sonrası stres bozukluğu ve panik bozukluk ile de ilişkilendirilmiştir (Morissette, 2007).

Sigara bağımlılığı ve ruhsal bozuklukların incelendiği bir araştırmada 15-54 yaşları arasındaki 441 katılımcıdan; bir ruhsal hastalığı bulunmayan katılımcılar arasında %22,5, Travma sonrası stres bozukluğu bulunanlarda %44,6, genel anksiyete sorunları olan katılımcılarda ise %54,6 oranlarında sigara kullanımı olduğu belirlenmiştir (Bruijnzeel, 2012).

Sigaraya erken dönemlerde maruz kalan bireylerde, hayatlarının sonraki aşamalarında anksiyete bozuklukları çıkma riskinin de yüksek olduğu bilinmektedir. Ayrıca, anksiyete sorunları olan bireylerin sigarayı bırakmakta daha çok zorlandıkları belirtilmiştir. Kronik anksiyete bozuklukları olan bireyler, sigarayı bırakma denemelerinde yoksunluk sendromlarını daha şiddetli hissettiklerini belirtmektedir ve sigarayı bırakma konusunda daha başarısızdırlar. Bu bireylerin nikotin yoksunluğunu engellemek için olan farmakoterapiye de daha dirençli oldukları bildirilmiştir (Morrell ve Cohen, 2006).

2.2.3. Psikotik bozukluklar ve sigara kullanımı

Sigara kullanımı ve psikotik bozukluklar, özellikle şizofreni arasında ilişki olduğu ancak bu bireylerde sigara kullanımının daha yaygın olmasının sebeplerinin ne olduğu tam olarak bilinememektedir. Bu konuda ortaya atılan kuramlar genellikle; nikotinin kendi kendini tedavi etme, negatif ve bilişsel semptomları önleme ve sıkıntı, stres gibi belirtileri engellemek gibi amaçlar ile kullanıldığını savunmaktadır (Gurillo ve ark., 2015).

Şizofreni hastalarının sigara içme oranların incelendiğinde yaklaşık olarak %74-88 oranlarında sigara kullanımına rastlanmıştır. Tedavisi yatarak devam eden hastalarda ise bu oran erkeklerde %92, kadınlarda ise %82 civarındadır. Yapılan çalışmalar ayrıca şizoafektik bozuklukları olan hastalarda da sigara içme oranlarının yüksek olduğunu belirtilmektedir. Bu sebeplerden ötürü, şizofreni sigara bağımlılığı için bir risk faktörü olarak görülmektedir (Besson ve Forget, 2016).

Literatürde sigara kullanımının ile psikotik bozukluklar için bir risk faktörü olabileceğine dair çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Yapılan kapsamlı bir literatür incelemesinde, düzenli tütün kullanımının psikotik hastalıkların oluşma riskinde artışa yol açtığı ve bu hastalıkların daha erken yaşlarda baş göstermesi ile ilişkili olduğu sonuçları çıkarılmıştır (Morrell ve Cohen, 2006).

2.2.4. Sigara Kullanımı ve Agresyon İlişkisi

Yaygınlığına rağmen, sigara içimi ve şiddet sonuçları arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamamıştır. Önceki araştırmalar, madde kullanımının kendine ve başkalarına yönelik şiddetle ve mağduriyetle ilişkisini sürekli olarak desteklemektedir. Bununla birlikte, bu çalışmaların çoğu sigara içimini bağımsız olarak incelememektedir ve sıklıkla sigara içimiyle uyum sağlamamaktadır. Saldırganlığın hayvan modellerini veya insan deneysel psikoloji protokollerini kullanan kontrollü çalışmalar, tütün, nikotin ve nikotin yoksunluğunun saldırgan davranışları doğrudan etkileyebileceğini veya saldırganlığı ve şiddeti dolaylı olarak düzenleyen duygudurum ve anksiyete, dürtüsellik ve duygusal tepkisellik gibi süreçleri etkileyebileceğini göstermektedir. Ek olarak, sürekli düşmanlık ve erken yaşam istismarı gibi sigara içmeye başlama ve sürdürme ile ilişkili faktörler de şiddet veya mağduriyet riskini artırabilir. Sigara içimi ve şiddet arasındaki ilişkinin daha

iyi anlaşılması, şiddet risklerinin daha doğru bir şekilde sınıflandırılmasını sağlayabilir (Alan et al., 2016).

Dürtüsellik ve saldırganlık, sigara ile güçlü bir şekilde ilişkilendirilen kişilik özellikleridir. Bu özellikler sigara içme programlarının kesilmesine bile müdahale edebilir. Gençler için halk sağlığı, terapötik ve sosyal yeniden yapılandırma müdahalelerinin planlanmasında yer alan psikolog ve diğer profesyoneller, çalışmanın sonuçlarından yararlanabilir (Zaidi, 2014).

Günlük sigara kullanımı, özellikle sigara içtikten birkaç dakika sonra başlayabilen sigaralar arası yoksunluk semptomlarına maruz kalma yoluyla, bireyleri sigara içme döngüsü sırasında subklinik ruh hali ve anksiyete semptomlarına maruz bırakabilir (Parrott ve Zeichner, 2001). Akut nikotin yoksunluğu, agresif tepkileri ve duygusal tepkiyi artırır ve hem sigara hem de saflaştırılmış nikotin iletimi, saldırgan davranışı veya duygusal tepkiyi azaltabilir (Cinciripini, et al., 2006).

İlginç bir şekilde, bazı nikotin uygulama biçimlerinin, otizm spektrum bozukluğu ve demans gibi nöropsikiyatrik bozukluklara ikincil olarak kalıcı saldırganlığı olan insanların vaka raporlarında saldırganlığı azalttığı gösterilmiştir. Bu bulgular, birlikte ele alındığında, nikotin ve tütünün saldırganlık ve şiddet üzerindeki etkilerinin, tütün ürünlerinin karmaşık karışımına karşı saflaştırılmış nikotin kullanımından etkilendiğini göstermektedir (Carmel ve Sheitman, 2007; Van Schalkwyk et al., 2015; Lewis et al., 2015; Alan et al., 2016).

İkinci olarak sigaraya erken maruz kalma, daha sonraki çocuklukta artan antisosyal davranışla ilişkilidir. Daha sonraki yaşlarda daha fazla sigara içme oranları ile ilişkili olan erken sigaraya başlama, aynı zamanda geç ergenlik dönemindeki yırtıcı ve ilişkisel şiddet ile de ilişkilidir. Kronik sigara içimi, erken başlangıçlı intihar davranışının bir endofenotipi olarak öne sürülen, artan dürtüsel saldırganlığın bir belirteci olarak hizmet edebilir (Ellickson, 2001; Brent, 2009; Pagani ve Fitzpatrick, 2013).

2.2.5 Sigara Kullanımı ile Agresyon İlişkisine Yönelik Yapılan Bazı Çalışmalar

Ülkemizde sigara, tütün ve nikotin bağımlılığı ile çeşitli psikiyatrik bozukluklar arasında ilişki varlığına ilişkin çeşitli çalışmalar (Doksat ve Aydın, 2000; Ersoy, 2001; Karşıdağ ve ark., 2005; Üneri ve ark., 2006) bulunmakla beraber, sigara, tütün ve nikotin

bağımlılığı ile agresyon arasında yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uluslararası literatürde aşağıdaki başlıklarda çalışmalar bulunmuştur.

Cherek (1981) nikotinin farklı dozlarının saldırganlık üzerindeki etkinliğini araştırdığı çalışmasında sigara içen bireylerin farklı nikotin dozlarında bildirilen agresif yanıtın baskılanması gözlemiştir. Bu nedenle, sigara içmeme durumunun önemli miktarda nikotin ve/veya tütün yoksunluğuna neden olabileceğini ve bunun da artan agresif davranışla sonuçlanabileceği sonucuna ulaşmıştır.

Knopik (2009) çalışmasında hamilelik sırasında sigara içen annelerin çocuklarının, hiperaktivite, saldırganlık ve dışsallaştırma davranışları dahil olmak üzere çeşitli nörodavranışsal problemler riskinde artış olduğunu saptamıştır. Corneliusve ark. (2012) da yaptıkları çalışmada benzer sonuçlara ulaşmıştır.

Giannakopoulos ve ark. (2010), ergenlerin sigara içme durumları ile duygusal/davranışsal sorunları arasındaki ilişkiye yönelik yaptıkları çalışmada; duygusal semptomlar, davranış sorunları ve hiperaktivite/dikkatsizliğin ergenlerin şu anki sigara içme durumları ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu saptamışlardır.

Habibi ve ark. (2012) gençlerle yaptıkları bir araştırma sonucunda; sigara içenler arasında öfke patlaması, dürtü kontrolü, yeni maddeleri test etme ve alkol alma eğilimi ve merakı gibi risk faktörlerinin sigara içmeyenlere göre daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Zaidi (2014) "Sigara İçenler ve İçmeyenler Arasında Saldırganlık ve Dürtüsellik Karşılaştırması" adlı çalışmasında sigara içenler ile içmeyenler arasında agresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptamıştır.

