

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

**SALDIRGAN HASTALARIN YATIŞTIRILMASINDA KULLANILAN
BASİTLEŞTİRİLMİŞ SAKİNLEŞTİRME MODELİNİN ETKİNLİĞİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Didem AYHAN

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**Ankara
2017**

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

**SALDIRGAN HASTALARIN YATIŞTIRILMASINDA KULLANILAN BASİTLEŞTİRİLMİŞ
SAKİNLEŞTİRME MODELİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Didem AYHAN

Psikiyatri Hemşireliği Programı

DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd.Doç.Dr. Duygu HİÇDURMAZ

Ankara

2017

**SALDIRGAN HASTALARIN YATIŞTIRILMASINDA KULLANILAN BASİTLEŞTİRİLMİŞ
SAKİNLEŞTİRME MODELİNİN ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzm. Hem. Didem AYHAN

Bu çalışma 23.06.2017 tarihinde jürimiz tarafından "Psikiyatri Hemşireliği Doktora Programı" nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Fatma ÖZ
(Hacettepe Üniversitesi)



Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Duygu HIÇDURMAZ
(Hacettepe Üniversitesi)



Üye: Doç. Dr. Satı DEMİR
(Gazi Üniversitesi)



Üye: Doç. Dr. Ebru AKGÜN ÇITAK
(Başkent Üniversitesi)



Üye: Yrd. Doç. Dr. Çiğdem YÜKSEL
(Sağlık Bilimleri Üniversitesi)



Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

Tarih 13 Temmuz 2017

(İmza) 

Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

- o **Tezimin/Raporumun tamamı dünya çapında erişime açılabilir ve bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir.**

(Bu seçenekle teziniz arama motorlarında indekslenebilecek, daha sonra tezinizin erişim statüsünün değiştirilmesini talep etmeniz ve kütüphane bu talebinizi yerine getirirse bile, teziniz arama motorlarının önbelleklerinde kalmaya devam edebilecektir)

- o **Tezimin/Raporumun 20/07/2020 tarihine kadar erişime açılmasını ve fotokopi alınmasını (İç Kapak, Özet, İçindekiler ve Kaynakça hariç) istemiyorum.**

(Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin/raporumun tamamı her yerden erişime açılabilir, kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisi alınabilir)

- o **Tezimin/Raporumun.....tarihine kadar erişime açılmasını istemiyorum ancak kaynak gösterilmek şartıyla bir kısmı veya tamamının fotokopisinin alınmasını onaylıyorum.**

- o **Serbest Seçenek/Yazarın Seçimi**

20/07/2017



Didem AYHAN

ETİK BEYANI

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Yrd. Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.


Didem AYHAN

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca heyecanıma ortak olan, değerli bilgileriyle bana yol gösteren, fikirlerimi destekleyerek çalışmalarımda beni cesaretlendiren değerli danışman hocam Yrd.Doç.Dr.Duygu HİÇDURMAZ'a,
Psikiyatri Hemşireliği eğitimimin her aşamasında bana katkı sağlayan başta Prof.Dr. Fatma ÖZ olmak üzere bütün değerli hocalarıma,
Çalışmamızın istatistiksel analizlerinde, yoğun çalışma temposuna rağmen yardımlarını esirgemeyen Doç.Dr. Türker TÜRKER'e
Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniğinde çalışan tüm meslektaşlarıma ve diğer mesai arkadaşlarıma
Lisans serüvenimde hemşirelik bilimi konusunda yol gösteren ve manevi destekleriyle her zaman yanımda olan kıymetli hocam Yrd.Doç.Dr. Çiğdem YÜKSEL'e,
Her zaman yanımda olan, beni her konuda destekleyen ve yalnız bırakmayan sevgili eşim ve aileme,

Çok teşekkür ederim.

ÖZET

Ayhan, D. Saldırgan Hastaların Yatıştırılmasında Kullanılan Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modelinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2017.Bowers'ın geliştirdiği "Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli'nin psikiyatri kliniğinde yatan hastalardaki saldırgan davranışın azaltılmasındaki etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışma kontrol gruplu müdahale çalışması olarak yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri Kliniğinde yatan ve saldırgan davranışları olan hastalar oluşturmuştur. Kontrol ve müdahale grubunda 64'er saldırgan hasta ile çalışılmış ve araştırmanın uygulaması Eylül 2015 - Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubundaki saldırgan hastalar izlenmiş ve klinik rutin bakımın uygulanması sağlanmıştır, müdahale grubunda ise saldırgan hastalara basitleştirilmiş sakinleştirme modeli uygulanmış ve hastalar bu yolla sakinleştirilmeye çalışılmıştır. Veriler hasta tanıtıcı bilgi formu, uygulama öncesi saldırganlık değerlendirme formu ve uygulama sonrası saldırganlık değerlendirme formu ile toplanmıştır. Verilerin analizinde Ki-kare, Mann Whitney U ve Odds Ratio testinden yararlanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda; uygulama sonrasında hastaların sözel saldırganlık davranışlarında herhangi bir değişim olmamıştır ($p>0,05$). Müdahale grubundaki hastaların fiziksel saldırganlık davranışlarında, saldırı sonucu personeli ya da diğer hastaları yaralama durumunun, saldırgan davranışlar sonucu ihtiyaç duyulan kimyasal ve mekanik tespitin sayı ve oranlarının kontrol grubundaki hastalara göre anlamlı düzeyde daha az olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Çalışma sonucunda psikiyatri kliniklerinde saldırgan davranışların ve davranışların istenmeyen sonuçlarının azaltılması ve önlenmesi için modelin kullanımı önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Saldırganlık, Saldırgan Hasta, Saldırganlık Yönetimi, Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli

ABSTRACT

Ayhan, D., Evaluation of the Effectiveness of De-Escalation Model in The Simple Form Used to De-Escalate Aggressive Patients, Hacettepe University Institute of Health Sciences Psychiatric Nursing Program Doctor of Philosophy Thesis, Ankara, 2017. This study was conducted as an intervention study with a control group to evaluate the effectiveness of the "De-Escalation Model in Simple Form" which was developed by Bowers in reducing the aggressive behavior in the psychiatric clinic. The sample of this study consisted of patients with aggressive behavior who were treated in the Psychiatric Clinic of Gülhane Military Medical Academy. In each of the intervention and control groups, 64 aggressive patients were included and this study was carried out between September 2015 - June 2016. Aggressive patients in the control group were observed and clinical routine care was provided for them; Simple Form De-Escalation Model was carried out with aggressive patients and patients were tried to be calmed down by this way in intervention group. The data were gathered by the help of the patient data sheet, pre-intervention aggression evaluation form and post-intervention aggression evaluation form. Chi-square, Mann Whitney U and Odds Ratio test were used for the data analyses. According to the results, at the end of the intervention while there were not any statistically significant change in verbal aggressive behaviors ($p>0,05$). Number and rates of physical aggression injuries as a result of aggression, chemical and physical restrictions were statistically significantly lower in the intervention group than in the control group. As a result of this study, use of this model is proposed in order to prevent aggressive behaviors and their undesirable consequences in psychiatric clinics.

Key Words: Aggression, Aggressive Patient, Aggression Management, De-Escalation Model in The Simple Form.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iError! Bookmark not defined.
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	Error! Bookmark not defined.
ETİK BEYANI	vi
TEŞEKKÜR	vii
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
İÇİNDEKİLER	ixi
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Saldırganlık ve İlişkili Kavramlar	6
2.2. Saldırganlık Kavramını Açıklayan Kuramlar	7
2.2.1. Psikanalitik Kuram	7
2.2.2. Etolojik Kuram	8
2.2.3. Dürtü Kuramı (Engellenme-Saldırganlık)	9
2.2.4. Sosyal Öğrenme Kuramı	10
2.3. Psikiyatri Kliniklerinde Saldırganlık	11
2.3.1. Saldırganlığın Türleri	11
2.3.2. Saldırganlığın Sıklığı	13
2.3.3. Saldırganlığın Oluşmasında ve Ortaya Çıkmasında Rol Oynayan Faktörler	13
2.3.4. Saldırganlığın Yönetimi	18
2.3.5. Saldırganlığın Yönetiminde Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli	20
2.4. Saldırganlığın Yönetiminde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü	25
3. GEREÇ ve YÖNTEM	28
3.1. Araştırmanın Şekli	28
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	28
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	29
3.4. Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.5. Veri toplama araçları	29
3.5.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)	29
3.5.2. Uygulama Öncesi Saldırganlık Değerlendirme Formu (EK-2)	30

