

## PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN BİR GRUP HASTADA SALDIRGANLIK POTANSİYELİ VE ETKİLEYEN BAZI ETKENLER

Elvan E. ATA,<sup>1</sup> Meral KELLEÇİ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Arş.Gör., <sup>2</sup> Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği ABD, Sivas

\* Doç.Dr. Meral KELLEÇİ, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği ABD, Sivas  
E-mail: meralkelleci@yahoo.com

### ÖZET

**Amaç:** Bu araştırma psikiyatri kliniğinde yatan bir grup hastada saldırganlık potansiyeli ve etkileyen bazı etkenlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

**Yöntem:** Çalışma bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde Haziran 2010-Mayıs 2011 tarihleri arasında klinikte yatarak tedavi gören 157 hasta üzerinde gerçekleştirildi. Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan "Bilgi Formu" ve "Saldırganlık Ölçeği" ile toplandı. Veriler, bilgisayar ortamında SPSS 16.0 paket programı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde sayı-yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma değerleri, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmadan elde edilen bulgulara göre, hastaların yaş ortalaması 32.49±10.20 olup %59.2'si erkek, %45.9'u ilköğretim mezunu, %51'i bekar, %67.5'i çekirdek ailede yaşamakta ve %23.6'sı çalışmaktadır. Hastalık özellikleri incelendiğinde, hastaların %26.8'nin depresyon ve intihar girişimi, %25.5'nin bipolar bozukluk, %21.7'sinin şizofreni hastası olduğu; ortalama 3.17±3.63 kez hastaneye yatarak tedavi gördükleri ve ortalama 6.02±5.63 yıldır hasta oldukları saptandı. Hastaların Saldırganlık Ölçeği toplam puanının 78.15±25.92 olduğu ve %58.6'sının saldırganlık potansiyelinin "çok yüksek" olduğu bulundu. Hastaların şiddet görme öyküsü, son bir yıl içinde kayıp yaşama durumu, geçmişte saldırganlık öyküsü, yasalarla sorun yaşama ve ceza alma durumu saldırganlık potansiyelini artıran etkenler olarak belirlendi.

**Tartışma:** Hastaların yarısından fazlasının çok yüksek düzeyde saldırganlık potansiyeli taşıması, üzerinde düşünülmesi gereken bir sorundur. Bu durum hastaların kliniğe kabul edildikleri ilk andan itibaren tanılanmalarına olan gereksinimi göstermesi açısından önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Hemşirelik, psikiyatrik hasta, saldırganlık potansiyeli

NPAKADEMİ. 2012; 1(1):7-15

## AGGRESSION POTENTIAL AND EFFECTED FACTORS IN A GROUP OF PSYCHIATRY INPATIENTS

### ABSTRACT

**Objective:** This is a descriptive research aiming to detect in a group of psychiatry clinic patients the aggression potential and certain effective factors.

**Methods:** The research has covered 157 patients who received in-patient treatment in the psychiatry clinic of a university hospital between June 2010 and May 2011. Research data have been compiled by the "Information Form" and "Aggression Scale" prepared by the researchers in line with relevant literature. Obtained data have been analyzed with SPSS 16.0 package computer program. In the data evaluation number-frequency distributions

average and standard deviation values, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis test have been utilized.

**Findings:** According to research findings age average of patients is  $32.49 \pm 10.20$ , 59.2% are men, 45.9% are elementary education graduates, 51.0% are single, 67.5% live in nucleus family and 23.6% are employed. The classification of disease is such; 26.8% of patients have depression and suicidal tendency, 25.5% have bipolar affective disorder, 21.7% are diagnosed with schizophrenia, they have received average  $3.17 \pm 3.63$  times of in-patient treatment and have been sick for approximately  $6.02 \pm 5.63$  years. Total score of the Aggression Scale of Patients was found to be  $78.15 \pm 25.92$  and 58.6% of the patients had "extreme" level of aggression potential. The factors enhancing the occurrence of aggression potential have been listed such: History of abuse and violence, having lost someone significant during the latest year, history of aggression in the past, clash with the laws and receiving punishment. It deserves close attention that more than half of the patients have extreme aggression potential. This evidences that the patients need to be diagnosed accurately starting from the exact moment they are hospitalized.

**Discussion:** It deserves close attention that more than half of the patients have extreme aggression potential. This evidences that the patients need to be diagnosed accurately starting from the exact moment they are hospitalized.