Slomp ve ark. (2019) Brezilya'da 1015 ergen ile yaptıkları çalışmada; ergenlerde sigara kullanımının anksiyete belirtileri, depresif belirtiler ve düşük okul performansı ile ilişkili olduğu bulunduğunu ve kadın sigara içenlerin, erkeklere göre daha fazla intihar düşüncesi olduğunu saptamışlardır.

Zvolensky ve ark. (2020) 363 yetişkin Latin ile yaptıkları çalışmada; anksiyete duyarlılığının, sigara içenler arasında anksiyete semptomu ile sigara içme arasında potansiyel bir mekanizmanın olduğunu göstermişlerdir.

Sigara kullanımının erkeklerde daha fazla olduğu çalışmalarda gösterilmiştir (Kalman et al., 2005). Buna paralel olarak psikiyatrik tedavi gören erkek hastalarda da sigara kullanımının daha yüksek olduğu söylenebilir. Alan ve ark. (2016) yaptıkları çalışmada; psikiyatrik ve madde kullanımı tanıları ve şiddet sonuçlarının tümünde, günlük sigara içenler ve içmeyenler arasında önemli ölçüde farklılık gösterdiğini saptamışlardır. Aynı çalışmada genç yaş ve erkek cinsiyetin kendi kendine şiddet konusunda anlamlı farklılığa yol açtığı saptanmıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatan erkek hastalarda sigara kullanımı ile agresyon riski arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tanımlayıcı araştırma tipinde gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri, hastalarının yaşı, cinsiyeti, medeni ve eğitim durumları, meslek ve çalışma durumu, gelir durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile hastanın ruhsal bozukluk tanısı, sigara kullanımına ilişkin verilerdir. Araştırmanın Bağımlı Değişkeni ise Açık Agresyon Ölçeği'nden alınan puanlardır.

3.3. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırma Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.03.2020 tarih ve 418 no ile onay alındı. Verilerin toplanabilmesi için kurum izni alındı. Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirildi, yazılı ve sözlü onamları alındı.

3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri servislerinde 15.03.2020-15.09.2020 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi kliniklerinde yatan erkek psikiyatri hastaları oluşturdu. Araştırmanın örneklemi; G*Power 3.0.10 programı ile yapılan öncül güç analizinde büyük etki büyüklüğünde (0,60), hata oranı (α=0,10) ve güç (1-β=0,90) olarak belirlendiğinde kritik t değeri 1,66 olarak ve toplam en az 98 katılımcı ile 0,9 güce ulaşılabileceği saptanmıştır. Puan ilişkileri karşılaştırmalarında ise korelasyon analizi için, büyük etki büyüklüğünde (0,30), hata oranı (α=0,10) ve güç (1-β=0,90) olarak belirlendiğinde kritik t değeri 1,66 olarak ve toplam en az 88 katılımcı ile 0,90072 güce ulaşılabileceği saptanmıştır. Araştırma verileri 100 katılımcıdan elde edildi.

Araştırmaya Alınma Kriterleri;

- 18 yaş ve üzeri olma,
- Erkek olma,
- Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi görüyor olma,
- Akut evresi yatışmış olma

Araştırmadan Dışlama Kriterleri;

- Ayaktan tedavi görüyor olma,
- Kadın olma,
- Akut dönemde olma,
- Nörobilişsel bozukluk olma olarak belirlendi.

3.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veriler demografik özelliklerin belirlendiği araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan "Veri Toplama Formu" ve "Açık Agresyon Ölçeği (The Overt Agression Scale)" kullanılarak toplandı.

Kişisel Bilgi Formu: Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olup, hastaların demografik özellikleri ve sigara içme özelliklerini içeren toplam 24 sorudan oluşmaktadır (Aydın, 2009; İncedere, 2015).

Açık Agresyon Ölçeği (AAÖ) (The Overt Agression Scale): Ölçek, Yudofsky ve arkadaşları (1986) tarafından psikiyatri kurumlarında fiziksel ve sözel agresyonun objektif değerlendirmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Hasta ailesinin ve sağlık profesyonellerinin gözlemlerine dayanan ölçek agresyonun şiddetini ve özelliklerini puanlandırarak objektif hale getirmekte ve epizodik patlamalardan kronik hostiliteleri ayırmaktadır. Ölçek; agresyonun çeşidini, şiddetini, süresini, zamanını, sağlık profesyonellerinin girişimlerini ve yorumlarını içermektedir. AAÖ Agresif Davranış ve Girişimler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Agresif Davranış bölümü; Sözel Agresyon, Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon, Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon, Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon olmak üzere dört kategoriden oluşmaktadır. Agresyonun her bir davranış kategorisinde şiddetin dört düzeyini gösteren alt maddeleri içermektedir. AAÖ'nün girişimler bölümü ise agresyon düzeyine paralel olarak hafif ve ciddi girişimlere kadar giden on bir alt maddeyi içermektedir.

Türkiye'de geçerlilik güvenilirlik çalışması Kutlu ve Aştı (2003) tarafından yapılmış ve güvenilirlik katsayısı α=0.76 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise güvenilirlik katsayısı α=0.71 bulundu.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler bizzat araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplandı. Verilerin toplanması yaklaşık 15 dakika sürdü.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak tedavi gören erkek psikiyatri hastaları ile yapılmış olması nedeni ile genellenemez. Elde edilen verilerin, bireylerin veri toplama araçlarına verdiği yanıtlarla ve veri toplama araçlarının kapsadığı boyutlarla sınırlıdır.

3.8. İstatiksel Analizler

Verilerinin değerlendirilmesi için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 istatistik programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, sayı, yüzde ve ortalama±standart sapma olarak gösterildi Normal dağılım testi yapılmış (Kolmogorov-Smirnov) ve verilerin normal dağılım göstermediği saptandı. Bu nedenle analizlerde parametrik olmayan testler kullanıldı. İki bağımsız grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grubun karşılaştırılmasında ise Krusskal-Wallis testi uygulandı. Korelasyon testlerinde Spearman testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Tablo 1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular (n=100)

Değişkenler	n	%
Yaş Aralığı		
18-25 yaş arası	18	18
26-32 yaş arası	27	27
33 yaş ve üstü	55	55
Yaş Ortalaması	36,02±10,75	
Medeni Durum		
Evli	26	26
Bekar	64	64
Boşanmış	10	10
Eğitim Durumu		
İlkokul	29	29
Ortaokul	16	16
Lise	42	42
Yükseköğretim	13	13
Meslek		
Çalışmıyor	16	16
Emekli	5	5
Esnaf	13	13
İşçi	34	34
Serbest Meslek	32	32
İş Öyküsü		
Hiç çalışmamış	9	9
Şu an çalışıyor	23	23
Daha önce çalışmış	68	68
Çalıştığı Yer		
Serbest	4	16
Kamu	3	12
Evden	2	8
Kendi iş yeri	2	8
Şirket	14	56
Çalışma Süresi		
1-5 yıl arası	18	78,3
6 yıl ve üzeri	5	21,7
Sosyal Güvence Durumu		
Var	79	79
Yok	21	21
Gelir Durumu		
Kötü	13	13
Orta	72	72
İyi	15	15
Birlikte Yaşadığı Kişi/ler		
Yalnız	21	21
Eş ve çocuk	23	23
Anne ve baba	50	50
Diğer	6	6

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 36,02±10,75 olduğu, %55'inin 33 yaş ve üstünde olduğu, %59'unun bekar olduğu, %42'sinin lise mezunu olduğu, %32'sinin serbest meslek sahibi olduğu, %68'inin daha önce bir işte çalışmış olduğu ve %56'sının bir şirket bünyesinde çalıştığı, %78,3'ünün 1-5 yıl arası çalıştığı, %79'unun sosyal güvencesinin olduğu, %72'siningelir durumunun orta olduğu ve %50'sinin anne ve babasıyla yaşadığı saptandı.

Tablo 2. Katılımcıların Hastalık Özellikleri ve Madde Kullanımına İlişkin Bulgular (n=100)

Değişkenler	n	%
Hastalığını Bilme Durumu		
Evet	74	74
Hayır	26	26
Hastalık Tanısı		
Bipolar Bozukluk	30	30
Major Depresyon	7	7
Psikoz	40	40
Şizofreni	23	23
Hastaneye Yatış Sayısı		
1-5 arası	74	74
6-10 arası	15	15
11 ve üzeri	11	11
Alkol/Madde Kullanım Durumu		
Kullanıyor	35	35
Kullanmıyor	65	65
Kullanılan Madde		
Alkol	5	14,3
Bonzai	23	65,7
Ekstazi	3	8,6
Esrar	1	2,8
Metamfetamine	3	8,6

Çalışamaya katılan hastaların %74'ünün hastalığını bildiği, %40'ının psikoz tanısı aldığı, %74'ünün 1-5 kez arası hastaneye yattığı, %65'inin alkol/madde kullanmadığı, alkol/madde kullanan hastaların %65,7'sinin Bonzai kullandığı saptandı.