3.5.3. Uygulama Sonrası Saldırganlık Değerlendirme Formu (EK-3)	30
3.6. Araştırmanın Uygulanması:	30
3.7. Verilerin Analizi	33
4. BULGULAR	34
4.1. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri	34
4.2. Bireylerin Hastalıklarına İlişkin Bilgiler	35
4.3. Kontrol ve Müdahale Gruplarının Saldırganlık Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar	36
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	46
6.1. Sonuçlar	46
6.2. Öneriler	48
7. KAYNAKLAR	50
8. EKLER	1
EK 1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu	
EK 2. Uygulama Öncesi Saldırganlık Değerlendirme Formu	
Ek 3. Uygulama Sonrası Saldırganlık Değerlendirme Formu	
Ek 4. Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli Öğretimi	
Ek 6. Gata Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı İzin Yazısı	
Ek 7. Etik Kurul Kararı	
Ek 8. Tanımlayıcı Verilere İlişkin Analizler	
9. ÖZGEÇMİŞ	

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bkz.	Bakınız
DSS	Decision Support System (Karar Destek Sistemi)
FSH	Follicle Stimulating Hormone (Folikül Uyarıcı Hormon)
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
LH	Luteinizan Hormone (Luteinleştirici Hormon)
NICE	National Institute of Health and Care Excellence (Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmellik Enstitüsü)
Ort.	Ortalama
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paketi)
TDK	Türk Dil Kurumu
TSH	Thyroid Stimulating Hormone (Tiroid Bezini Uyarıcı Hormon)
T₃	Triiyodotronin
T₄	Tiroksin

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Modelin oluşturulmasında kullanılan klinik güvenliğinin değerlendirilmesi	22
3.1. Araştırmanın uygulama akış şeması	32

TABLolar

Tablo	Sayfa
2.1. Saldırganlık çeşitleri ve davranışsal özellikleri	12
2.2. Saldırganlığın Oluşumunda ve Ortaya Çıkmasında Rol Oynayan Faktörler	18
4.1. Bireylerin tanıtıcı özellikleri	34
4.2. Bireylerin hastalıklarına ilişkin bilgiler	35
4.3. Uygulama öncesi saldırganlık durumlarının karşılaştırılması	37
4.4. Uygulama sonrası saldırganlık durumlarının karşılaştırılması	38
4.5. Uygulama sonrası saldırganlık sayılarının karşılaştırılması	39
4.6. Kontrol ve müdahale gruplarının uygulama sonrası saldırganlık durumlarının karşılaştırılması	41

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Saldırganlık ve şiddet dünya üzerinde her yıl 1.3 milyon bireyin ölümüne yol açmaktadır. Genç-yetişkin ölüm nedenleri arasında dördüncü sırada yer alan saldırganlık, acil servise yapılan yaralanma sonucu başvurularında %47'sini oluşturmaktadır (1).

Saldırganlık kavramı değişik başlıklar altında ele alınsa da temelde; kendine, çevresine ve eşyalara zarar verme fiziksel saldırganlık olarak; küfür, aşağılama, tehdit içerikli ifadeler sözel saldırganlık olarak tanımlanmaktadır. Saldırganlık, kişilere ve nesnelere verdiği zarar hesaba katıldığında, yıkıcı ve kabul edilemez bir davranış olarak değerlendirilmektedir (2).

Saldırganlık ve şiddetin meydana gelmesinde; bireysel, nörobiyolojik, sosyal, çevresel ve ekonomik faktörlerin etkili olduğu kabul edilmektedir (3). Saldırganlık ve şiddet, potansiyeli olan bireyin içinde bulunduğu etkileşimlerin tamamında açığa çıkabilmektedir. Özellikle bireylerin engellendikleri, kısıtlandıkları, kendi yaşamları üzerinde karar verici rollerini yitirdikleri ve kişisel hak ve özgürlüklerinden mahrum olduklarını düşündükleri durumlarda, saldırganlık ve şiddetin meydana gelme riski artmaktadır. Sağlığın kaybı, tedavi ve bakım alma gereksinimi gibi nedenlerle hastaneye yatışların gerçekleştiği durumlarda saldırganlık ve şiddetin gözlenebilir olması bu bağlamda ele alınabilir. Sağlık alanında saldırganlık ve şiddeti inceleyen yayınlar (4-6) dikkate alındığında, saldırgan davranışın en sık ortaya çıktığı iki kliniğin psikiyatri ve acil, en çok yöneltildiği grubun ise hemşireler olduğu dikkati çekmektedir (5,8,9).

Psikiyatri kliniklerinde saldırganlık ve şiddetin açığa çıkmasını etkileyen faktörler arasında bireysel farklılıklar, psikopatolojiye ilişkin değişkenler ve sağlık ekibinin saldırganlığa ilişkin bilgi, beceri, tutum ve davranışları yer almaktadır (10-12). Bireysel farklılıklar saldırganlığa ilişkin algıları ve verilen tepkileri etkilerken, psikopatolojiye ilişkin değişkenler saldırganlığın açığa çıkmasının bir yordayıcısı olabilirler. Fazel ve arkadaşlarının yaptığı bir meta analiz çalışmasına göre, şizofreni tanısı ile takip edilen bireylerde saldırganlık ve şiddet içeren davranış genel

popülasyona oranla istatistiksel olarak anlamlı biçimde fazladır (13).Şizofreniye ek olarak, madde kullanım öyküsü ve kişilik bozukluğu tanılarının olması saldırganlık ve şiddet davranışının sık görüldüğü klinik tablolardır (14). Ülkemizde yapılan bir çalışmada şiddet davranışı açısından madde kullanım eş tanısı bulunan şizofreni tanılı hastalar ile bulunmayan hastalar karşılaştırılmış ve madde kullanımı olan grupta şiddet davranışı oranının, kullanımı olmayan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu ortaya koyulmuştur (15). Yapılan çalışmalarda en çok saldırgan davranış sergileyen bireylerin özelliklerinin; genç, erkek, psikotik bozukluğu olan, antisosyal kişilik bozukluğu olan ve madde bağımlısı olan hastalar olduğu bulunmuştur (7,8). Bir psikiyatri hastanesinde yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada ise 101 şizofreni hastasından %21.8'inin şiddet davranışı gösterdiği, hastaların bu davranışı %27.6 oranında birinci derece yakınlarına, %4.5 oranında ise tanımadığı insanlara yönelik gerçekleştirdiği belirlenmiştir(16).Hastaların tanımadığı kişiler arasında özellikle ilk karşılaşmalarda hemşireler bulunmaktadır. İsviçre'de, psikiyatri kliniğinde yapılan bir çalışmada, hemşirelerin %70'inin en az bir kez saldırıya uğradıkları ve saldırıya uğramayanların ise %72'sinin saldırıyı yüksek düzeyde tehdit olarak gördükleri ortaya konmuştur(10). Türkiye'de yapılan bir çalışmada psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelere son bir yılda iş yerinde şiddete uğrama sıklığı sorulduğunda, %71.7'nin sözel şiddet,%28.3'ünün fiziksel şiddete uğradığı bulunmuştur(17).

Sağlık ekibinin saldırganlığa ilişkin bilgi, beceri, tutum ve davranışları saldırganlığın açığa çıkmasının diğer yordayıcıları arasındadır. Hastaların saldırgan davranışları karşısında, sağlık çalışanlarının empatik ve güven veren yaklaşımı büyük önem taşımaktadır(18).Hastanın saldırganlığını ortadan kaldırmaya yönelik uygun olmayan müdahaleler, kaliteli hasta bakımını, sağlık çalışanlarının, diğer hastaların ve hasta yakınlarının güvenliğini tehlikeye atabilmektedir(11,12). Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda saldırganlığın önlenmesi ve krizin etkili şekilde yönetilebilmesi için sağlık personelinin kendi duygularının farkında olması ve uygun yaklaşımla müdahale için gereken doğru bilgiye sahip olması beklenmektedir. Sağlık personelinin bir saldırganlık olayı karşısındaki algısı, vereceği tepkinin ve hastaya

yaklaşımının da belirleyicisi olmaktadır. Saldırganlık nedenlerinin iyi bilinmesi, istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını da önlemektedir(19). Ortamda şiddet olayına neden olabilecek risklerin tanınması ve kontrolünde hemşireye ve sağlık ekibinin diğer üyelerine önemli roller düşmektedir.

Gün boyunca hastalarla birlikte olan hemşirelerin, hastayı gözlemleme, bu yolla olası tehlikeleri ön görme ve uygun girişimlerde bulunma yönünden diğer sağlık çalışanlarına göre daha öncelikli bir konumu bulunmaktadır. Psikiyatri kliniklerinde saldırganlık ve şiddet meydana geldiğinde hastayla ilk karşılaşan, hastaya ilk müdahale eden, olayı kontrol altına almaya çalışan ve ilerleyen zamanlarda olayın ve uygulamaların hasta üzerindeki etkilerini gözleyen ve takip eden psikiyatri hemşireleridir ve hemşirelerin hastaya yaklaşırken nasıl bir yöntem izleyeceği oldukça büyük önem taşımaktadır(14).