**Key words:** aggression potential, nursing, psychiatric patient

NPAKADEMİ. 2012; 1(1):7-15

## GİRİŞ

Saldırganlık ve şiddet son yıllarda sıklıkla tartışılan, bireyin ve toplumun sağlığını tehdit eden önemli kavramlardır. Bu iki kavram zaman zaman birbirinin yerine kullanılmasına rağmen, saldırganlık başkasını tehdit edecek veya zarar verecek şekilde sözel, bedensel veya fiziksel davranışlar olarak tanımlanmaktadır. Saldırgan davranışın ortaya çıkmasında rol oynayan etkenlerden biri de psikiyatrik bozukluklar olarak gösterilmektedir.<sup>1</sup>

Bazı psikiyatrik bozukluklara sahip olan kişilerin normal popülasyondan daha yüksek saldırganlık potansiyeli taşıdıkları vurgulanmaktadır.<sup>2,3</sup> Steadman ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da şizofreni hastalarının %8'inde saldırganlık potansiyelinin şiddet davranışına dönüştüğü ve bu oranın psikiyatrik bozukluğu olmayanlarda %2 olduğu belirtilmiştir.<sup>4</sup> Aynı çalışmada bireylerde ek tanı olarak madde kullanım bozukluğu olduğunda saldırganlık potansiyelinin %30'a çıktığı, kişilik bozukluğu da tabloya eklendiğinde bu oranın %73'e kadar ulaşabileceği belirtilmektedir. Bununla birlikte mani, deliryum, demans, ilaç ve alkol zehirlenmesi ve zeka geriliği olanlarda da saldırganlık potansiyeli yüksektir.<sup>5</sup> Düşük dürtüsel kontrol ve değişken duygudurumuna sahip olmak da saldırganlık potansiyelini artırmaktadır.<sup>6</sup> Diğer taraftan çeşitli araştırmalarda geçmişte saldırgan davranışı olan bireylerin gelecekte de bu potansiyeli taşıdıkları; genç, erkek, düşük sosyoekonomik duruma sahip, madde kötüye kullanım öyküsü olan ve psikotik

hastalarda saldırganlık potansiyelinin daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır.<sup>5,7</sup>

Psikiyatri hastaları tarafından gösterilen saldırgan davranışlar hem hastaların, hem de sağlık çalışanlarının güvenliğini tehlikeye sokan bir durumdur.<sup>8-11</sup> Nitekim Foster ve arkadaşları İngiltere'de beş akut psikiyatri kliniğinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin bir yıl içinde 254 saldırganlık olayı saptadıklarını ve bu olaylardan 153'ünün sözel ve 101'inin fiziksel saldırganlık olduğu, çoğunlukla bu davranışların klinikte çalışan sağlık profesyonellerine yönelik (145'inin) olduğunu belirlemişlerdir.<sup>12</sup> Barlow ve arkadaşlarının Avusturalya'da yaptıkları çalışmada ise yetişkin psikiyatri kliniğine 18 ay boyunca kabul edilen 1269 hastanın 174'ünün saldırgan olduğunu saptamışlardır.<sup>13</sup>

Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların kendilerine, sağlık çalışanlarına ve diğer hastalara gösterdikleri saldırganlığı önlemeye ve yönetimine yönelik gelişmiş ülkelerde birçok araştırmacı tarafından farklı araçlar geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur.<sup>14-18</sup> Bununla birlikte saldırgan davranışın yönetimine yönelik algoritmalar ve klinik yol haritaları da kullanılmaktadır.<sup>5</sup> Ancak ülkemizde hastaların saldırganlık riskini belirlemeye yönelik nesnel araçlar kullanılmadığı gibi, hastaların saldırgan davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmalar da genellikle çalışan güvenliği boyutundadır. Psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların saldırganlık potansiyelini ve bu potansiyeli etkileyen etkenlerin araştırıldığı çalışmalar ise oldukça sınırlı-

dır.<sup>19-21</sup>

Günümüzde halen psikiyatri kliniklerinde hastaların saldırgan davranışları, üzerinde durulması ve etkin şekilde yönetilmesi gereken bir sorun olarak durmaktadır. Gözlemlerimiz psikiyatri kliniklerinde saldırgan davranış ortaya çıktığında hastaların geleneksel yöntemlerle ele alındığını göstermektedir. Oysa bu davranış ortaya çıkmadan önce hastaların saldırganlık potansiyelinin değerlendirilmesi ve bu durumun yönetilmesi, hastaların hastaneye yatırıldıklarında tedavi yöntemleri ve bakımla yatırılmalarına dek kendilerinin ve başka hastaların saldırgan

davranışlarından korunmaları gerekmektedir.<sup>22</sup> Bunun yapılabilmesi büyük ölçüde tahmin edilmeyi sağlayabilecek verilerin elde edilmesi ile ilişkilidir. Bu nedenle, saldırganlık potansiyelini etkileyebilecek etkenlerin belirlenmesine gereksinim duyulmaktadır.