Tablo 3. Hastaların Sigara Kullanımına İlişkin Bulgular (n=100)

Değişkenler	n	%
Sigaraya Başlama Zamanı		
Ergenlikte	72	72
İşe başlayınca	5	5
Hastalığımı öğrenince	5	5
Diğer	18	18
İçilen Sigara Miktarı (Gün-Adet)	26,6±12,4	
Sigara İçme Süresi (Yıl)		
2-10 yıl arası	35	35
11-20 yıl arası	34	34
21 yıl ve üzeri	31	31
Buradayken ve dışardayken sigara içme miktarınızı kıyaslarsanız, dışardayken…		
Daha az sigara içerim	42	42
Aynı miktarda sigara içerim	40	40
Daha fazla sigara içerim	18	18
Gece Uykudan Uyanıp Sigara İçme Durumu		
Evet	41	41
Hayır	21	21
Bazen	38	38
Sigaranın sizi sakinleştirdiğini düşünüyor musunuz?		
Evet	86	86
Hayır	14	14
Sigara içmediğinizde çabuk sinirlenir misiniz?		
Evet	53	53
Hayır	47	47
Sigara kullanmaya başlamadan önce çabuk sinirlenen bir yapınız var mıydı?		
Evet	33	33
Hayır	67	67

Çalışmaya katılan hastaların %72'sinin sigara kullanımına ergenlikte başladığı, günlük sigara tüketiminin ortalama 26,6±12,4 adet olduğu, %35'inin 2-10 yıl arası sigara içtiği, %42'sinin hastanede yatmadığı dönemlerde daha az sigara kullandığı, %41'inin gece uykudan uyanıp sigara içtiği, %86'sının sigara içmenin kendisini sakinleştirdiğini düşündüğü, %53'ünün sigara içmediğinde çabuk sinirlendiği, %67'sinin sigara kullanmaya başlamadan önce çabuk sinirlenmediği saptandı.

Tablo 4. Hastaların Sinirlilik Durumuna İlişkin Bulgular (n=100)

Değişkenler	n	%
Sinirlendiğiniz zaman kendinize zarar verdiğiniz olur mu?		
Evet	8	8
Hayır	61	61
Bazen	31	31
Sinirlendiğiniz zaman objelere eşyalara zarar verdiğiniz olur mu?		
Evet	23	23
Hayır	15	15
Bazen	62	62
Sinirlendiğiniz zaman insanlara zarar verdiğiniz olur mu?		
Evet	2	2
Hayır	57	57
Bazen	41	41

Çalışmaya katılan hastaların %61'inin sinirlendiğinde kendine zarar vermediği, %62'sinin sinirlendiğinde bazen objelere zarar verdiği ve %57'sinin sinirlendiğinde insanlara zarar vermediği saptandı.

Tablo 5. Açık Agresyon Ölçeği Boyutlarının Puan Dağılımları (n=100)

Boyutlar	Minimum	Maksimum	Ort.+SS
Sözel	1	4	1,98±0,82
Eşyaya Zarar Verme	2	4	2,36±0,55
Kendine Zarar Verme	3	5	3,51±0,56
Başkalarına Zarar Verme	3	5	3,48±0,66
Girişim	1	4	2,07±0,75
Toplam Agresyon Skoru (TAS)	2	16	9,52±3,24

Çalışmaya katılan hastaların sözel agresyon boyutu puan ortalamasının 1,98±0,82, eşyaya zarar verme boyutu puan ortalamasının 2,36±0,55, kendine zarar verme puan ortalamasının 3,51±0,56, başkalarına zarar verme boyutu puan ortalamasının 3,48±0,66, girişim boyutu puan ortalamasının 2,07±0,75, Toplam Agresyon Skoru puan ortalamasının ise 9,52±3,24 saptandı.

Tablo 6. Hastaların Agresyon Zamanlarına ve Sürelerine İlişkin Bulgular (n=100)

Değişkenler	n	%
Agresyon Zamanı		
Sabah	3	3
Öğlen	21	21
Akşam	36	36
Gece	40	40
Agresyon Süresi		
0-15 dakika	35	35
30-60 dakika	49	49
60-120 dakika	16	16

Çalışmaya katılan hastaların %40'ının agresyonlarının gece başladığı ve %49'unun agresyonunun 30-60 dakika arasında sürdüğü saptandı.

Tablo 7. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre TAS Puanlarının Karşılaştırılması (n=100)

Değişkenler	n	Ort.+SS	Test Değeri	p
Yaş Ortalaması				
18-25 yaş arası	18	9,07±2,78		
26-32 yaş arası	27	9,32±3,62	X^2:0,395	0,821
33 yaş ve üstü	55	9,75±3,19		
Medeni Durum				
Evli	26	9,37±3,32		
Bekar	64	9,3±3,19	X^2:4,996	0,172
Boşanmış	10	9,55±3,35		
Eğitim Durumu				
İlkokul	29	10,55±2,97		
Ortaokul	16	10,77±2,94	X^2:10,432	**0,015**
Lise	42	8,91±3,4		
Yükseköğretim	13	7,45±2,3		
Meslek				
Çalışmıyor	16	10±3,7		
Emekli	5	8,75±5,37		
Esnaf	13	8,15±2,94	X^2:3,511	0,476
İşçi	34	9,75±2,83		
Serbest Meslek	32	10,14±3,1		
İş Öyküsü				
Hiç Çalışmamış	9	8,85±3,18		
Şu an çalışıyor	23	9,61±3,35	X^2:0,336	0,845
Daha önce çalışmış	68	9,56±3,25		
Çalıştığı Yer				
Serbest	4	7,5±2,88		
Kamu	3	5		
Evden	2	12±5,65	X^2:6,533	0,163
Kendi iş yeri	2	11,5±4,95		
Şirket	14	10±2,76		
Çalışma Süresi				
1-5 yıl arası	18	9,58±3,37	U:31,5	0,822
6 yıl ve üzeri	5	9,75±3,77		
Sosyal Güvence				
Var	79	9,2±3,1	U:472	**0,045**
Yok	21	10,6±3,54		
Gelir Durumu				
Kötü	13	9,33±3,33		
Orta	72	9,85±3,03	X^2:3,366	0,186
İyi	15	7,91±3,94		
Birlikte Yaşadığınız Kişiler				
Yalnız	21	8,55±3,4		
Eş ve çocuk	23	9,05±2,46	X^2:6,454	0,092
Anne ve baba	50	9,75±3,32		
Diğer	6	12,8±3,11		

X^2: Krusskal-Wallis testi, U: Mann-Whitney U testi

Hastaların sosyodemografik özellikleri ile TAS arasında yapılan karşılaştırma analizinde; eğitim durumu ve sosyal güvence değişkenleri ile TAS arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Yapılan ileri analizde (Mann-Whitney U testi) eğitim durumu değişkeninde anlamlı farkların yüksek öğretim mezunları (7,45±2,3) ile diğer mezunlar arasında ve lise mezunları (8,91±3,4) ile ilkokul (10,55±2,97) ve ortaokul (10,77±2,94) mezunları arasında olduğu; sosyal güvence değişkeninde sosyal güvencesi olmayanların ortalama puanlarının (10,6±3,54) sosyal güvencesi olanların ortalama puanlarından (9,2±3,1) daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 8. Katılımcıların Hastalık Özellikleri ve Madde Kullanım Durumuna Göre TAS Puanlarının Karşılaştırılması (n=100)

Değişkenler	n	Ort.+SS	Test Değeri	p
Hastalığını Bilme Durumu				
Evet	74	9,34±2,9	U:630	0,305
Hayır	26	10±4,07		
Hastalık Tanısı				
Bipolar Bozukluk	30	10±3,07	X^2:3,058	0,383
Major Depresyon	7	7,2±3,56		
Psikoz	40	9,45±3,46		
Şizofreni	23	9,57±2,95		
Hastaneye Yatış Sayısı				
1-5 yıl arası	74	9,41±3,28		
6-10 yıl arası	15	9,5±3,41	X^2:0,799	0,671
11 yıl ve üzeri	11	10,1±2,98		
Alkol/Madde Kullanım Durumu				
Kullanıyor	35	10,72±2,9	U:573,50	**0,005**
Kullanmıyor	65	8,77±3,23		
Kullanılan Madde				
Alkol	5	9,8±3,7		
Bonzai	23	10,9±3,02	X^2:0,587	0,899
Ekstazi	3	11±1,73		
Metamfetamine	1	10,67±2,51		

Hastaların hastalık değişkenleri ve madde kullanım durumlarının TAS ile karşılaştırılmasında; Alkol/Madde kullanım durumları ile TAS arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Alkol/madde kullanan hastaların TAS ortalama puanlarının (10,72±2,9) kullanmayanların ortalama puanlarından (8,77±3,23) daha yüksek olduğu saptandı.