Hastaların ajite, eksite ve saldırgan olma riskinin diğer kliniklere göre daha yüksek olduğu psikiyatri kliniklerinde (18,20,21) çalışanların yaşadıkları güvenlik endişeleri(20,22), saldırgan hastaya yaklaşımda zarar görebilecekleri düşünceleri ile tedirgin hissetmelerine ve hastayla daha az temasa geçerek sorunu en hızlı yöntemle çözmeyi istemelerine yol açmaktadır(23). Bu tedirginlik sonucunda durumun çalışanlarca iyi yönetilememesi, psikiyatride saldırgan hastaya yaklaşımda baskıcı ve zorlayıcı yaklaşımlar olan tecrit, fiziksel, mekanik ve kimyasal tespitin daha geçerli yöntemler gibi görülmesine yol açabilmektedir(24,25).

Klasik yaklaşım olarak adlandırılan tespit ve tecrit gibi baskılayıcı ve zorlayıcı yaklaşımlar(25), hemşirenin kendini güvende hissetmesini anlık olarak sağlayabilse de uzun vadede psikiyatri kliniğinde yatan hasta, bu durum için hemşiresini ve diğer sağlık ekibini suçlayabilmekte, başka saldırganlık atakları tetiklenebilmektedir(26). O nedenle hemşirelerin, baskıcı-zorlayıcı yöntemler yerine hastayı anlamaya çalışan, yardım edici ve hasta yararına alternatif yaklaşımlar uygulaması önerilmektedir(25). Saldırganlığı yatıştırmaya yönelik olarak ortaya çıkan bu yeni anlayış beraberinde yeni yaklaşım modellerinin geliştirilmesini sağlamıştır. Bu modellerde çözüm arayışına odaklı, saygı ve empati içeren yöntemlerle hastanın sakinleştirilmesi hedeflenmektedir (21,25,27). Ülkemizde saldırgan hastaya yaklaşım çoğunlukla

baskıcı-zorlayıcı yöntemleri içermekte, saygı ve empati içeren girişimlerde bulunmaya çalışılan sınırlı sayıda birimlerde bu girişimler kişisel bilgi ve deneyimlerle sınırlı kalmakta, konu hakkında elde edilmiş kanıtlara dayalı yaklaşım modeli bulunmamaktadır. Bu durum saldırgan hastaya yaklaşımda, psikiyatri alanında hemşirelerin güçlükler yaşamasına yol açmakta ve standart bir yaklaşıma ihtiyaç duyulmasına neden olmaktadır. Konu hakkında ülkemiz alan yazınında yer alan kanıta dayalı bir yaklaşım modeline rastlanmamakla birlikte uluslar arası alan yazınında saldırgan hastaya yaklaşım konusunda yol gösterici çalışmalar olsa da sistematik biçimde bir araya getirerek bir model ortaya koyan Bowers'ın çalışmasına rastlanmıştır. Bowers'ın geliştirdiği "Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli" saldırgan hastaların yatıştırılması için sağlanması gereken atmosferi, sahip olunması gereken becerileri ve uygulaması gerekli olan adımları somut ve net olarak ortaya koyan bir modeldir. Modelin psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılması ve saldırganlığı yatıştırmadaki etkinliğinin değerlendirilmesi konu hakkında ihtiyaç duyulan kanıta dayalı veri tabanına önemli katkılar sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; Bowers'ın geliştirdiği "Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli (The De-Escalation Model in Simple Form)"nin psikiyatri kliniğinde yatan hastalardaki saldırgan davranışın azaltılmasındaki etkisinin değerlendirilmesidir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₁₋₁: Uygulama sonrasında müdahale grubundaki hastaların personele ve diğer hastalara yönelik sözel saldırganlık davranışlarında kontrol grubuna göre azalma olacaktır.

H₂₋₁: Uygulama sonrasında müdahale grubundaki hastaların personele ve diğer hastalara yönelik fiziksel saldırganlık davranışlarında kontrol grubuna göre azalma olacaktır.

H₃₋₁: Uygulama sonrasında müdahale grubundaki hastaların saldırganlık sonucu, personel ve diğer hastaları yaralama davranışlarında kontrol grubuna göre azalma olacaktır.

H₄₋₁: Uygulama sonrasında müdahale grubundaki hastaların saldırgan davranışları sonucu kimyasal tespit ihtiyacında kontrol grubuna göre azalma olacaktır.

H₅₋₁: Uygulama sonrasında müdahale grubundaki hastaların saldırgan davranışları sonucu mekanik tespit ihtiyacında kontrol grubuna göre azalma olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Saldırganlık ve İlişkili Kavramlar

“Bireyin kendi düşünce ya da davranışlarını, dıştaki direnmelere karşın zorla karşısındakilere benimsetme çabası”(28) olarak tanımlanan saldırganlık; zarar verici davranışlardan oluşan bir bütündür(29). Klinik açıdan ise, yıkıcı sesli (çığlık atmak), sözel ve fiziksel davranışların bir veya birkaçını içeren, bireyin kendisine ve/veya çevresindeki birey ve objelere zarar verici davranışlarıyla karakterize olan, kendisi ve sağlık ekibi dâhil olmak üzere ortamdaki bireylerin güvenliğini tehlike altına sokan bir durumdur (6,10,14). Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ise saldırganlık; “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 şiddet 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 tanımlanmaktadır (30). Bir başka deyişle şiddet, saldırganlığın yöneltildiği unsurlara zarar vermesidir (31). Şiddet içeren davranışlar; uygulayıcısı tarafından bilinçli olarak karşısındaki birey veya bireylere karşı amaçlar doğrultusunda çıkar elde etmek, onlara karşı üstünlük ya da hâkimiyet kurmak, istenilen hal ve hareketlerin elde edilmesini sağlamak, imtiyaz ya da ayrıcalık sağlamak, saygınlık ya da sevgi kazanmak, kısacası maddi ve manevi çıkar ve menfaatlerin elde edilmesini sağlamak amacı ile yapılan hal ve hareketlerin tümüdür (32). Şiddet, saldırgan davranışa güç ve zor kullanımının eşlik ettiği davranış biçimi olarak özetlenebilir (29). Şiddet içerikli davranışlar üzerinde uygulandığı bireylerin yaşam, özgürlük, irade, istek, hak ve sağlıklarına zarar verir, bunları tamamen ya da geçici bir süreliğine ortadan kaldırmayı hedefler (32).

Saldırganlıkla beraber sıklıkla anılan diğer kavramlar ise ajitasyon ve eksitasyondur. Türkçe karşılık olarak kıskırtma (33) anlamında kullanılan ajitasyon kavramı sağlık alanında huzursuzluk ve gerginliğin eşlik ettiği, amaca yönelik olmayan motor hareketlilik olarak tanımlanmaktadır (34). Şizofreni, bipolar-manik atak, anksiyete bozuklukları, depresyon gibi birçok psikiyatrik tanı ile ilişkili olarak

hastalarda ajitasyon tablosu görülebilmektedir (35). Ajitasyonun artmış hali ise eksitasyon olarak tanımlanmaktadır (29). Kortekste yer alan sinir merkezlerinin aşırı derecede uyarılması sonucu meydana gelen sensomotorik duyarlılığın ileri derecede artması ve buna bağlı psikomotor hareketlilikte artma durumudur (31). Eksitasyon durumunda, huzursuzluk ve gerginlik hissinin eşlik ettiği iyice artmış psikomotor hareketlilik sonucu hastalar saldırganlığa yatkın hale gelmektedirler.

2.2. Saldırganlık Kavramını Açıklayan Kuramlar

2.2.1. Psikanalitik Kuram

Psikanalitik kuramın kurucusu olan Sigmund Freud'a göre insanın iki temel içgüdü vardır; bunlardan biri yaşama içgüdüğü diğeri ise ölüm içgüdüğüdür. Libido -yaşam enerjisi-hayatta kalma içgüdüğünü temsil ederken, thanatos-ölüm içgüdüğü- ise saldırganlık ile açıklanmıştır (2,29). Daha sonra Freud ve Lorenz saldırganlığın özelliklerine, içgüdüsellik ya da impulsiviteyi eklemiştirlerdir. Kuramda, birey yaşam ve ölüm içgüdüğü arasında denge kurma çabası içindedir. Ölüm içgüdüğü güçlendiğinde birey, hiç olma isteğini dönüştürerek saldırganlık davranışı ile dışa vurmaktadır. Bu içgüdüğünün yoğunluğu diğeri birey ve nesnelere yönelik saldırganlığı arttırmaktadır (36,37).