Çalışmanın yapıldığı psikiyatri kliniğinde hastaların saldırganlık risk oranı tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışma ile klinikte belirli bir dönemde yatan hastaların saldırganlık potansiyelini ve saldırganlık potansiyelini etkileyebilecek bazı özellikleri tanımlamak amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

### Araştırmanın Şekli

Bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatan bir grup hastada saldırganlık potansiyelini ve etkileyen bazı etkenleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

### Araştırmanın Örneklemi

Çalışma bir üniversite hastanesinin psikiyatri kliniğinde Haziran 2010-Mayıs 2011 tarihleri arasında yapıldı. Bu tarihlerde klinikte yatan toplam hasta sayısı 476 idi. Çalışma klinikte yatarak tedavi gören, çalışmaya katılmaya istekli olan, soruları anlama ve yanıtlama konusunda sorunu olmayan 157 hasta üzerinde gerçekleştirildi.

### Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından ilgili literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan "Kişisel Bilgi Formu" ve "Saldırganlık Ölçeği" ile toplandı.

**Kişisel Bilgi Formu:** Hastaların yaşı, cinsiyeti, öğrenim durumu, ekonomik durumu, aile özellikleri, şiddete maruz kalma öyküsü, kayıp yaşama durumu, tıbbi tanısı, hastalık süresi, yatış sayısı, saldırgan davranışların varlığı, düzenli ilaç kullanma öyküsü, yasalarla sorun yaşama durumu, ceza alma öyküsü, alkol-madde kullanma durumunu belirleyen sorulardan oluşmaktadır.

**Saldırganlık Ölçeği (SÖ):** Buss-Durkee Düşmanlık Ölçeğinin (1957) güncellenmiş formudur. Öfke ve saldırganlığı değerlendirmek için geliştirilmiş, beşli Likert tipi yanıtlar içeren (karakterime hiç uygun değil - 1, karakterime çok az uygun - 2, karakterime biraz uygun - 3,

karakterime çok uygun - 4, karakterime tam uygun - 5) ve beş alt ölçekten oluşan 34 maddelik bir ölçektir. Alt ölçekler fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke, düşmanlık ve dolaylı saldırganlığı değerlendirir. Saldırganlık Ölçeği toplam puanı yüksek ise, bireyin alt ölçek puanlarını incelemek gerekmektedir. Fiziksel saldırganlık alt ölçeği 8, 10, 11, 17, 23, 24, 25 ve 27 no.lu maddelerin puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Puanı yüksek birey fiziksel saldırganlığını kontrol edemiyor, otoriter kişilerle sorun yaşıyor ş ekinde yorumlanır. Sözel saldırganlık alt ölçeği 1, 4, 6, 20 ve 26 no.lu maddelerin puanlarının toplanmasıyla elde edilir. Sözel saldırganlık kavga ve düşmanca konuşmaları içerir ve yüksek puan tartışma eğiliminin fazla olduğunu gösterir. Bu bireyler haksız olduklarını düşündükleri durumlarda öfkelenirler, kendilerini yabancılaştırmış veya sıkılmış hissedebilirler. Öfke alt ölçeği 3, 7, 12, 6, 19, 22, 29 ve 32 no.lu maddelerin puanlarının toplanması ile elde edilir. Uyarılma ve kontrol duygusuna karşı öfkelenme özelliklerini içerir. Puanın yüksekliği davranış bozukluğu bulunan çocuklarda antisosyal, edilgen-saldırgan veya yenilgiyi kabullenme özellikleri bulunan yetişkinlerde görülür. Düşmanlık alt ölçeği 2, 5, 9, 21, 28, 31 ve 33 no'lu maddelerin puanlarının toplanması ile elde edilir. Düşmanlık alt ölçeği sosyal uyumsuzluğu ve ağır psikopatolojiyi ifade eder. Küskünlük, sosyal yabancılaştırma ve paranoya gibi davranışları temsil eder. Bu alt boyuttan yüksek puan alan bireyin sosyal izolasyon halindedir, başkalarının gereksinimlerini veya duygularını dikkate almazlar. Dolaylı saldırganlık alt ölçeği 13, 14, 15, 18, 30 ve 34 no'lu maddelerin toplanması ile elde edilir. Dolaylı saldırganlık bireyin doğrudan

yüzleşmeden kaçınma durumlarında öfkelenme eğilimini ölçer. Bu alt boyuttan yüksek puan alan bireyler, yaşamlarının en azından bazı alanlarında yüksek düzeyde kronik düş kırıklığı yaşayabilirler. Saldırganlık Ölçeğinin toplam puan değerlendirmesi aşağıda belirtildiği şekilde yapılır.

Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 34, en yüksek puan 170'dir. Saldırganlık düzeyi elde edilen toplam puana göre belirlenir ( $\leq 29$ : çok düşük, 30-39: düşük, 40-44: düşük-orta, 45-55: orta, 56-59: yüksek-orta, 60-69: yüksek ve  $\geq 70$ : çok yüksek). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Can tarafından yapılmıştır.<sup>23</sup> İç tutarlılığı yüksek derecede güvenilir olup, Cronbach alfa katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Cronbach alfa katsayısı

0.92 olarak bulunmuştur.

### Verilerin Toplanması

Çalışmanın verileri, araştırmacılar tarafından hastalara araştırmanın amacı konusunda kısaca bilgi verildikten sonra, çalışmaya katılmaya istekli olan ve sözel onam veren hastalarla yüz yüze görüşerek toplanmıştır. Veriler, hastaların kliniğe yatışlarının yapıldığı ilk hafta içinde elde edilmiştir.

### Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmanın verileri bilgisayar ortamında SPSS 16.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Veriler sayı-yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma değerleri, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ile değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Tablo 1'de hastaların bazı tanıtıcı özelliklere göre dağılımları verilmiştir. Tabloda da görüldüğü gibi, yaş ortalaması  $32.49 \pm 10.20$  olan hastaların, %59.2'si erkek, %45.9'u ilköğretim mezunu, %51'i bekar, %67.5'i ise çekirdek ailede yaşamaktadır.

Tablo 2'de hastaların %26.8'inin tanısının depresyon ve intihar girişimi, %25.5'nin bipolar bozukluk, %21.7'sinin şizofreni olduğu; ortalama  $3.17 \pm 3.63$  kez hastaneye yatarak tedavi gördükleri ve ortalama  $6.02 \pm 5.63$  yıldır hasta oldukları görülmektedir.

Tablo 3'te hastaların Saldırganlık Ölçeği ve alt ölçek puan ortalamaları verilmiştir. Hastaların Saldırganlık Ölçeği toplam puanının  $78.15 \pm 25.92$ , fiziksel saldırganlık alt ölçek puan ortalamasının  $16.38 \pm 7.99$ , sözel saldırganlık alt ölçek puan ortalamasının  $11.92 \pm 4.61$ , öfke alt ölçek puan ortalamasının  $20.05 \pm 6.90$ , düşmanlık alt ölçek puan ortalamasının  $17.81 \pm 6.78$  ve dolaylı saldırganlık alt ölçek puan ortalamasının  $11.97 \pm 4.25$  olduğu bulunmuştur.

Tablo 4'te hastaların Saldırganlık Ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması derecelendirildiğinde, 92 kişinin (%58.6) çok yüksek olarak değerlendirilen  $\geq 70$  puan aldıkları saptanmıştır.

Tablo 5'te şiddet görme öyküsü, son bir yıl içinde kayıp yaşama, geçmişte saldırganlık

**Tablo 1.** Hastaların tanıtıcı özellikleri

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kadın	64	40.8
Erkek	93	59.2
Yaş ortalaması	$32.49 \pm 10.20$	
Medeni durum		
Bekar	80	51.0
Evli	77	49.0
Aile tipi		
Çekirdek	106	67.5
Geniş	25	15.9
Parçalanmış	26	16.6
Ekonomik durum		
İyi	26	16.6
Orta	106	67.5
Kötü	25	15.9
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	3	1.9
Okuryazar	9	5.7
İlköğretim	72	45.9
Lise	45	28.7
Üniversite	28	17.8
Çalışma durumu		
Çalışıyor	37	23.6
Çalışmıyor	120	76.4

**Tablo 2.** Hastaların hastalık özellikleri

Hastalık özellikleri	Sayı	%
Psikiyatrik tanı		
Şizofreni	34	21.7
Bipolar bozukluk	40	25.5
Depresyon + intihar girişimi	42	26.8
Anksiyete bozuklukları	11	7.0
Kişilik bozukluğu + alkol bağımlılığı	26	16.6
Zeka geriliği	4	2.5
Yatış sayısı ortalaması	3.17±3.63	
Hastalık süresi ortalaması (yıl)	6.02±5.63	

**Tablo 3.** Hastaların Saldırganlık Ölçeği puan ortalamaları

Alt ölçekler	Sayı	Min.(min.)*	Max.(max)*	Ort.±SS
Fiziksel saldırganlık	157	8.00 (8)	39.00 (40)	16.38±7.99
Sözel saldırganlık	157	5.00 (5)	25.00 (25)	11.92±4.61
Öfke	157	8.00 (8)	36.00 (40)	20.05±6.90
Düşmanlık	157	7.00 (7)	35.00 (35)	17.81±6.78
Dolaylı saldırganlık	157	6.00 (6)	24.00 (30)	11.97±4.25
Toplam	157	34.00 (34)	144.00 (170)	78.15±25.92