Tablo 9. Hastaların Sigara Kullanım Durumuna Göre TAS Puanlarının Karşılaştırılması (n=100)

Değişkenler	n	Ort.+SS	Test Değeri	p
Sigaraya Başlama Zamanı				
Ergenlikte	72	10,22±3,04		
İşe başlayınca	5	6±1	X^2:12,672	**0,005**
Hastalığımı öğrenince	5	8,75±2,06		
Diğer	18	7,7±3,44		
Sigara İçme Süresi (Yıl)				
2-10 yıl arası	35	8,83±3,2		
11-20 yıl arası	34	10,16±3,3	X^2:3,011	0,222
21 yıl ve üzeri	31	9,53±3,2		
Buradayken ve dışardayken sigara içme miktarınızı kıyaslarsanız, dışardayken…….				
Daha az sigara içerim	42	10,29±3,13		
Aynı miktarda sigara içerim	40	9,12±3,47	X^2:4,722	0,094
Daha fazla sigara içerim	18	8,53±2,76		
Gece uykunuzdan uyanıp sigara içer misiniz?				
Evet	41	11,02±2,93		
Hayır	21	8,05±3,3	X^2:15,815	**<0,001**
Bazen	38	8,45±2,78		
Sigaranın sizi sakinleştirdiğini düşünüyor musunuz?				
Evet	86	9,56±3,32	U:481	0,728
Hayır	14	9,28±2,9		
Sigara içmediğinizde çabuk sinirlenir misiniz?				
Evet	53	10,71±2,75	U:405,5	**<0,001**
Hayır	47	7,64±3,08		
Sigara kullanmaya başlamadan önce çabuk sinirlenen bir yapınız var mıydı?				
Evet	33	10,84±2,56	U:555,5	**0,003**
Hayır	67	8,7±3,36		

Hastaların sigara kullanımı değişkenlerinin TAS ile karşılaştırılmasında; sigaraya başlama zamanı değişkeni, gece uykudan uyanıp sigara içme değişkeni, sigara içmediğinde çabuk sinirlenme değişkeni ve sigara kullanmaya başlamadan önce çabuk sinirlenen bir yapıya sahip olma değişkenleri ile TAS arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde; ergenlikte sigaraya başlayan hastaların TAS ortalama puanının (10,22±3,04) diğer sigaraya başlama zamanı ortalama puanlarından daha yüksek olduğu ve anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı. Gece uykudan uyanıp sigara içen grubun ortalama puanı (11,02±2,93) içmeyen ve bazen içen hastaların ortalama puanlarından daha yüksek ve anlamlı şekilde farklılaştığı saptandı.

Tablo 10. Hastaların Sinirlilik Durumlarına Göre TAS Puanlarının Karşılaştırılması (n=100)

Değişkenler	n	Ort.+SS	Test Değeri	p*
Sinirlendiğiniz zaman kendinize zarar verdiğiniz olur mu?				
Evet	8	11,85±1,57		
Hayır	61	9,03±3,42	X^2:5,906	0,052
Bazen	31	10±2,81		
Sinirlendiğiniz zaman objelere eşyalara zarar verdiğiniz olur mu?				
Evet	23	10,4±2,95		
Hayır	15	9,91±3,34	X^2:3,359	0,186
Bazen	62	9,04±3,3		
Sinirlendiğiniz zaman insanlara zarar verdiğiniz olur mu?				
Evet	2	11,5±0,7		
Hayır	57	8,52±3,14	X^2:10,393	**0,006**
Bazen	41	10,59±3,07		

Hastaların sinirlilik durumlarının TAS ile karşılaştırılmasında; sinirlendiğinde insanlara zarar verme değişkeni ile Tas arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0,05). Yapılan ileri analizde sinirlendiğinde insanlara zarar vermediğini belirten hastaların TAS puan ortalamasının (8,52±3,14) zarar verdiğini (11,5±0,7) ve bazen zarar verdiğini (10,59±3,07) belirten hastaların ortalama puanlarından daha düşük ve anlamlı olarak farklılaştığı saptandı.

Tablo 11. Sigara Kullanımı ile TAS Puanları Arasındaki İlişki (n=100)

	İçilen Sigara Miktarı (Adet)	Sigara Kullanım Süresi	Sigaraya başlama zamanı	Buradayken ve dışardayken sigara içme miktarınızı kıyaslarsanız.	Gece uykunuzdan uyanıp sigara içer misiniz?	Sigaranın sizi sakinleştirdiğini düşünüyor musunuz?	Sigara içmediğinizde çabuk sinirlenir misiniz?	Sigara kullanmaya başlamadan önce çabuk sinirlenen bir yanınız var mıydı?	Sinirlendiğiniz zaman kendinize zarar verdiğiniz olur mu?	Sinirlendiğiniz zaman objelere eşyalara zarar verdiğiniz olur mu?	Sinirlendiğiniz zaman insanlara zarar verdiğiniz olur mu?
r	0,073	0,083	0,354**	0,233*	0,387**	0,038	0,467	0,318**	0,041	0,197	0,288**
p	0,504	0,445	**0,001**	**0,03**	**0,001**	0,73	**0,001**	**0,003**	0,708	0,067	**0,007**

***p<0,05, **p<0,01**

Çalışmaya katılan hastaların sigara içmeye başlama zamanı ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı (p<0,01); hastane ve dışarıda içilen

sigara değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$); gece uykudan uyanıp sigara içme değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$); sigara içmediğinde çabuk sinirlenme değişkeni ile pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$); sigara kullanmadan önce çabuk sinirlenme değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$) ve sinirlendiğinde insanlara zarar verme değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$) ilişki saptandı.

5. TARTIŞMA

Psikiyatri kliniğinde yatan erkek hastalarda sigara kullanımı ile agresyon riski arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın bulguları aşağıda tartışılmıştır.

5.1. Sosyodemografik Özelliklerin Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalamasının 36,02±10,75 olduğu, %55'inin 33 yaş ve üstünde olduğu, %59'unun bekar olduğu, %42'sinin lise mezunu olduğu, %32'sinin serbest meslek sahibi olduğu, %68'inin daha önce bir işte çalışmış olduğu ve %56'sının bir şirket bünyesinde çalıştığı, %78,3'ünün 1-5 yıl arası çalıştığı,%79'unun sosyal güvencesinin olduğu, %72'sinin gelir durumunun orta olduğu ve %50'sinin anne ve babasıyla yaşadığı saptandı. Literatürde bu çalışmaya benzer sonuçlar görülmüştür. Saatçioğlu ve Erim (2014)'in çalışmalarında katılımcıların yaş aralığı 26-61 yaş ortalaması 42,5±7,2, %64,2'sinin evli olduğu, %42,9'unun ilkokul ve altı eğitim aldığı %69,9'unun serbest meslek sahibi olduğu saptanmıştır. Zaidi (2014)'nin "sigara içenler ve içmeyenler arasındaki agresyon ve dürtünün karşılaştırılması" adlı çalışmasında hastaların yaş aralığı 18-30, yaş ortalaması ise 21,9±1,91 bulunmuştur.

Çalışamaya katılan hastaların %74'ünün hastalığını bildiği, %40'ının psikoz tanısı aldığı, %74'ünün 1-5 kez arası hastaneye yattığı, %65'inin alkol/madde kullanmadığı, alkol/madde kullanan hastaların %65,7'sinin Bonzai kullandığı saptandı.

Çalışmaya katılan hastaların %72'sinin sigara kullanımına ergenlikte başladığı, günlük sigara tüketiminin ortalama 26,6±12,4 adet olduğu, %35'inin 2-10 yıl arası sigara içtiği, %42'sinin hastanede yatmadığı dönemlerde daha az sigara kullandığı, %41'inin gece uykudan uyanıp sigara içtiği, %86'sının sigara içmenin kendisini sakinleştirdiğini düşündüğü, %53'ünün sigara içmediğinde çabuk sinirlendiği, %67'sinin sigara kullanmaya başlamadan önce çabuk sinirlenmediği saptandı. Saatçioğlu ve Erim (2014)'in çalışmasında sigaraya başlama yaşı ortalaması 17,26 ve ortalama sigara içme süresi 25,2 yıl bulunmuştur. Bu çalışma ile karşılaştırıldığında sigaraya başlama yaşı birbirine yakın bulunurken, sigara içme süresi açısından bu çalışmadaki hastaların çoğunluğunun sigara içme süresinin 2-10 yıl arasında olduğu saptandı.

Çalışmaya katılan hastaların %61'inin sinirlendiğinde kendine zarar vermediği, %62'sinin sinirlendiğinde bazen objelere zarar verdiği ve %57'sinin sinirlendiğinde insanlara zarar vermediği saptandı.