Diğeri psikanalistler ölüm içgüdüğü konusunda birbirlerinden farklı görüşler bildirmişlerdir. Bir grup bu kuramı tümüyle benimserken, bir diğeri grup fizik yönü nedeniyle ölüm içgüdüğü yerine saldırganlık içgüdüğü kavramını kullanmış ve libido ile denk bir kuvvet ile kişiye etki ettiğini savunmuştur. Üçüncü bir grup psikanalist ise saldırganlığın, "tepkisellik" ile açıklamasına katılmışlardır (2,37,38).

Diğeri taraftan Horney, ölüm ve saldırganlık içgüdüğülerini reddetmiş ve saldırganlığın ortaya çıkmasına farklı bir açıklama getirmiştir. Horney'e göre saldırganlığın temelinde anksiyete yatmaktadır. Bireyin etrafı tehlikelerle doludur ve birey bu tehlikeler karşısında çaresiz ve yalnızdır. Bireyin doğumu ile beraber, ihtiyaçlarının giderilip giderilmemesi, ebeveyn tutumu, kardeş sayısı, sorumlulukları, onay görüp görmemesi, takdir edilip edilmemesi gibi dış çevresi ile ilişkisi/teması bireyde bir takım duyguların oluşmasına ve bunlarla baş etme yöntemleri

geliştirmesine ve savunma mekanizmalarını kullanmasına neden olmaktadır. Bütün bu temaslar temelde anksiyete duygusunu ortaya çıkarır ve birey bunun üstesinden gelmeye çalışır. Benlik bütünlüğünü korumaya çalışırken, benliğine rahatsızlık veren anksiyeteyi oluşturan her türlü uyarıyı da tehdit olarak algılar ve bunun bir sonucu olarak da saldırgan davranışlar gösterebilir (36,37).

2.2.2. Etolojik Kuram

Analiitik kuram gibi iç güdü kuramlarından bir diğeri olan etolojik kuram, hayatın devamını sağlamak için türlerin saldırgan davranışlar gösterdiğini tespit edip, saldırganlığın evrimin bir parçası olduğunu söylemektedir (39). Buna karşın saldırganlığı içgüdüsel bir durum olarak açıklayan analistlerden Lorenz dış uyarılara bağlı olmaksızın bu enerjinin var olduğunu ve bunun saldırılan hedeften bağımsız olduğunu ileri sürmüştür. Lorenz'e göre birey savaşta olduğu için birini öldürmez, zaten saldırganlık içgüdüsel olduğu için savaş başlatmaktadır (39-41). Doğruluk payı olduğu düşünülse de öğrenme, kültürel ve ahlaki gelişim kavramlarının eksikliği açısından değerlendirildiğinde kuram bu yönüyle eleştiri almaktadır (41).

Etolojik araştırmalar diğeri canlıların saldırgan davranışlarının bir dış uyarıya da tehdit ile tetiklendiğini ortaya koymuştur (2,37,40). Bununla beraber kuram, saldırganlığı tanımlarken fizyolojik ve biyolojik bir yönü olduğundan da bahsetmektedirler (37). Hayatın devamlılığını sağlamak üzere gelişmiş ve nesiller arası aktarılmış olan içgüdüsel yapı tehlike karşısında hormonal değişikliklerle kaç ya da savaş doğrultusunda hareket etmeye sebep olmaktadır (40,41). Fizyolojik olarak, ekstremitelere kan dolaşımının artması, adrenalin hormonunun salınımının artması, sempatik sinir sisteminin uyarımı, organizmada saldırgan davranışların sebebi sayılabilmektedir (39,42). Biyolojik olarak ise, temporal lob ve korteksin saldırgan davranışlar sırasında aktive olduğu, görüntüleme çalışmaları ile belirlenmiştir(38-41).

Etolojik alandaki çalışma ve gözlemler arttıkça kalıtım, içgüdü, çevresel faktör ve uyaranların birbirlerinden keskin çizgilerle ayırımı giderek zayıflamış, bunların arasında ilişkiler kurmanın daha doğru olduğu anlayışı benimsenmiştir (37,42).

2.2.3. Dürtü Kuramı (Engellenme-Saldırganlık)

Dürtü kuramı saldırgan davranışları engellenme ile ilişkilendirmiş ve bireyin engellenmesi sonucu ortaya çıkan bir dürtü ile harekete geçtiğini ileri sürmüştür. Dürtü kuramı analitik kuramdan faydalanarak geliştirilmiştir(2,43). Kuram ilk ortaya çıktığında her ne kadar içgüdü kuramı bağlamında şekillenmiş olsa da, zaman içerisinde saldırganlık kavramı içgüdüden tamamen ayrı tutularak dürtüsellik bağlamında ele alınmıştır (37).

Bu kurama göre saldırganlık; zarar verici yıkıcı davranış olarak açıklanmaktadır (42,43). Bireyin hedefine ulaşmasının ya da hedefe ulaştıracak davranışın engellenmesi dürtüsel olarak saldırganlığa sebep olmaktadır (36,37,43). Engelleme ya da engellenmeye sebep olan faktöre yönelen dürtüsel davranış zarar verici ve yıkıcı eylemleri kapsar. Engellenme dışsal faktörlere bağlı olarak gelişirse, saldırgan davranışlar bu dışsal faktörlere yönelebilir. Engellenme içsel faktörlere bağlı olarak da gelişirse, bu durumda birey saldırganlığı kendisine yöneltebilir. Bu kuramla birlikte saldırganlık ve tahrik kavramları arasındaki bağlantı da kurulmuştur. Engellenen hareket, bireyi tahrik ederek tepkiselliğe neden olmaktadır. Tahriğin sıklığı, şiddeti süresi ve yoğunluğu saldırgan davranışın gücünü etkilemektedir (2,36,37,44,45,46).

Kurama yapılan eleştiriler engellenme karşısında bireyde saldırganlık harici davranışların da ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Yöneltilen bu eleştiriler, bireysel farklılıkların, kişilik özelliklerinin, deneyimlerin, alışkanlıkların engellenme karşısında verilen tepkilerde değişikliklere neden olduğunu iddia etmiştir (2,37).

Bu eleştiriler ışığında kuramcılardan Berkowitz, engellenme çeşitlerinden hangilerinin saldırgan davranışlara sebep olduğunu tanımlamaya çalışmıştır. Başlangıçta dürtü ne kadar güçlüyse ve ne kadar katı bir tutumla engelleniyorsa bu orantıda saldırgan davranışlara veya kaçma eylemine neden olduğu ileri sürülmüş

ancak sonrasında duygusal tepkileri de kurama dâhil etmiştir. Duygusal bileşenlerin kurama eklenmesiyle beraber engellenmenin sonucunun her zaman saldırganlık olmadığı yani her saldırganlığın nedeninin de engellenme olmadığı (sadece engellenmenin saldırganlığa yol açmadığı), saldırganlığın tek bir sebep ve tek bir sonuca bağlanamayacağı anlaşılmıştır (37,38,44). Birey, kişisel özellikleri, engeller karşısındaki güçsüzlük algısı, sonuçların göze alınabilir olup olmamasıyla ilişkili olarak engellenme karşısında farklı duygular hissedebilmektedir (44-46). Bu duygular bireyin engellenme karşısında vereceği tepkiyi etkilemektedir. Birey engellenme karşısında korku hissediyorsa kaçma davranışı, öfke hissediyorsa saldırgan davranış gösterebilir.

2.2.4. Sosyal Öğrenme Kuramı

Sosyal öğrenme kuramına göre birey, içinde bulunduğu ortamla sürekli etkileşim halindedir ve davranışlarını bu etkileşim sonucunda değiştirir ya da yenilerini geliştirir (45,47,48). Bu kuramda saldırganlık kavramı çevre koşulları açısından değerlendirilmekte ve saldırganlık uyaranlar bağlamında ele alınmaktadır.

Saldırganlığa neden olan faktörler çevreden gelmektedirler ve bu uyaranlara yanıt olarak saldırganlığın ortaya çıkması da yine çevreden öğrenilmektedir. Sosyal öğrenme kuramının diğer kuramlardan farkı içgüdülerin aktive olmasında “tahrik” kadar “teşvik” kavramının da önemli olmasıdır. Eylem sonucu beklenen fayda davranışı pekiştirmektedir. Bu nedenle kuram, bireyi saldırgan davranışa yönelten pekiştireçleri değerlendirmiş ve “araçsal öğrenme” ve “gözlem ve model alma yolu ile öğrenme” kavramları ile saldırganlığı açıklamıştır (2,36,37,44,45).

Araçsal Öğrenme Kuramı'na göre, bir davranışın pekiştirilmesi ya da ödüllendirilmesi, o davranışın yinelenme sıklığını artırır. Saldırgan davranış karşısında ödül alan (onaylanan, sevilen, ilgi gören, istediğini elde eden ya da aldığı haz ve doyum artan) birey bu davranışını farklı ortam ve durumlar karşısında da tekrarlama eğiliminde olmaktadır (44,45,47).