\* Min: Ölçekten alınabilecek minimum puan

\* Max: Ölçekten alınabilecek maksimum puan

**Tablo 4.** Hastaların Saldırganlık Ölçeği puanlarına göre saldırganlık düzeyi

Saldırganlık düzeyi	Sayı	%
Düşük	10	6.4
Düşük-orta	2	1.2
Orta	22	14.0
Yüksek-orta	5	3.2
Yüksek	26	16.6
Çok yüksek	92	58.6

öyküsü, yasalarla sorun yaşama ve ceza alma öyküsü olan hastaların saldırganlık potansiyelinin daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.005$ ). Ailesinde ruhsal bozukluk olan, Eksen II tanısına sahip, 15 yıldan daha fazla hasta, düzenli ilaç kullanmayan ve alkol madde kullanan hastaların Saldırganlık Ölçeği puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, sayısal olarak yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 5.** Hastaların Saldırganlık Ölçeği ortalama puanlarının bazı özelliklerine göre karşılaştırılması

Özellikler	Saldırganlık Ölçeği Ort.±SS	Test	p
Ailede psikiyatrik bozukluk varlığı		MU=2216.00	0.084
Var	83.58±25.97		
Yok	75.62±25.62		
Şiddet görme öyküsü		MU=1556.00	0.002
Var	89.48±26.71		
Yok	74.41±24.64		
Son bir yıl içinde kayıp yaşama durumu		MU=1846.50	0.001
Yaşamış	85.01±26.76		
Yaşamamış	67.66±20.73		
Bozukluk tanısı		KW=5.76	0.218
Şizofreni	72.29±27.47		
Bipolar bozukluk	81.90±25.80		
Depresyon	73.52±21.35		
Anksiyete bozukluğu	76.81±25.55		
Kişilik bozukluğu+alkol bağımlılığı	88.34±29.90		
Zeka geriliği	76.75±18.35		
Eksen II tanısı		MU=1951.50	0.684
Var	80.96±28.46		
Yok	77.41±25.27		
Hastalık süresi (yıl)		KW=3.89	0.421
1-4 yıl	75.61±23.48		
5-9 yıl	83.69±27.84		
10-14yıl	77.57±29.15		
15 yıl ve üzeri	92.37±32.50		
Yatış sayısı		KW=5.57	0.234
İlk yatış	82.29±22.77		
2-5 kez	77.38±25.82		
6-9 kez	80.89±27.48		
10 ve üzeri	73.75±29.85		
Düzenli ilaç kullanma durumu		MU=2361.00	0.121
Kullanıyor	75.33±23.39		
Kullanmıyor	83.53±29.65		
Geçmişte saldırganlık öyküsü		MU=1139.00	0.001
Var	93.03±27.94		
Yok	74.78±24.31		
Yasalarla sorun yaşama		MU=968.00	0.004
Var	94.86±31.57		
Yok	75.29±23.80		
Ceza alma durumu		MU=868.00	0.002
Ceza almış	96.86±31.34		
Ceza almamış	75.11±23.69		
Alkol/madde kullanma durumu		MU=1488.00	0.096
Kullanıyor	86.89±28.82		
Kullanmıyor	76.17±24.91		

## TARTIŞMA

Psikiyatri kliniğinde yatan bir grup hastada saldırganlık potansiyeli ve etkileyen bazı etkenlerin saptanması amacıyla yapılan çalışmada, hastaların Saldırganlık Ölçeği toplam puan ortalamasının  $78.15 \pm 25.92$  olduğu bulunmuştur. Bu puan derecelendirildiğinde 92 kişinin (%58.6) çok yüksek olarak değerlendirilen  $\geq 70$  puan aldıkları, hastaların yalnız %21.6'sının düşük ve orta düzeyde saldırganlık potansiyeli taşıdıkları saptanmıştır. Hastaların yarısından fazlasının çok yüksek düzeyde saldırganlık potansiyeli taşıması, üzerinde düşünülmesi gereken bir sorun olarak görülmektedir. Bu durum hastaların kliniğe kabul edildikleri ilk andan itibaren bu durumun tanınmasına olan gereksinimi göstermesi açısından önemlidir. Yapılan bir çalışmada şizofreni, şizofreniform bozukluk, mani, psikotik bozukluk gibi tanılara sahip hastaların %8.9'unun saldırganlık potansiyeli taşıdıkları belirlenmiştir.<sup>24</sup> Barlow ve arkadaşları 18 ay süresince 1269 hastanın 174'ünün (%13.7) saldırgan olduğunu belirlemişlerdir.<sup>13</sup> Nijman ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da, hemşirelerin %80-90'ının saldırgan hasta ile karşılaştıkları bulunmuştur.<sup>25</sup> Chang ve Lee ise, klinikte yatan hastaların %41.4'ünün saldırganlık potansiyeli taşıdığını saptamışlardır.<sup>26</sup> Görüldüğü gibi, çalışmalarda saldırgan davranışların belirlenmesi ve potansiyel ile ilgili farklı sonuçlar bulunmuştur. Bu durum çalışmaların yapıldığı hasta popülasyonunun kültürel ve sosyal olarak farklı özellik göstermeleri, hastalığın doğası, öfkenin ifade ediliş biçimi gibi bireysel etkenlere bağlı olabileceği gibi, daha da önemlisi, araştırmalarda kullanılan ölçüm araçlarının, ölçümlerin yapıldığı zamanın farklı olmasına da bağlı olabilir. Bununla birlikte araştırmaların yapıldığı kliniklerin akut bakım veya karma psikiyatri klinikleri şeklinde olması da araştırma sonuçlarının farklı olmasının nedeni olabilir.