5.2. Sosyodemografik Özelliklerin Agresyon ile Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların sözel agresyon boyutu puan ortalamasının düşük, eşyaya zarar verme boyutu puan ortalamasının orta, kendine zarar verme puan ortalamasının çok yüksek, başkalarına zarar verme boyutu puan ortalamasının çok yüksek, girişim boyutu puan ortalamasının düşük, Toplam Agresyon Skoru puan ortalamasının ise orta düzeyde olduğu saptandı. Saatçioğlu ve Erim (2014)'in çalışmasında sözel agresyon puanı yüksek, eşyaya zarar verme boyutu puan ortalamasının düşük, kendine zarar verme puan ortalamasının çok düşük, başkalarına zarar verme boyutu puan ortalamasının çok yüksek, girişim boyutu puan ortalamasının çok düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmayla karşılaştırıldığında; bu çalışmadaki sözel agresyon puan ortalaması söz konusu çalışmadaki ortalama puandan daha düşük bulunmuştur. Her iki çalışmada da başkalarına zarar verme alt boyutu puan ortalamaları çok yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte bu çalışmadaki diğer agresyon boyutlarındaki ortalama puanlar söz konusu çalışmadaki puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan hastaların %40'ının agresyonlarının gece başladığı ve %49'unun agresyonunun 30-60 dakika arasında sürdüğü saptandı.

Psikiyatri servislerinde agresyon sıklığının ölçülmesi için yeterli ölçme ve tanımlama gereçlerinin bulunmaması ve ölçmenin zorlukları nedeniyle kesin bir rakam vermek olanaksızdır (Owen et al., 1998; Chou et al., 2002; Maguire ve Ryan, 2007; Abderhalden et al, 2007). Diğer taraftan, toplumdaki agresyonun ve şiddetin modern sosyal örüntüleri yansıtacak şekilde artması, agresyon ve şiddetin sağlık kurumlarında ve psikiyatri servislerinde de artması kaçınılmaz hale getirmektedir (Child ve Mentes, 2010).

Tarihsel açıdan bakıldığında, agresyon ve şiddetin nedeni olarak daha çok hastalarla ilgili faktörler öne çıkmaktayken, son dönemlerde, hastaya yönelik bu tek yönlü bakış açısı, yerini daha karmaşık bir anlayışa bırakmıştır. Hastaların agresyonunun nedenlerinin ortaya konmasında, literatürde yaygın olarak benimsenen görüş, üç farklı bakış açısıyla değişkenleri ele almaktadır. Bu faktörler; hastaya ait faktörler, Çevre ve

Çalışana ait faktörler ve her ikisini de kapsayan Durumsal-Etkileşimsel Model'dir (Bilgin ve Özcan, 2012).

Psikiyatri servislerinde agresyon ve şiddetin incelendiği çalışmalara bakıldığında, dünya genelinde oldukça yaygın bir şekilde görüldüğü dikkati çekmektedir. Abderhalden ve ark. (2002), İsviçre'de psikiyatri servislerinde hemşirelerin %70'inin en az bir kez hastalar tarafından saldırıya uğradıklarını, Chou ve ark. (2002), Taiwan'da akut psikiyatri servislerinde hemşirelerin hasta saldırılarından dolayı mağdur olduklarını, Gerberich ve ark. (2004), ABD'de diğer bölümlerin yanı sıra, psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin de şiddete maruz kaldığını, Chaplin ve ark.(2006), İngiltere'de yetişkinlere hizmet veren 184 psikiyatri servisinde gerçekleştirilen araştırmalarında, hemşirelerin %78'inin şiddet ve tehdide maruz kaldığını ve kendilerini güvende hissetmediklerini, Maguire ve Ryan (2007), İrlanda'da psikiyatri hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %80'inin tehdit içermeyen, %54'ünün tehdit içeren sözel agresyona maruz kaldıklarını, yarıya yakınının da fiziksel agresyon tehdidi ve yıkıcı agresif davranış deneyimlediklerini, Zampieron ve ark. (2010), İtalya'da 595 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada, psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun hasta kaynaklı agresif davranışlara maruz kaldığını, James ve ark. (2011), Nijerya'da 73 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada, sözel agresyon en yaygın karşılaşılan agresyon türü olarak belirlenirken, fiziksel agresyon tehditleriyle karşılaşma oranının da yüksek olduğu belirtilmiştir.

Psikiyatri servislerinde agresyon ve şiddetin temel nedenleri konusunda, araştırmacılar ve klinisyenler arasında görüş birliği tam anlamıyla oluşmamıştır. Psikiyatri servislerinde agresyonun tanımlanmasında, mümkün olduğunca biyolojik yaklaşımlara dayanan psikolojik ve sosyal yaklaşımların entegrasyonu sağlanmalıdır. Tıbbi ya da epidemiyolojik çalışmalarla ortaya konulan resmin sadece yarısıdır. Hem patolojik hem de günlük yaşama dair süreçlerin göz önünde bulundurulduğu bir resmin tamamı görülebildiğinde, agresyonun derecesini azaltmada gerçek anlamda işlev gören girişimleri yapılandırmak da mümkün olabilecektir (Whittington ve Richter, 2006).

Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda ise; Bilgin ve Buzlu (2006), psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin yarısının, çalışırken hasta ve yakınlarının saldırgan davranışlarına maruz kaldıklarını belirlemiş, Coşkun ve Öztürk (2008) yaptığı çalışmada

hemşirelerin %86'sının sözel, %50,4'ünün fiziksel agresyona maruz kaldıklarını belirlemiştir.

Nehir ve ark. (2018) yaptıkları çalışmada eğitim durumunun da içinde yer aldığı çoklu regresyon analizinde eğitim durumu ile agresyon arasında bir ilişki saptamamıştır. Bu çalışmada ise hastaların eğitim durumu ve sosyal güvence değişkenleri ile TAS arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$).

Hastaların hastalık değişkenleri ve madde kullanım durumlarının TAS ile karşılaştırılmasında; Alkol/Madde kullanım durumları ile TAS arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Alkol/madde kullanan hastaların TAS ortalama puanlarının kullanmayanların ortalama puanlarından daha yüksek olduğu saptandı. Ata ve Kelleci (2012)'in bir psikiyatri servisinde yatan hastaların agresyon düzeylerini inceledikleri çalışmalarında alkol bağımlısı olan hastaların saldırganlık oranının diğer psikiyatrik hastalığı olan hastalara göre en yüksek düzeyde olduğunu belirtmişlerdir. Başka bir çalışmada araştırmacılar; hastanede yatan hastalar, psikiyatri hastaları ve ergenler arasında alkol kullanıcılarının, kullanmayanlara göre çok daha fazla sigara içtiğini göstermiştir (Hurt et al., 1994; Ceballos, 2006).

Hastaların sigara kullanımı değişkenlerinin TAS ile karşılaştırılmasında; sigaraya başlama zamanı değişkeni, gece uykudan uyanıp sigara içme değişkeni, sigara içmediğinde çabuk sinirlenme değişkeni ve sigara kullanmaya başlamadan önce çabuk sisnirlenen bir yapıya sahip olma değişkenleri ile TAS arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde; ergenlikte sigaraya başlayan hastaların TAS ortalama puanının diğer sigaraya başlama zamanı ortalama puanlarından daha yüksek olduğu ve anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı. Gece uykudan uyanıp sigara içen grubun ortalama puanı içmeyen ve bazen içen hastaların ortalama puanlarından daha yüksek ve anlamlı şekilde farklılaştığı saptandı. Dışa öfke kontrolü iyi olan hastaların Agresyon skorunun da düşük bulunması literatürle ilişkili olarak beklenen bir sonuçtur.

Hastaların sinirlilik durumlarının TAS ile karşılaştırılmasında; sinirlendiğinde insanlara zarar verme değişkeni ile TAS arasında istaistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde sinirlendiğinde insanlara zarar vermediğini belirten hastaların TAS puan ortalamasının zarar verdiğini ve bazen zarar verdiğini belirten hastaların ortalama puanlarından daha düşük ve anlamlı olarak farklılaştığı saptandı.

5.3. Sigara Kullanımı ve Agresyon İlişkisinin Tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların sigara içmeye başlama zamanı ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$); hastane ve dışarıda içilen sigara değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,05$); gece uykudan uyanıp sigara içme değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$); sigara içmediğinde çabuk sinirlenme değişkeni ile pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$); sigara kullanmadan önce çabuk sinirlenme değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$) ve sinirlendiğinde insanlara zarar verme değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p<0,01$). Zaidi (2014)'nin 200 kişi (100 sigara içen, 100 sigara içmeyen) ile yaptığı çalışmada; sigara içenler ile sigara içmeyenler arasında agresyon açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulmuştur. Sigara içen bireylerin agresyon puanları daha yüksek bulunmuştur. Yılmaz ve İnan (2020)'ın 993 lise öğrencisi ile yaptığı çalışmada; öğrencilerin sigara içme durumuna göre agresyon ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında sigara içen öğrencilerin puan ortalamalarının sigara içmeyen öğrencilerden yüksek olduğu bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Koç (2014), üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada sigara kullanımı ile agresyon arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirlemiştir. Saatçioğlu ve Erim (2014) bizim kullandığımız ölçeğin İngilizce versiyonunu kullanarak bu çalışmanın yapıldığı hastanede yatarak tedavi gören alkol bağımlısı 126 erkek hasta ile yaptıkları çalışmada sigara kullanımı ile agresyon arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki saptamışlardır. Başar (2019)'ın 150 erkek lise öğrencisiyle yaptığı "Siirt'in Kurtalan İlçesinde Spor Yapan ve Yapmayan Lise Öğrencilerinin Saldırganlık Düzeylerinin İncelenmesi" adlı çalışmasında araştırmaya katılan katılımcıların saldırganlık ölçeği ile sigara içme durumları arasında farklılık tespit edilmemiştir ($p>0,05$). Bu bağlamda baktığımızda sigara içme davranışının hastalığın yönetiminde bir self medikasyon olarak kullanılsa da aslında agresif davranış kontrolünde etkili olmadığı, sigara içme davranışı ile agresyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu söyleyebiliriz.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikiyatri kliniğinde yatan erkek hastalarda sigara kullanımı ile agresyon riski arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