Gözlem ve Model Alma Yoluyla Öğrenme Kuramı'na göre ise saldırganlık, pekiştireç varlığının yanı sıra gözlemleyerek ve saldırgan başka bireyleri model

olarak da öğrenilebilir. Çocukların, ebeveynlerinin ya da bakım vericilerinin davranışlarını taklit etmeleri, olay ve durumlar karşısında verdikleri tepkileri gözlemlenmeleri ile kendi davranışlarını şekillendirmeleri bu kuram ile açıklanmıştır (45). Bu kurama göre, model alma ile çocuklar/bireyler yeni saldırgan davranışlar öğrenebilir ve modelden öğrenilenlere ilave olarak, diğer saldırgan davranışlarının sayısı da artabilir. Saldırgan davranışlarının ödüllendirilmesi, gözlemcide dolaylı pekiştirici görevi gören bir diğer unsurdur (36,37,45). Bu dolaylı pekiştirici sayesinde bu davranışlar daha kolay uygulanabilir hale gelmektedir. Gözlemcinin taklit ettiği davranış doğrudan ve ardı ardına pekiştirildiğinde, saldırgan davranış yerleşik hale gelmekte ve sıklıkla ortaya çıkmaktadır(47,48).

2.3. Psikiyatri Kliniklerinde Saldırganlık

Psikiyatri klinikleri hasta grubunun özellikleri nedeniyle saldırganlığın daha sık görüldüğü kliniklerdir (10-12). Bu kliniklerde hizmet alan grup çoğunlukla, gerçeği değerlendirme yetisi bozulmuş, kaygı düzeyi yüksek, madde kullanımı olabilen, düşünce süreçlerinde bozulma olan, kognitif fonksiyonlarında çeşitli düzeylerde değişme olan bireylerdir. Bireylerin hastalıklarına bağlı olarak dürtü kontrolleri azabilmekte, kliniklerin fiziki şartları ve kuralları göz önüne alındığında bireyler çok fazla engellenme ile karşılaşabilmektedir (49). Bu faktörler, saldırgan davranışların diğer kliniklere oranla psikiyatri kliniklerinde daha sık açığa çıkmasında rol oynamaktadır.

2.3.1. Saldırganlığın Türleri

Saldırganlığın sınıflandırılmasında değişik bakış açıları bulunmakla birlikte, genellikle saldırganlık yöntem, yönelim ve ifade ediş biçimine göre sınıflandırılmaktadır. Bu sınıflama kapsamında saldırganlık sözel ya da fiziksel; aktif ya da pasif; doğrudan ya da dolaylı biçimde gruplandırılmaktadır. Bu sınıflamaya ilişkin ayrıntılı bilgi Tablo 2.1' de sunulmaktadır (50).

Yöntemine göre saldırganlık, sözel ve fiziksel olarak sınıflandırılmıştır. Sözel saldırganlık, aşağılama veya tehdit içeren sözel tepki ile muhatabı zedeleyici, zarar

verici davranışlar ve konuşmalardır. Fiziksel saldırganlık ise, muhatabına fiziksel zarar vermeyi amaçlayan davranışlardır (2,37,51).

Yönelimine göre saldırganlık doğrudan veya dolaylı olabilir. Doğrudan saldırganlık, muhatabın varlığında ve muhataba yönelik ortaya çıkarken, dolaylı saldırganlık ise muhatap dolaylı yoldan ve belli bir mesafeden zarar görür (37,51).

İfade edilmiş biçimine göre saldırganlık aktif ve pasif olarak sınıflandırılmaktadır. Aktif saldırganlık, muhataba zarar verici uyarının enstrümental (araçsal) bir tepki olarak iletimini içerirken, pasif saldırganlık ise muhatabın amacını gerçekleştirilmesine mani olmak olarak açıklanabilir (2).

Tablo 2.1.Saldırganlık çeşitleri ve davranışsal özellikleri

Saldırganlık tipi			Örnek
<i>Sözel</i>	<i>Aktif</i>	<i>Doğrudan</i>	<i>Toplum içinde kişiyi aşağılama ya da saygınlığını yitirmesine neden olma</i>
<i>Sözel</i>	<i>Aktif</i>	<i>Dolaylı</i>	<i>Diğer bir kişi hakkında kötü niyetli söylentiler yayma ya da dedikodu yapma</i>
<i>Sözel</i>	<i>Pasif</i>	<i>Doğrudan</i>	<i>Diğer bir kişiyle konuşmayı ya da sorusunu cevaplamayı reddetme</i>
<i>Sözel</i>	<i>Pasif</i>	<i>Dolaylı</i>	<i>Belirli sözel yorumlar yapmada yetersiz olma; bir kişi haksız yere eleştirildiğinde ya da suçlandığında, diğer kişinin savunması karşısında ne düşündüğünü açıkça söylememe</i>
<i>Fiziksel</i>	<i>Aktif</i>	<i>Doğrudan</i>	<i>Bıçaklama, yumruk atma, ateş etme</i>
<i>Fiziksel</i>	<i>Aktif</i>	<i>Dolaylı</i>	<i>Mayın döşeme, tuzak kurma ya da kiralık katil tutma</i>
<i>Fiziksel</i>	<i>Pasif</i>	<i>Doğrudan</i>	<i>Birinin amaca ulaşmasını ya da istediği eylemi gerçekleştirmesini fiziksel olarak engelleme</i>
<i>Fiziksel</i>	<i>Pasif</i>	<i>Dolaylı</i>	<i>Görevi yapmayı reddetme</i>

(Rippon T.J. (2000)Aggressionandviolence in healthcareprofessions. Journal of Advanced Nursing, 31(2): 452-60.)

2.3.2. Saldırganlığın Sıklığı

Sağlık bakım kurumlarında çalışanlara yönelik saldırganlık ve şiddetle ilgili yapılan çalışmalarda, elde edilen verilere göre, psikiyatri kliniklerinde çalışanlar saldırganlık ve şiddet içeren davranışlar açısından daha çok risk altındadır (12,37). Annagür çalışmasında Türkiye'deki psikiyatri kliniklerinde saldırganlığın açığa çıkma sıklığının artmasının bir nedeninin, hastalar tarafından bunun bir problem çözme davranışı olarak kullanılması olduğunu belirtmiştir (9). Hasta ile sürekli bir arada olan hemşirelerin diğer sağlık personeline oranla saldırgan davranışa maruz kalma ve şiddete uğrama riski daha yüksektir (52-54). Minnesota da yapılan bir çalışmaya göre de, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin diğer kliniklerde çalışan meslektaşlarına göre saldırıya uğrama riski iki kat fazladır (55).

Bilgin ve Buzlu(55), psikiyatri kliniklerinde görev yapan hemşirelerin yarısının hastalar tarafından saldırıya uğradıklarını belirlemiştir. Coşkun ve Öztürk (57) çalışmasında, hemşirelerin %50,4'ünün fiziksel,%86'sının sözel saldırıya uğradıklarını belirtmiştir. ABD'de yapılan bir araştırma(58),sağlık personeli arasında saldırgan davranışla daha çok karşı karşıya gelen grubun hemşireler olduğunu ve psikiyatri kliniklerinde görev yapan hemşirelerin %75'inin meslek hayatı boyunca en az bir kez fiziksel saldırıya uğradıklarını göstermektedir. İrlanda'da yapılan bir çalışmada da benzer sonuçlara ulaşılmış ve hemşirelerin %80'inin sözel ve fiziksel saldırganlığa uğradığı gösterilmiştir(59).

2.3.3. Saldırganlığın Oluşmasında ve Ortaya Çıkmasında Rol Oynayan Faktörler

Saldırganlığı oluşturan ve ortaya çıkaran nedenler aynı zamanda saldırganlık riskinin değerlendirilebilmesini de sağlamaktadır. Saldırgan davranışı ortaya çıkmadan fark etmek ve önlem almak, ortaya çıktıktan sonra etkili biçimde yönetmek ilgili risklerin iyi değerlendirilebilmesi ile mümkün olmaktadır. Saldırganlığın oluşmasında ve ortaya çıkmasında rol oynayan faktörler tablo 2.2'de de örneklendirildiği ve gösterildiği üzere, hasta, çevre ve personel ile ilgili faktör olarak üçe ayrılmıştır.