Saldırganlık sözel veya fiziksel saldırganlık şeklinde ortaya çıkabilir, bireyin kendisini veya çevresine zarar vermesi ya da her ikisinin birlikte gerçekleşmesi ile sonlanabilir.<sup>27</sup> Saldırganlığın sözel, fiziksel (kendine, diğer insanlara veya çevreye karşı), doğrudan-dolaylı, aktif-pasif türleri vardır.<sup>28,29</sup> Bu çalışmada hastaların Saldırganlık Ölçeği alt boyutlarının puanları değerlendirildiğinde, fiziksel saldırganlık puan ortalamasının  $16.38 \pm 7.99$ , sözel saldırganlık  $11.92 \pm 4.61$ , öfke  $20.05 \pm 6.90$ , düşmanlık  $17.81 \pm 6.78$  ve dolaylı saldırganlık alt ölçek puan ortalamasının ise  $11.97 \pm 4.25$  olduğu

bulunmuştur. Bu puanlar hastaların fiziksel ve sözel saldırganlık potansiyellerinin orta düzeyde; öfke, düşmanlık ve dolaylı saldırganlık puanlarının orta düzeyden biraz daha yüksek olduğunu göstermektedir. Shepherd ve Lavender, psikiyatri kliniğinde bildirilen saldırgan davranışların çeşitlerini inceledikleri çalışmalarında, bu olayların %84.6'sının fiziksel saldırganlık, %10.8'inin planlı yaralama şeklinde yapıldığını belirlemişlerdir.<sup>30</sup> Foster ve arkadaşları psikiyatri kliniklerinde yatan hastaların %60'ının sözel saldırganlıkta bulunduğu, çoğunlukla bu davranışın tehdit şeklinde yapıldığı ve tehditlerin %35.9'unun personele, %25'inin diğer hastalara yönelik olduğu saptanmıştır.<sup>12</sup> Yapılan benzer bir çalışmada da psikiyatri kliniğinde yatan 522 hastanın yarısında sözel saldırganlık saptanmış, bu davranışların daha fazla bağırma ve tehdit etme şeklinde görüldüğü belirtilmiştir.<sup>11</sup> Hemşirelerin çoğu sözel saldırganlık, fiziksel saldırganlık ve tehdit gibi saldırgan davranışları kolaylıkla saptamaktadır.<sup>31</sup> Ancak öfke, düşmanlık ve dolaylı saldırganlık olarak yaşanan durumun saptanması daha güç olabilmektedir. Oysa öfke duygusunun tanınması, öfkenin düşmanlık ve dolaylı davranışa dönüşmeden kontrol edilebilmesi gerekmektedir.<sup>5</sup>

Bu çalışmada şiddet görme öyküsü, son bir yıl içinde kayıp yaşama, geçmişte saldırganlık öyküsü, yasalarla sorun yaşama ve ceza alma öyküsü olan hastaların saldırganlık potansiyelinin daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.005$ ). Ailesinde psikiyatrik bozukluk olan, Eksen II tanısına sahip, 15 yıldan daha uzun süredir hasta, düzenli ilaç kullanmayan, alkol ve madde kullanan hastaların Saldırganlık Ölçeği puanlarının istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, sayısal olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Chang ve Lee'nin psikiyatri kliniklerinde yatan hastalarda saldırganlık için risk etkenlerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında ise psikiyatrik bozukluğun erken yaşta başlaması ve hastanede yatış süresinin uzun olması risk etkeni olarak tanımlanmıştır.<sup>26</sup> Geçmişte şiddet öyküsü olanlarda bu çalışmada da olduğu gibi, saldırganlık potansiyelinin yüksek olduğu bildirilmektedir.<sup>11,13,20,32,33</sup>