- Alkol/Madde kullanan hastaların agresyon puan ortalamaları kullanmayanlara göre daha yüksek ve anlamlı bulundu.
- Erken yaşta sigaraya başlayanların agresyon puan ortalamaları daha yüksek ve anlamlı bulundu.
- Gece uyanıp sigara içenlerin agresyon puan ortalamaları daha yüksek ve anlamlı bulundu.
- Sinirlendiğinde insanlara zarar verdiğini belirten hastaların agresyon puan ortalamaları daha yüksek bulundu.
- Sigara içmeye başlama zamanı ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.
- Hastane ve dışarıda içilen sigara değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.
- Gece uykudan uyanıp sigara içme değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.
- Sigara içmediğinde çabuk sinirlenme değişkeni ile pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.
- Sigara kullanmadan önce çabuk sinirlenme değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.
- Sinirlendiğinde insanlara zarar verme değişkeni ile TAS arasında pozitif yönde, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı.

Bu sonuçlar doğrultusunda öneriler;

- Sigara kullanımı ile agresyon arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu gösterilse de sigaranın agresyonu nasıl tetiklediğine yönelik daha ileri araştırmaların yapılması,
- Çalışmanın daha geniş örneklem grubuyla yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Abay, E., Tuğlu, C. (2000). Şiddet ve agresyonun nörobiyolojisi. Klinik Psikiyatri, 3(1):21- 26.
2. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, et al. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. Clin Pract Epidemiol Ment Health 2007; 3:30.
3. Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, Poelmans J, et al. Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. Acta Psychiatr Scand Suppl 2002; 412:110-7.
4. Alan, S.L., Lindsay, M.S., Morgan, P.T., Picciotto, M.R., McKee, S.A. (2016). Association of Cigarette Smoking With Interpersonal and Self-Directed Violence in a Large Community-Based Sample, Nicotine & Tobacco Research, 18(6):1456-62.
5. Alan, S.L., Picciotto, M.R. (2020). Regulation of aggressive behaviors by nicotinic acetylcholine receptors: animal models, human genetics, and clinical studies, Neuropharmacology, 167:107929.
6. American Psychiatric Association (APA) (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5), 5. Baskı, (Çev. Köroğlu E.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
7. Anderson, A., West, SG. (2011). Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. Innovations in clinical neuroscience, 8(3), 34.
8. Aras, H.I. (2014). Şizofrenide Şiddet/Violence in Schizophrenia. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(1), 45.
9. Asikainen, J., Vehviläinen-Julkunen, K., Repo-Tiihonen, E., Louheranta, O. (2020). Violence Factors and Debriefing in Psychiatric Inpatient Care: A Review. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 58(5), 39-49.
10. Ata, E.E., Kelleci M. (2012). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bir Grup Hastada Saldırganlık Potansiyeli ve Etkileyen Bazı Etkenler. NP Akademi, 1(1), 7-15.

11. Ayhan, D. (2017). Saldırgan Hastaların Yatıştırılmasında Kullanılan Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modelinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
12. Başar, E. (2019). Siirt'in Kurtalan İlçesinde Spor Yapan ve Yapmayan Lise Öğrencilerinin Saldırganlık Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Diyarbakır.
13. Besson, M., Forget, B. (2016). Cognitive dysfunction, affective states and vulnerability to nicotine addiction: A multifactorial perspective. Front Psychiatry, 7:160.
14. Bilgin H, Buzlu S. A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. Issues Ment Health Nurs, 2006; 27: 75-90.
15. Bilgin H, Keser Özcan N. Psikiyatri Servislerinde Agresyon, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(1):42-47.
16. Bilgin, B. (2007). Ruh sağlığı bozuk bireylere sahip ailelerin ruhsal hasta ve hastalığa ilişkin görüşleri. Yüksek lisans tezi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
17. Bilgin, H., Keser Özcan, N. (2012). Psikiyatri Servisinde Agresyon. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3(1), 42-47.
18. Bjørkly, S. (2006). Psychological theories of aggression: Principles and application to practice. In Richter D., Whittington R. (Eds.), Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management. (pp.27-46). USA: Springer.
19. Björkdahl, A. (2010). Violence prevention and management in acute psychiatric care: aspects of nursing practice, Doctoral Theses, Department of Clinical Neuroscience Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
20. Bozan, M. (2019). Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alanların içselleştirilmiş damgalanma ve sosyal işlevsellik durumlarının incelenmesi: Eskişehir örneği. Yüksek lisans tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
21. Brent, D. (2009). In search of endophenotypes for suicidal behavior. Am J Psychiatry. 166(10):1087–1089.

22. Bruijnzeel, A.W. (2012). Tobacco Addiction And The Dysregulation of Brain Stress Systems. Neurosci Biobehav Rev, 36(5): 1418-1441.
23. Bushman, B.J., Huesmann, L.R. (2010). Aggression. In ST. Fiske, D. T. Gilbert, G. Lindzey (Eds.), Handbook of social psychology (pp. 833–863). John Wiley & Sons Inc.
24. Candansayar, S., Coşar, B. (2001). Kültürlerarası Psikiyatri Açısından Ruh Hastalığı Kavramı. Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi. 2(1). (21-30).
25. Carmel, H., Sheitman, B.B. (2007). Adjunctive transdermal nicotine reduced behavioral agitation in severe dementia. Am J Geriatr Psychiatry. 15(5):449.
26. Ceballos, N.A. (2006). Tobacco use, alcohol dependence, and cognitive performance. Journal of General Psychology, 133, 375–388.
27. Chaplin R, McGeorge M, Lelliott P. The national audit of violence: in-patient care for adults of working age. Psychiatric Bulletin 2006 ;30:444-6.
28. Cherek, D.R. (1981). Effects of Smoking Different Doses of Nicotine on Human Aggressive Behavior, Psychopharmacology, 75: 339- 345.
29. Child RJ, Mentes JC. Violence against women: the phenomenon of workplace violence against nurses. Issues Ment Health Nurs 2010; 31:89-95.
30. Chou KR, Lu RB, Mao WC. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. Arch Psychiatr Nurs 2002; 16:187-95.
31. Chou KR, Lu RB, Mao WC. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. Arch Psychiatr Nurs 2002; 16:187-95.
32. Cinciripini, P.M., Robinson, J.D., Carter, B.L., et al. (2006). The effects of smoking deprivation and nicotine administration on emotional reactivity. Nicotine Tob Res. 8(3):379–392.
33. Cornelius, M.D., Goldschmidt, L., Day, N.L., (2012). Prenatal cigarette smoking: long-term effects on young adult behavior problems and smoking behavior. Neurotoxicol. Teratol. 34 (6), 554–559.

34. Coşkun S, Öztürk, A. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma oranı ve stres faktörleri, II. Psikiyatri Hemşireliği Günleri Özet Kitabı, s.60, 28-30 Nisan 2008, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
35. Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D., Bowers, L. (2013). A review and meta- analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. Acta Psychiatrica Scandinavica, 127(4), 255-268.
36. Demir, L. (2012). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri. Ankara: Matsa Basımevi.
37. Dickens, G., Piccirillo, M., Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. International journal of mental health nursing, 22(6), 532-544.
38. Doksat, K., Aydın, S. (2000). Sigara kullanımının psikiyatrik yönü ve tedavisi. 3P Dergisi, (23):129-143.
39. Duxbury, J., Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. Journal of advanced nursing, 50(5), 469-478.
40. Ellickson, P.L., Tucker, J.S., Klein, D.J. (2001). High-risk behaviors associated with early smoking: results from a 5-year follow-up. J Adolesc Health. 28(6):465–473.
41. Ensari, H., Gültekin, B.K., Karaman, D., Koç A., Beşkardeş AF. (2013). Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin Şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. Anatolian Journal of Psychiatry, 14(2): 108-114.
42. Ersoy, M. (2001). Psikiyatri ve bağımlılık tedavisi servislerinde sigara yasağı. Düşünen Adam, 14 (1): 4-9.
43. Gençtan, E. (2015). Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar. İstanbul: Metis Yayıncılık.
44. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related vio lence: the Minnesota Nurses' Study. Occup Environ Med 2004; 61:495-503.