Hasta ile ilgili faktörler

Saldırganlığın oluşmasında ve ortaya çıkmasında rol oynayan hasta ile ilgili faktörler arasında, bireyin yaş, cinsiyet, ekonomik düzey gibi demografik verileri, genetik yapısı, hormonal düzeyi, nörokimyasal yapısı, hastalığının aktif dönemde olması, pozitif semptomları içermesi ve kriz içeren psikososyal yaşantıları yer almaktadır. Yaşı genç olan hastalarda saldırgan davranışın daha sık ortaya çıktığını destekleyen çalışmalar bulunmaktadır (60-64).Cinsiyet değerlendirildiğinde bazı çalışmalarda cinsiyet farkının saldırganlığın ortaya çıkmasında belirleyici bir faktör olmadığı açıklanırken (65,66), erkeklerde fiziksel saldırganlığın daha yaygın ortaya çıktığını açıklayan çalışmalar da bulunmaktadır (62-64).Ekonomik düzeyin düşük olması risk faktörlerinden bir diğeri olarak tanımlanmaktadır (67-69). Saldırgan davranış, antisosyal kişilik bozukluğu ve genetik yapı ile ilgili yapılan çalışmalarda antisosyal fenotip ile ilişkili değişkenlerin yaklaşık olarak %5'sinden genetik faktörlerin sorumlu olduğu bulunmuştur (70,71).Kromozom anormalliklerinden, cinsiyet kromozomlarının fazlalığı (XXY ve XYY karyotipleri), santral sinir sisteminde gelişim kusurlarına yol açarak saldırganlığa yatkınlık oluşturabilmektedir. DNA polimorfizmi de, saldırgan davranışlar açısından risk faktörleri arasında sayılmaktadır (3).

Saldırgan davranış üzerinde etkisi olduğu düşünölen, hasta ile ilgili durumlardan bir diğeri hormonal farklılık ve değişimlerdir. Saldırganlığı etkileyen hormonal değişiklikler; tiroid bezini uyarıcı hormonun (TSH) azalması T₃ (triiyodotronin) ve T₄(tiroksin)'ün artışı, testesteron artışı, adrenalin artışı ve Lüteinleştirici hormon (LH) ve folikül uyarıcı hormonun (FSH) inhibasyonudur. Nörokimyasal açıdan dopaminerjik sistem aktivasyonunun ve serotonin inhibasyonunun saldırgan davranışları arttırdığı yapılan çalışmalara desteklenmiştir (39,42). Bazı psikiyatrik hastalıklarda nörokimyasal değişikliklerin bu yönde olması, hastalığın pozitif bulgularını da meydana çıkarmaktadır. Bu nedenle pozitif bulgularla saldırganlık arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu ileri sürölmüştür (3,41). Steinert'in çalışmasında pozitif belirtilerle seyreden psikotik hastalıklarda,

kadın cinsiyetinde saldırgan davranışların daha çok ortaya çıktığı ortaya konmuştur (65).

Saldırgan davranışlar üzerinde predispozan ve presipitan olduğu düşünülen bir diğer faktör ise bireyin psikososyal hayatıdır. Psikososyal yaşantılar incelendiğinde; travma öyküsü, istismara uğrama gibi kriz yaşantılarının var olmasının saldırganlık üzerinde pozitif etkisi olduğu bulunmuştur (52).

Çevre ile ilgili faktörler

Kalabalık, gürültü, ısı, yetersiz aydınlatma gibi fiziksel ortamdaki yetersizlikler, klinik aktivitelerine ilişkin sorunlar, hastanın özgürlüğünü kısıtlayan hastane prosedür ve kuralları, personelin ve diğer hastaların kışkırtıcı davranışları hastanın saldırgan davranışının ortaya çıkmasında rol oynayan çevresel faktörler arasında sayılmaktadır (6,7).

Fiziksel ortam; hastanın içinde bulunduğu ortamı, hasta sayısını, gürültü, ısı, aydınlatma ve havalandırma durumunu, oda şartlarını (çok kişilik olması, tuvalet ve banyo olanakları, refakatçi kalabilmesi vb.), uyaran fazlalığını kapsayan, kliniğin genel fiziki durumudur. Hasta sayısının fazla olması, gürültü, ısının optimum seviyeden fazla ya da az olması, aydınlatmanın yetersiz ya da gereğinden çok oluşu, hasta güvenlik tedbirleri gereği kilitli camlar ile oluşan havalandırmaya ilişkin sorunlar, havalandırma sistemlerinin yetersiz kalması, çok kişilik odalar ile mahremiyetin ihlali terapötik ortamı olumsuz etkileyerek saldırganlık riskini arttırmaktadır (14,18,25).

Psikiyatri kliniğinde düzenli bir aktivite planının olmaması hastalarda kafa karışıklığına neden olabileceği gibi, güven ortamına ilişkin sorunları da beraberinde getirmektedir. Psikiyatri kliniklerinde hangi gün ve saatlerde hangi aktivitelerin, kim tarafından yürütüleceği belirlenmeli ve bu plana sadık kalınmalıdır. Yapılan değişiklikler gerekçesiyle beraber aktivite öncesi ya da sırasında hastalarla paylaşılmalıdır. Aktivite planlarının eksik ya da yapılandırılmamış olması hastanın saldırgan davranışlarının ortaya çıkmasında doğrudan etkili olmasa dahi, bu planların yapılmış olması saldırgan davranışın önlenmesine katkı sağlamaktadır (22).

Uğraşı salonuna ilişkin sorunlar ve kısıtlayıcı faktörler (yarı-zamanlı personel görevlendirmeleri, malzeme temininde yaşanan güçlükler, tecrübesiz personel, salonun fiziki şartları, hastaların uğraşı salonunda geçirebileceği zamanın iyi tasarlanmaması, çakışan faaliyetler vb.), hastaların semptomlarına, becerilerine ve isteklerine uygun faaliyetlerin yapılmaması, hastaların sıkılmasına, kendilerini yetersiz hissetmelerine ve burada zaman geçirme isteklerinin azalmasına sebep olur. İyi tasarlanmış bir uğraşı salonu ve bireye uygun uğraşlar, hastaların sosyal becerilerini desteklerken, kısıtlılıkları ise hastanın engellenmişlik yaşamasına sebep olmaktadır. Klinik içi aktiviteler ve uğraşı terapisi hastanın günlük ve haftalık planlamalarını oluşturarak enerjisini olumlu şekilde kullanmasına olanak tanır. Gün içerisinde çok fazla boş vakit olması, planlı bir meşguliyetin, amaca yönelik faaliyetlerin yokluğu hastada saldırgan davranışın artmasına sebep olabilmektedir (14,22,25).

Hastane prosedür ve kuralları (uyanma saati, yemek saati ve dışarıdan yiyecek-içecek getirilmesi/söylenmesine ilişkin tedbirler, sigara içilen alanlara ilişkin kurallar, telefon kullanımına ilişkin tedbirler, yanlarında bulundurabilecekleri eşyalarla ilgili kısıtlamalar, ziyaretçi saatleri, refakatçi kabulüne ilişkin izlenen yollar vb.) hastanın kliniğe kabulünde hasta ve yakınına açıklanmalı, ihtiyaca göre tekrarlanmalıdır (18,21,22,27). Kural ve prosedürlerin kısıtlayıcı olduğu noktalar gerekçeleriyle belirtilmeli ve bu durumun sisteme ilişkin olduğu, personelin sistemi devam ettirici görevi olduğu açıklanmalıdır. Hastalar kurallara uyarken zaman zaman zorlanabilir, istekleri ile prosedürler çakışabilir buna bağlı olarak hasta saldırganlaşabilir. Koşullara bağlı olarak, kuralların esnetilmesine ihtiyaç duyulabilir. Eğer bu yapılacaksa, hasta ihtiyacı ve semptomlara göre ve ekip işbirliği içinde yapılmalıdır (27).

Tüm bunlara ek olarak, tahrik eden ya da kışkırtan davranışlar klinikte saldırganlık riskini ve/veya sıklığını arttırabilmektedir. Diğer hastaların ve personelin kışkırtıcı hareket ve sözleri (aşağılayıcı ifadeler, beden dilinin uygunsuz kullanımı, hastaya girişim ve müdahalede bulunurken sert hareketler, hastaya hitap tarzı, hastaların semptomlarına ilişkin çıkan çatışmalar ya da semptomların birbirini

destekleyici özellik taşıması), tahrik ve teşvik saldırgan davranışlar için risk faktörler arasındadır (14,18).

Personel ile ilgili faktörler

Personelin eğitimsiz olması, saldırgan hastaya yaklaşımı bilmemesi, klinik kurallarını uygularken fazla otoriter ve katı davranması, klinikte isteksiz çalışıyor olması, psikiyatri hastalarına karşı olumsuz duygu ve düşüncelerinin olması, hasta davranışlarını kişiselleştirmesi sağlık personeline bağlı olarak saldırganlığı tetikleyici sebepler arasında sayılmaktadır (25).