Hastaların Saldırganlık Ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları tanı gruplarına göre karşılaştırıldığında, aralarındaki fark istatistiksel olarak

anamlı bulunmamıştır. Chang ve Lee, tanı gruplarına göre saldırganlık potansiyeli açısından gruplar arasında fark olmadığını belirlemişlerdir.<sup>26</sup> Bununla birlikte, çalışmada hastaların saldırganlık ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamaları tanı gruplarına göre sayısal olarak incelendiğinde kişilik bozukluğu ve alkol bağımlılığı birinci, bipolar bozukluk ikinci, anksiyete bozuklukları ve zeka geriliği üçüncü, depresyon dördüncü ve şizofreni beşinci sırada yer almaktadır. Barlow ve arkadaşları çalışmalarında akut psikotik hastalarda ve madde kötüye kullanım bozukluğu olanlarda saldırganlık potansiyelinin yüksek olduğunu vurgulamışlardır.<sup>13</sup> Benzer şekilde literatürde de madde kullanım bozukluğu, kişilik bozukluğu, mani, şizofreni ve zeka geriliği tanı gruplarına sahip bireylerin saldırganlık potansiyelinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir.<sup>34-38</sup> Çalışmalarda da görüldüğü gibi, saldırganlık potansiyelini artıran etkenler çeşitlilik göstermektedir. Bu nedenle

kliniğe kabul edilen her hastanın bireysel olarak değerlendirilmesine duyulan gereksinim açıktır. Bu gereksinimi belirleyebilecek konumdaki en uygun sağlık personeli, hasta ile en fazla zaman geçiren psikiyatri hemşiresidir. Nitekim Ogloff ve arkadaşları, çalışmalarında da hemşirelerin diğer sağlık profesyonellerine göre herhangi bir saldırganlık olayı olmadığında da klinikteki hastaların % 6'sını saldırganlık açısından yüksek riskli, %21'ini orta riskli ve %73'ünü düşük riskli olarak nitelendirdiklerini belirtmişlerdir.<sup>18</sup> Ancak hemşirelerin bu potansiyeli belirleyebilecekleri, pratik ve güvenilir ölçüm araçlarına gereksinim duydukları düşünülmektedir. Nijman ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da, hastaların saldırganlık potansiyelini hızlı ve doğru şekilde değerlendirebilecek araçlara gereksinim duyulduğu belirtilmiştir.<sup>25</sup> Bu şekilde fiziksel, cinsel, sözel şiddet ve iş günü kaybını önlenebileceği vurgulanmıştır.

## SONUÇ

Çalışmanın sonucunda psikiyatri kliniğinde yatan hastaların tamamının saldırganlık potansiyeli taşıdıkları, hastaların yarıdan fazlasında bu potansiyelin yüksek düzeyde olduğu tanı gruplarına göre potansiyelin değişmediği saptanmıştır. Saldırganlık potansiyelini etkileyen etkenler arasında şiddet görme öyküsü, son bir yıl içinde kayıp yaşama, geçmişte saldırganlık öyküsü, yasalarla sorun yaşama ve ceza alma

öyküsü olduğu bulunmuştur. Bu çalışma psikiyatri kliniğinde hastaların saldırganlık potansiyelini belirlemeye yönelik genel bir bakış sağlanmıştır. Gelecek çalışmalarda daha büyük örneklemelerde ve belirli tanı gruplarında derinlemesine incelemeler yapılabilir. İstatistiksel analizlerde lojistik regresyon kullanılarak hangi etkenin bu potansiyeli daha fazla etkilediği gösterilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Saloojee S (2009) Routine pre-admission laboratory screening investigations in aggressive patients who require sedation in the emergency department-necessary or unnecessary. *South Afr J Psychiatry*. 15(3):67-71.
2. Zun LS (2005) Evidence-based evaluation of psychiatric patients. *J Emerg Med*. 28:35-39.
3. Rocca P, Villari V, Bogetto F (2006) Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 30(4):586-598.
4. Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaun PS, Grisso T, et al. (1998) Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 55:394-401.
5. El-Khoury J, Gulati G (2008) How to assess and manage the aggressive patient. *The Foundation Years*. 4(2):69-72.
6. Nestor PG (2002) Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *Am J Psychiatry*. 159(12):1973-1978.
7. Davison SE (2005) The management of violence in general psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*. 11:362-370.
8. Nijman HL, Merckelbach HL, Allertz WF, Campo JMA (1997) Prevention of aggressive incidents on a closed psychiatric ward. *Psychiatr Serv*. 48(5):694-698.
9. Daffern M, Howells K (2002) Psychiatric inpatient aggression: A review of structural and functional assessment approaches. *Aggression and Violent Behavior*. 7:477-497.
10. Davis S (1991) Violence by psychiatric inpatients: a review. *Hosp Community Psychiatry*. 42:585-590.