45. Giannakopoulos, G., Tzavara1, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G., Rotsika, V., Tountas, Y. (2010). Emotional, behavioural problems and cigarette smoking in adolescence: findings of a Greek cross-sectional study. BMC Public Health, 10:57.
46. Gurillo, P., Jauhar, S., Murray, R.M., MacCabe, J.H. (2015). Does tobacco use cause psychosis? Systematic review and meta-analysis. Lancet Psychiatry, 2:718-725.
47. Gültekin, B.K. (2010). Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(4): 583-594.
48. Habibi, M., Ashori, A., Bagherian Sararoudi, R. (2012). Addiction prevention in children and adolescents: A review of literature on individual, family and community risk factors (Persian). Behavioral Sciences Research. 10(6):574-87.
49. Hurt, R.D., Eberman, K. M., Croghan, I. T., Offord, K. P., Davis, L. J., Jr., Morse, R. M., et al. (1994). Nicotine dependence treatment during inpatient treatment for other addictions: A prospective intervention trial. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 18, 867–872.
50. Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., DeGirolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. PloS one, 10(6).
51. James BO, Isa EW, Oud N. Patient aggression in psychiatric services: the experience of a sample of nurses at two psychiatric facilities in Nigeria. Afr J Psychiatry (Johannesbg) 2011; 14:130-3.
52. Johnson, M.E., Delaney, K.R. (2007). Keeping the Unit Safe: The Anatomy of Escalation. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 13(1), 42-52.
53. Kalman D, Morissette SB, George TP. Co-morbidity of smoking in patients with psychiatric and substance use disorders. Am J Addict 2005;14(2):106–23
54. Karşıdağ, Ç., Alpay, N., Kocabıyık, A. (2005). Şizofreni ve sigara bağımlılığı. Düşünen Adam, 18 (1): 13- 20.
55. Kaya, S., Güven GS., Aydan S. (2018). Hastanelere yeniden yatış hızlarının değerlendirilmesi: İç hastalıkları servislerinde yapılan bir prospektif kohort çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 21(1): 127-150.

56. Knopik, V.S. (2009). Maternal smoking during pregnancy and child outcomes: real or spurious effect? Dev Neuropsychol. 34(1):1-36.
57. KOÇ, Z. (2004). Hasta Bakımı Hizmetleri ve Yaşam Kalitesi. Sağlıklı Yaşam Sempozyumu Kitabı. İzmir.
58. Köroğlu, E., Güleç, C. (2007). Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
59. Kutlu L, Aştı N. (2019). The Validity and Reliability Study of the Overt Aggression Scale in the Turkish Psychiatric Patient Group. Journal of Health Science and Profession, 6(3): 513-26.
60. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, et al. (2000). Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. JAMA, 284(20):2606–10.
61. Lewis, A.S., Mineur YS, Smith, P.H., Cahuzac, E.L., Picciotto, M.R. (2015). Modulation of aggressive behavior in mice by nicotinic receptor subtypes. Biochem Pharmacol. 97(4):488–497.
62. Liu, J., Raine, A., Venables, P.H., Mednick, S.A. (2004). Malnutrition at age 3 years and externalizing behavior problems at ages 8, 11, and 17 years. American Journal of Psychiatry, 161(11), 2005-2013.
63. Maguire J, Ryan D. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs 2007; 14:120-7.
64. Maguire J, Ryan D. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. J Psychiatr Ment Health Nurs 2007; 14:120-7.
65. Mendelsohn, Colin P., Kirby, Dianne P. ve Castle, David J. (2015). Smoking and mental illness. An update for psychiatrists, 23(1) 37-43.
66. Mendes DD, Mari JJ, Singer M, Barros GM, Mello AF. (2009) Study review of the biological, social and enviromental factors associated with aggressive behavior. Rev Bras Psiquatr, 31:77-85.
67. Morissette, Sandra Baker, Tull, Matthew T., Gulliver, Suzy Bird ve Kamholz, Barbara Wolfsdorf, Zimering, Rose T. (2007). Anxiety, Anxiety Disorders,

Tobacco Use, and Nicotine. A Critical Review of Interrelationships, 133(2), 245–272.

68. Morrell, H.E.R., Cohen, L.M. (2006). Cigarette smoking, anxiety and depression. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 28, 281-295.
69. Nehir S, Irmak H, Demet MM, Toksöz K. Bipolar bozuklukta çocukluk çağı travmaları ve agresyon ilişkisi, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2018; 19(2):163-168
70. NICE, (2015). Violence and aggression. Short-Term Management In Mental Health. Health And Community Settings.
71. Ocaktan, M.E., Özdemir, O., Akdur, R. (2004). Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. Kriz Dergisi, 12(2): 63-73.
72. OECD (2019) Mental Health. Erişim adresi: http://www.oecd.org/els/health-systems/mentalhealth.htm. Erişim tarihi: 01.04. 2020.
73. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. Psychiatr Serv 1998; 49:1452-7.
74. Öztürk, M.O., Uluşahin, A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları I, Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
75. Pagani, L.S., Fitzpatrick, C. (2013). Prospective associations between early longterm household tobacco smoke exposure and antisocial behaviour in later childhood. J Epidemiol Community Health, 67(7):552–557.
76. Parrott, D.J., Zeichner, A. (2001). Effects of nicotine deprivation and irritability on physical aggression in male smokers. Psychol Addict Behav, 15(2):133–139.
77. Partlak Günüşen, N. (2016). Öfke, Saldırganlık ve Psikiyatri Hemşireliği. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics, 2(2): 36-43.
78. Pawlina, M.M.C., Rondina, R.C., Espinosa, M.M., Botelho, C. (2014). Nicotine dependence and levels of depression and anxiety in the process of smoking cessation. Rev Psiq Clin, 41(4): 101-105.
79. Rueve, M.E., Welton, R.S. (2008). Violence and mental illness. Psychiatry (Edgmont), 5(5), 34.
80. Saatcioglu, Ö., Erim, R. (2009). Aggression among Male Alcohol-Dependent Inpatients who Smoke Cigarettes, The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied, 143:6, 615-624.

81. Savaşan, A., Mete, L. (2018). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniklerinde Agresyonun ve Kısıtlama Yöntemlerinin İncelenmesi. Klinik Psikiyatri, 21:130-136.
82. Slomp, F. M., Bara, T. S., Picharski, G. L., & Cordeiro, M. L. (2019). Association Of Cigarette Smoking With Anxiety, Depression, And Suicidal Ideation Among Brazilian Adolescents. Neuropsychiatric disease and treatment, 15, 2799–2808.
83. Songur, C., Saylavcı, E., Kıran, Ş. (2017). Avrupa'da ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi, Social Sciences Studies Journal, 3(4): 276-289.
84. Soykan Ç. (2003). Öfke ve Öfke Yönetimi. Kriz Dergisi, 11(2), 19-27.
85. Stuard Gail W. (2013). Principles and Practice of Psychiatric Nursing. (Tenth Edition) Missouri: Elsevier.
86. Uzbay, İ.T. (2015). Madde bağımlılığı: Tüm boyutlarıyla bağımlılık ve bağımlılık yapan maddeler, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
87. Üneri, Ö., Tural, Ü., Memik, N. (2006). Şizofreni ve sigara içimi: Biyolojik bağlantı nerede?, Türk Psikiyatri Dergisi, 17 (1): 55-64.
88. Van Schalkwyk, G.I., Lewis, A.S., Qayyum, Z. et al. (2015). Reduction of aggressive episodes after repeated transdermal nicotine administration in a hospitalized adolescent with autism spectrum disorder. J Autism Dev Disord, 45(9):3061-3066.
89. Whittington R, Richter D. From the individual to the interpersonal: environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings. In: Richter D, Whittington R editors. Violence in mental health settings. New York: Springer Science+Business Media; 2006. p. 53.
90. WHO (2003). Investing Mental Health. World Health Organization. Erişim Tarihi: 10.03.2021, [https://apps.who.int/iris/handle/10665/42823].
91. WHO (2013). Mental Health Action Plan 2013- 2020. World Health Organization.
92. WHO. (2002). World Report on Violance and Health: Summary. Geneva: World Health Organization.