Personelin kişilerarası iletişiminin, mesleki deneyiminin ve saldırganlık konusunda eğitiminin yetersiz olması ile saldırgan davranış arasında ilişki olduğu ortaya konmuştur (69). Kuralların açıklığı, tutarlılığı, uygulanma biçiminin yanında, kuralların uygulanmasında personelin tutum ve algılamalarının, hastanın saldırgan davranışı ile ilişkili değişkenler olduğu belirtilmektedir (57). Personelin mesleki deneyiminin ve saldırganlık konusunda eğitim alma durumunun da saldırgan davranışı önlemede ve saldırganlıkla baş etmede önemli olduğu vurgulanmaktadır (34). Jansen ve arkadaşları (6) mesleki deneyimi 6-10 yıl olanların saldırgan davranışa daha fazla maruz kaldığını, Whittington (72) ise mesleki deneyimi 15 yıldan fazla olan sağlık personelinin saldırgan davranışa karşı daha toleranslı olduğunu belirtmektedir.

Tablo 2.2.'de saldırganlığın oluşumunda ve ortaya çıkmasında etkili olan tüm bu faktörlere ilişkin bir sınıflandırma sunulmaktadır.

Tablo 2.2. Saldırganlığın Oluşumunda ve Ortaya Çıkmasında Rol Oynayan Faktörler

<i>Hasta ile İlgili Faktörler</i>	Yaş Cinsiyet Psikopatoloji Geçmiş Şiddet ve Agresyon Öyküsü Sosyoekonomik Düzey Biyolojik Faktörler (Genetik, Hormonlar)
<i>Çevresel Faktörler</i>	Kalabalık Yetersiz Aydınlatma Isı Klinik Aktiviteleri Hastane Prosedür ve Kuralları Provokasyon
<i>Personel ile İlgili Faktörler</i>	Yetersiz Mesleki Deneyim Saldırganlık Konusunda Yetersiz Eğitim Katı ve Otoriter Davranış Tutum ve Algılamalar

2.3.4. Saldırganlığın Yönetimi

Güvenli ortamın oluşturulması ve devamlılığın sağlanmasında, hastanın kliniğe kabulü ile birlikte karşılaşılabileceği engellerin ve sınırlamaların hasta ve yakınlarına gerekçeleriyle beraber anlatılması önem kazanmaktadır. Saldırgan davranışın oluşumunda ve ortaya çıkmasında risk faktörlerinin iyi değerlendirilmesini takiben, saldırganlık riski olan hastaların ekip ile paylaşılması ve buna ilişkin önlemlerin alınması klinik prosedürleri arasında yer almalıdır. Risk değerlendirmesi ve önlem alınması adımlarından sonraki basamak ortaya çıkan saldırgan davranışın yönetimidir. Literatürde bu yöntemler baskıcı ve zorlayıcı yöntemler ve sağlık personelinin kendini de kontrol ettiği, hasta ile iş birliği yaptığı, saygı ve empatik yaklaşım temelli alternatif yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır (25).

Baskıcı-Zorlayıcı Yöntemler

Psikiyatri kliniklerinde saldırganlık yönetiminde kullanılan fiziksel, kimyasal ve mekanik tespit ve tecrit “baskıcı ve zorlayıcı yöntemler” olarak adlandırılmakta ve hastalar üzerinde fiziksel ve duygusal olarak olumsuz etkiler bırakmaktadır.

Saldırgan davranışın önlenmesi ve kontrolünde hastanın konforlu bir biçimde sakinleştirilmesini kapsayan alternatif yaklaşımların üstünlüğü gösterilmiş olsa da baskılayıcı-zorlayıcı yöntemlerin kullanımı daha yaygındır (25).

Baskıcı ve zorlayıcı yöntemlerden fiziksel tespit, saldırgan davranış karşısında hastayı elle tespit etmek ve saldırgan eylemi gerçekleştirmesini bu yolla engellemeye çalışmaktır (51,59). Fiziksel tespit, uygun temas tekniklerini kullanmayı bilen ve bu konuda eğitimi olan personel tarafından uygulanmalıdır. Fiziksel tespit sırasında, hastayı zedeleyen, onurunu kıran, mahremiyet ve kişisel gereksinimlerini ve farklılıklarını hiçe sayan davranış ve uygulamalardan uzak durulması önerilmektedir (25,27).

Mekanik tespit, kemer ve bileklik gibi tespit malzemelerini kullanarak hastanın hareketini kısıtlamak veya tamamen durdurmaktır. Yıkıcı davranışları azaltmak için yıkıcı özelliği olan baskıcı-zorlayıcı yöntemlerin kullanılması, hastanın agresyon ve ajitasyonunu arttırabildiği gibi, hastaneden çıktıktan sonraki davranışlarının üzerinde de olumsuz etkilere de sebep olabilmektedir (20). Mekanik tespit uygulanmasının zorlayıcı doğası, hasta tarafından saldırgan içerikli bir davranış olarak algılanabilmekte ve hastaya etkisiz problem çözümü konusunda olumsuz bir model olabilmektedir (26). Bunun yanı sıra saldırgan davranışa müdahalede tespit ve tecride ihtiyaç duyulmasının ve bu uygulamanın sıklığının tedavinin başarısını düşürdüğünü gösteren yayınlar da mevcuttur (21,26). Tüm bu eleştirilere karşın hastanın saldırganlığının kontrolünde bu yöntemin sıklıkla tercih edilmesinin nedeni hastanın tam anlamı ile kontrolünü sağlamak, kendisine ve çevresine zarar vermesini mümkün olan en seri şekilde engellemek konusunda sağlık personelinin hissettiği gereksinim olmaktadır.

Kimyasal tespit, ilaç kullanılarak hastayı sedatize etmek ve bu yolla saldırgan davranışın ve ajitasyonun son bulmasını sağlamaktır. Yapılan çalışmalar, kimyasal tespit yönteminin saldırganlık anında işe yaradığını fakat saldırganlığın ortaya çıkmasını önlemede bir etkisi olmadığını ve dahası sedasyon ortadan kalktıktan sonra hastanın saldırganlığının yineleyebildiğini göstermektedir (20).

Baskılayıcı zorlayıcı yöntemlerden bir diğeri olan tecrit ise, saldırgan davranış sergileyen hastanın, bu davranışı ortadan kalkana kadar daha önceden bu iş için yapılandırılmış olan odada tek başına bulunmasını sağlamaktır. Tecrit, hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini önler, ajitasyonun azalmasını ve sakinleşmesini sağlar ya da bu niyetle yapılır. Bununla beraber hasta tecrit uygulamasını zaman zaman özgürlük kısıtlayıcı bir unsur olarak tanımlayabilmekte ve bu durumu orantısız güç kullanımı ve/veya ceza olarak algılayabilmektedir (26). Bu durum hastanın, bu işlemi gerçekleştiren sağlık personeline öfke duymasına yol açabilmektedir.

Alternatif Yöntemler

Baskıcı-zorlayıcı yöntemler dışında kalan ve hastanın saldırganlığının azaltılmasında terapötik iletişime dayalı olan yöntemler alternatif yöntemler başlığı altında ele alınmaktadır. Bu yöntemler saldırganlığın işaretlerinin açığa çıktığı erken dönem değerlendirmesinin ve bu aşamada yapılan müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Erken dönemdeki müdahaleler hasta ile işbirliğini ve saldırganlığa sebep olan etmenlerin ele alınmasını içermektedir (25,27). Alternatif yöntemler kapsamında iletişim yolu ile hastanın gereksinimlerini netleştirme hastayı sakinleştirme, çevresel düzenlemeler yoluyla ortamı yapılandırma gibi müdahaleler yer almaktadır. Ancak bu yöntemler çok çeşitlidir ve bu müdahalelerin her birisini sistematik bir biçimde tanımlayan modeller mevcut değildir (11,12,21) Bu durumu dikkate alan Bowers yapmış olduğu bir çalışma ile sakinleştirmeyi içeren 1000'den fazla makaleyi inceleyerek kullanılan yöntemleri değerlendirmiş, bu çalışmalarda kullanılan etkili yöntemleri sistematik bir biçimde bir araya getirerek Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli adını verdiği bir model oluşturmuştur (27).