11. Stewart D, Bowers L (2012) Inpatient verbal aggression: content, targets and patient characteristics. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 4:1-8.
12. Foster C, Bowers L, Nijman H (2007) Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs.* 58(2):140-149.
13. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O (2000) Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust N Z J Psychiatry.* 34(6):967-974.
14. Chukwujekwu DC, Stanley PC (2008) The Modified Overt Aggression Scale: how valid in this environment? *Niger J Med.* 17:153-155.
15. Palmstierna T, Barredal E (2006) Evaluation of the Perception of Aggression Scale (POAS) in Swedish nurses. *Nord J Psychiatry.* 60:447-451.
16. Joyal CC, Gendron C, Cote G (2008) Nature and frequency of aggressive behaviours among long-term inpatients with schizophrenia: a 6-month report using the Modified Overt Aggression Scale. *Can J Psychiatry.* 53:478-481.
17. Nicholls TL, Ogloff JRP, Douglas KS (2004) Assessing risk for violence among male and female civil psychiatric patients: The HCR-20, PCL: SV, and VSC. *Behav Sci Law.* 22:127-158.
18. Ogloff JRP, Daffern M (2006) The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behav Sci Law* 24:799-813.
19. Kayatekin ZE, Abay E, Saygılı S, Maner F, Şener Aİ (1991) Ruh hastalarında homosidal saldırganlık. *Düşünen Adam.* 4(1):22-27.
20. Kırkpınar İ, Çayköylü A, Özer H, Coşkun İ (1996) Psikiyatri birimlerinde yatan hastaların saldırganlık davranışı gösterme yönünden karşılaştırılması. *AÜTD.* 28:161-165.
21. Böke Ö, Sarısoy G, Çelik C, Bahçe Z, Şahin AR (2008) Yatarak tedavi gören şizofren hastalarında fiziksel saldırganlık ve nörolojik siliik işaretler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni.* 2008; 18(1):22-30.
22. <http://www.psikiyatri.org.tr/news.aspx?news=55>
23. Can S (2002) "Aggression Questionnaire" Adlı Ölçeğin Türk Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2002.
24. Phil RO, Hoaken PNS (1997) Clinical correlates and predictors of violence in patients with substance use disorder. *Psychiatr Ann.* 27:735-740.
25. Nijman H, Bowers L, Oud N, Jansen G (2005) Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggressive Behavior.* 31:217-227.
26. Chang JC, Lee CS (2004) Risk factors for aggressive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv.* 55(11):1305-1307.
27. Anderson CA, Bushman BJ (2002) Human aggression. *Ann Rev Psychol.* 53:27-51.
28. Ramirez JM, Andreu JM (2006) Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity). Some comments from a research project. *Neurosci Biobehav Rev.* 30:276-291.
29. Jones D, Hollin CR (2004) Managing problematic anger: the development of a treatment program for personality disordered patients in high security. *International Journal of Forensic Mental Health.* 3(2):197-210.
30. Shepherd M, Lavender T (1999) Putting aggression into context: An investigation into contextual factors influencing the rate of aggressive incidents in a psychiatric hospital. *J Ment Health.* 8(2):159-170.
31. O'Connell B, Young J, Brooks J, Hutchings J, Lofthouse J (2000) Nurses' perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *J Clin Nurs* 9(4):602-610.
32. Harris GT, Rice ME (1997) Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatr Serv.* 48:1168-1176.
33. Turgut T, Lagace D, İzmir M, Dursun S. Psikiyatri kliniklerinde şiddet ve agresyonun değerlendirilmesi: Tanısal yaklaşımlar. *Klinik Psiko-farmakoloji Bülteni.* 2006; 16:179-194.
34. Dilbaz N (1999) Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım. *Klinik Psikiyatri.* 2:179-188.
35. Ateş M A, Algül A, Gülsün M, Geçici Ö, Özdemir B, ve ark. (2009) Antisozyal kişilik bozukluğu olan genç erkeklerde aleksitimi, saldırganlık ve psikopati ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi.* 46:135-139.
36. Algül A, Ateş MA, Gülsün M, Doruk A, Semiz ÜB, ve ark. (2009) Antisozyal kişilik bozukluğu olgularında kendini yaralama davranışının saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve disosiyasyon ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg.* 10:278-285.
37. Biancosino B, Delmonte S, Grassi L, Santone G, Preti A, Miglio R, et al. (2009) Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *Nerv Ment Dis.* 197(10):772-782.
38. Tsiouris JA, Kim SY, Brown WT, Cohen IL (2011) Association of aggressive behaviours with psychiatric disorders, age, sex and degree of intellectual disability: a large-scale survey. *J Intellect Disabil Res.* 55(7):636-649.