93. Yalçın, Ö., Erdoğan, A. (2013). Şiddet ve agresyonun nörobiyolojik, psikososyal ve çevresel nedenleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 5(4), 388-419.
94. Yang, Y., Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. Psychiatry Research: Neuroimaging, 174(2), 81-88.
95. Yavaş Çelik, M., Gençaslan, D., Özbaş, Y., Duygu A. (2018). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Depresif Belirti Sıklığının Anemi, Sigara, Alkol, Uyuşturucu Madde Kullanımı ile İlişkisi, Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg; 11(2): 116.
96. Yıldız, A., Köksal, A. (2003). Akut Ajitasyon Tedavisinde Doğrular ve Yanlışlar: Acil Servis Antiajitasyon Tedavi Rehberi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 13, 30-36.
97. Yılmaz, E.A., İnan, N. (2020). Lise Öğrencilerinin Saldırganlık Düzeyleri ve Akran Baskısı ile İlişkisinin İncelenmesi, Journal of Social and Humanities Sciences Research, 7(59), 2536-2541.
98. Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. American Journal of Psychiatry, 143, 35–39.
99. Zaidi U. (2014) A Comparison of Aggression and Impulsivity Between Smokers and Non-Smokers European Medical, Health and Pharmaceutical Journal, Volume 7, Issue 2, 42-45.
100. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. J Clin Nurs 2010; 19:2329-41.
101. Zhang, X.Y., Chen, D.C., Xiu, M.H., Haile, C.N., He, S.C., Luo, X., Zuo, L., Rosenheck, R., Kosten, T. A. ve Kosten, T.R. (2013). Cigarette smoking, psychopathology and cognitive function in first-episode drug-naive patients with schizophrenia: a case-control study, Psychological Medicine, 43, 1651-1660.
102. Zvolensky, M.J., Bakhshaie, J., Shepherd, J.M. et al. (2020) Anxiety symptoms and smoking among Latinx adult smokers: the importance of sensitivity to internal cues in terms of dependence, barriers for quitting, and quit problems. J Behav Med, 43, 88–98.

FORMLAR

Anket Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda sigara kullanımı ile agresyon arasında ilişki olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Bu doğrultuda hazırlanan aşağıdaki soruları içtenlikle cevaplamanız araştırmanın güvenirliği açısından önem taşımaktadır. Araştırmada gizlilik önemli olup, verdiğiniz bilgiler bu çalışma dışında kullanılmayacaktır.

Araştırmaya yaptığınız katkı için teşekkür ederiz.

1.Yaşınız: ……

2.Cinsiyetiniz

a) Kadın b) Erkek

3.Medeni Durumunuz:

a) Evli b) Bekar

c) Boşanmış d) Dul

4.Eğitim Durumunuz:

a) İlkokul b) Ortaokul

c) Lise d) Yükseköğretim

5.Mesleğiniz: …….

6.İş Öyküsü:

a) Hiç çalışmadım

b) Şu an çalışıyorum

-Nerde…….-Ne Kadar Süredir …….

c) Daha önce bir işte çalıştım

7.Sosyal Güvenceniz

a) Var b) Yok

8.Gelir durumunuzu nasıl algılıyorsunuz?

a) Kötü b) Orta c) İyi

9.Birlikte yaşadığınız kişiler?

a) Yalnız b) Eş ve çocuk

c) Anne ve baba d) Diğer…….

10.Hastalığınızı biliyor musunuz?

a) Evet……. b) Hayır

11.Hastalığınızın süresi? …….yıl

12.Hastaneye yatış sayınız? …….

13.Alkol veya madde kullanımınız var mı?

a) Evet ….. süredir ….. miktar

b) Hayır

14.Sigara kullanıyor musunuz? Cevabınız evet ise günde kaç adet içersiniz?

a) Evet ……. b) Hayır

15.Ne kadar zamandır sigara kullanıyorsunuz? …….

16.Sigara içmeye ne zaman başladınız?

a) Ergenlikte

b) İşe başlayınca

c) Hastalığımı öğrenince

d) Hastaneye yatınca

e) Diğer

17.Buradayken ve dışardayken sigara içme miktarınızı kıyaslarsanız, dışardayken…….

a) Daha az sigara içerim

b) Aynı miktarda sigara içerim

c) Daha fazla sigara içerim

18. Gece uykunuzdan uyanıp sigara içer misiniz?

a) Evet b) Hayır c) Bazen

19.Sigaranın sizi sakinleştirdiğini düşünüyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

20.Sigara içmediğinizde çabuk sinirlenir misiniz?

a) Evet b)Hayır

21.Sigara kullanmaya başlamadan önce çabuk sinirlenen bir yapınız var mıydı? a) Evet b) Hayır

22.Sinirlendiğiniz zaman kendinize zarar verdiğiniz olur mu?

a) Evet b) Hayır c) Bazen

23.Sinirlendiğiniz zaman objelerei eşyalara zarar verdiğiniz olur mu?

a) Evet b) Hayır c) Bazen

24.Sinirlendiğiniz zaman insanlara zarar verdiğiniz olur mu?

a) Evet b) Hayır c) Bazen

Agresyon Ölçeği

Açıklama: Araştırmacı tarafından hasta gözlemlenerek doldurulacaktır.

Agresif Davranış (Uygun olanları işaretleyin)

<u>Sözel Agresyon</u>

1-Yüksek sesle gürültü yapma, öfkeyle bağırma.

2-Bağırarak kişiye yönelik hafif hakaretlerde bulunma (Örn: "Sen aptalsın")

3-Ağır küfürler söyleme, öfkeyle çirkin dil kullanma, kendisine ya da çevresindekilere karşı orta şiddette tehditlerde bulunma

4-Başkalarına ya da kendisine yönelik açıkça şiddet tehditlerinde bulunma ("Seni öldüreceğim") ya da davranışını kontrol edebilmesi için yardım isteme

Eşyalara Karşı Fiziksel Agresyon

1- Kapıyı çarpma, giysilerini atarak dağıtma, ortalığı dağıtma

2- Eşyaları fırlatma, mobilyaları kırmadan tekmeleme, duvara iz bırakma

3- Eşyaları kırma, pencereleri çarparak kırma

4- Yangın çıkarma, eşyaları tehlikeli bir biçimde atma

Kendisine Karşı Fiziksel Agresyon

1- Cildini çimdikleme yada tırmalama, kendisine vurma, saçını çekme (Hafif bir yaralanma ile ya da yaralanmadan)

2- Başını vurma, yumruklama, kendini yere atma ya da eşyalara vurma (Ciddi yaralanma olmaksızın kendine zarar verme)

3- Kendisinde küçük kesiklere, morluklara ve hafif yanıklara neden olma

4- Kendisini sakatlama, derin bir şekilde kesme, ısırma (Bazen ısırık kanamaya neden

olacak kadar güçlüdür.) İç organlarda yaralanma, kırıklar, diş kaybı, kendini kaybetme

Başkalarına Karşı Fiziksel Agresyon

1- Tehdit edici bir tarzda hareketlerde bulunma, ellerini kollarını sallama, giysilerini

çekiştirme

2- Başkalarına vurma, tekmeleme, itme ya da saçlarını çekme (Onları yaralamadan)

3- Başkalarına saldırma, hafif ya da orta şiddette fiziksel olarak zarar Verme

(Çürükler, burkulma, darbe izleri)

4- Başkalarına saldırma, ağır fiziksel yaralanmalara neden olmak (kemik kırıkları,

derin yaralar yada iç organ yaralanmaları)

Olayın Başladığı Zaman

( ) 1. Sabah ( ) 2. Öğle ( ) 3. Akşam ( ) 4. Gece

Olayın Süresi (saat/dakika):

( ) 1. 0-15 dk

( ) 2. 30 ve 60 dk

( ) 3. 60-120 dk

( ) 4. 120 dk ve üzeri

MÜDAHALE(GİRİŞİM)

(Uygun olanları işaretleyin)

1- Girişim yok

2- Hastayla konuşma

3- Yakın gözlem

4- Hastayı tutarak engelleme

5- Acil olarak ağız yoluyla ilaç verme

6- Acil olarak enjeksiyon yoluyla ilaç verme

7- Hastayı tecrit etmeksizin izolasyon (Süre koymadan)

8- Hastayı tecrit etme

9- Kısıtlamaları kullanma (Gömlekle yada yatağa bağlayarak)

10-Yaralanma hastanın acil tıbbi tedavisini gerektirir

11-Yaralanma diğer kişinin acil tıbbi tedavisini gerektirir.

ETİK KURUL KARARI

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

Merve Muslu-4801180287

ORİJİNALLİK RAPORU

%17	%17	%6	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	nek.istanbul.edu.tr:4444 İnternet Kaynağı	%3
2	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%3
3	gavsispanel.gelisim.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
5	acikerisim.istinye.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
6	www.journalagent.com İnternet Kaynağı	%1
7	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
8	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
9	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Merve	Soyadı	MUSLU
E-mail			

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi	2017
Lise	Samsun Anadolu Lisesi	2013

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralı)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl- Yıl)
1.	Psikiyatri Hemşiresi	T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2018- Devam Ediyor
2.	Genel Cerrahi Hemşiresi	Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi	2017- 2018

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
SPSS	İyi
Word, Power Point	Çok iyi

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**YÖKDİL Puanı**

İngilizce	İyi	Orta	İyi	72,5

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	73,4	76	69,2

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

Hakemli Kongre/ Sempozyum Bildiri Kitaplarında Yer Alan Yayınlar

Muslu, M. (2016). Öğrenci Hemşirelerin Klinik Alanda Karşılaştıkları Güçlükler ve Öğrenci Önerileri (Poster). 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 28-29 Nisan, Eskişehir.

Sempozyumlar/Kongreler

15. Ulusal Hemşirelik Öğrecileri Kongresi, 28-29 Nisan 2016, Eskişehir. (Katılımcı)