2.3.5. Saldırganlığın Yönetiminde Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli

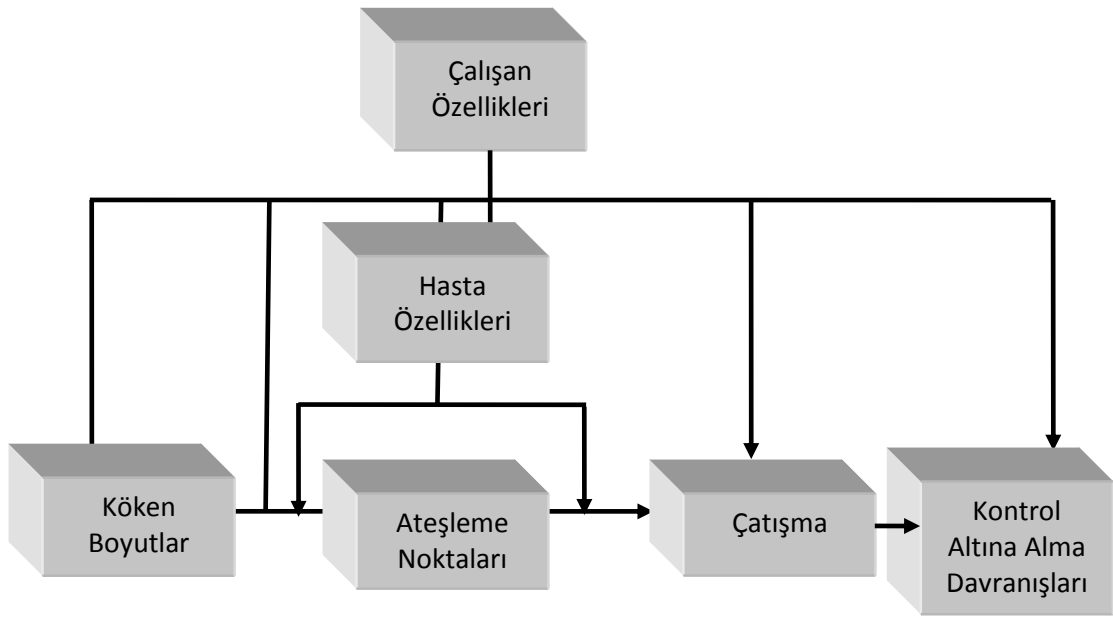
Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli "güvenli klinik" kavramını oluşturmaya temelli bir modeldir. Kliniklerin; ortamları, pek çok şeyin meydana geldiği yoğun yerler olmaları, büyüklükleri, nerede oldukları, ne tür kaynaklara sahip oldukları açısından birbirlerine göre farklılıklar sergilemeleri nedeniyle standart bir güvenli

linik tanımı yapabilmek zordur. Modele göre güvenli klinik tanımı yapabilmek ve oluşturabilmek için en işlevsel yollardan biri; kliniklerin tümünde, azalması ya da meydana gelmesi istenmeyen davranışların tanımlanmasıdır. Engellenmesi istenilen davranış “çatışma (conflict)” olarak tanımlanmakta ve zarara yol açan hasta davranışlarının tümünü kapsamaktadır. Bu hasta davranışlarına örnek olarak; şiddet, intihar ve kendine zarar verici eylemler, başkasına zarar verici eylemler, alkol ya da madde kullanımı, firar verilebilir. Aynı zamanda, personeli görmeyi reddetme, çalışanlarla ve/veya diğer hastalarla tartışmaya neden olabilen alanlarda sigara içme gibi temel kurallara uymamak da “çatışma” kavramı altında ele alınmaktadır (27).

Öte yandan, güvenli klinik ortamı oluşturmadaki bir diğer engel ise azalması ya da hiç oluşmaması istenen müdahaleye ilişkin personel davranışlarıdır. Bu davranışlar incelendiğinde sıklıkla “çatışma”yı kontrol altına alabilmek için sergilendiği ifade edilmiştir. Model oluşturulurken olumsuz personel davranışlarına “kontrol altına alma davranışları” adı verilmiştir. “Kontrol altına alma davranışları”; ekstra tedavi uygulama (sadece hastaları yatıştırmak ya da kontrol etmek için kullanılan tek seferlik dozlar), hastaları gözlem ya da izlemi artırma, güvenlik önlemleri, daha farklı bir kliniğe transfer ederek ya da aynı klinikte hastanın hareket düzeyini kısıtlayarak hastaların kısıtlanması gibi durumları kapsamaktadır. “Kontrol altına alma davranışları” başka bir deyişle olumsuz personel davranışları ve “çatışma” yani “değişmesi istenilen hasta davranışları” birbirleri ile bağlantılı kavramlardır. Bu iki kavram psikiyatri kliniklerinde sıklıkla birbirini önlemek niyetiyle meydana gelmektedir. Bir örnek ile açıklamak gerekirse, psikiyatri kliniklerinde kapıların kilitli olması firar davranışını azaltırken, bu durum hastanın kendisine zarar verme riskini arttırabilmektedir. Basitleştirilmiş sakinleştirme modeli bu noktada kapıların açılmasını değil, kilitli olmasının hasta için anlamını anlamayı ve buna yönelik tedbirlerin alınmasını önermektedir. “Güvenli klinik” kavramı oluşturulurken, mevcut klinik durumunun tanımlanması ve klinik güvenliğini tehlikeye atan ve/veya engelleyen durumların tanımlanması esnasında “ateşleme noktaları” ve “köken boyut” kavramlarına da yer verilmektedir. Model kapsamında “çatışma”nın meydana gelmesine sebep olan etkenler-riskler “ateşleme noktaları”

olarak ifade edilmektedir. Kapının kilitlenmesi örneği üzerinden ateşleme noktası açıklanırsa; çıkmak isteyen bir hastaya personelin ya da diğer hastaların söylediği bir söz ya da bir diğer hastanın ziyaretçisinin gelmesi ile hastanın ailesine özleminin pekişmesi ateşleme noktası olabilir, klinikten çıkma/kaçma isteği gelişebilir ve çıkamaması üzerine (kontrol altına alma davranışları) kendine zarar verebilir (çatışma). “Köken Boyutu” ise, potansiyel ateşlenme noktalarını meydana getirdiği bilinen klinikle ilgili yönlerdir. Bu boyut, klinik yaşamının parçası ve önemli öğesidir. Köken boyutu içinde hasta, çevre ve personel ile ilgili faktörler yer almaktadır. Kliniğin hastalara sunduğu imkânlar ve fiziki yapısı, çalışan personelin niteliği, hastanın tanısı köken boyut içinde değerlendirilmektedir.

Şekil 1’ de Bowers (73) ‘ın tanımladığı psikiyatri kliniklerinin güvenli klinikler olmasının önündeki engeller ve bu kavramlar arasındaki ilişki gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Modeli oluşturulmasında kullanılan klinik güvenliğinin değerlendirilmesi (73)

Bowers’ a göre güvenli klinikler, esas olarak, çalışanların ne yapabileceği konusuna odaklanmaktadır. Model, personelin köken boyutların farkında olarak ve problem oluşmadan önlem alarak, bir ateşlenme noktası oluşmadan önce, uygun

müdahale ile değişiklik yapabileceğini ileri sürmektedir. Modelde bu analizlerin değerlendirilmesi ile risk faktörlerine ilişkin uygulama basamakları oluşturulmuştur.

Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli, sakinleşmenin (de-eskalasyon) üç basamakta gerçekleştiğini ifade etmektedir; durumu sınırlandırmak, hastanın problemini açıklığa kavuşturmak ve çözüme ulaşmak. Bununla beraber, bu üç basamağın her birisini kapsayacak süreç boyunca model uygulayıcısının (de-eskalator), kendi duygularını kontrol etmesi ve yatırılmak istenen hastaya saygı ve empati göstermesi beklenmektedir (27,73).

Durumu sınırlandırma adı verilen ilk aşamada, model uygulayıcısı kendisinin ve diğerlerinin güvenliğini sağlamalıdır. Bu kapsamda, eğer mevcutsa, alarm sistemini aktive etmeli, güvenlik desteği talep etmeli, diğer hastaları alandan uzaklaştırmalı veya hastayı sessiz bir alana götürmeli ve hastanın kendisine ve çevresine zarar verme potansiyelini ortadan kaldırmalıdır. Saldırgan bireyle etkileşimde model uygulayıcısının, uygun mesafeyi ayarlaması ve kendisini de riske sokmadan müdahale etmesi gerekmektedir.

Açıklığa kavuşturmak aşamasında hastanın, saldırganlığının sebebinin araştırılması beklenmektedir. Bunu yapmak için, hastaya “ne olduğu”, “canını neyin sıktığı” vb. açık uçlu sorular sorulmalıdır. Hastaya yardımcı olabilmek ve oryantasyonunu sağlamak için, model uygulayıcısı kendisinin kim olduğunu (hemşire), nerede olduklarını (psikiyatri kliniği), aralarındaki ilişki biçimini (hasta-hemşire ilişkisi) hastaya hatırlatmalı bunu yaparken hastanın anlayabileceği cümleler kurmalı ve hastanın anlayıp anlamadığını kontrol etmelidir. Burada önemli, bir diğer husus ise hastanın söylediklerinin de model uygulayıcısı tarafından anlaşılıp anlaşılmadığının teyit edilmesidir.

Modelin son aşaması olan çözüm aşaması hastayla makbul bir uzlaşmaya varmayı, hastayı memnun edecek şekilde şikâyetlerini ele almayı hedefleyen aşamadır. Bunu yaparken, katı otoriter bir tutumdan ziyade işbirliği içeren yapıcı bir tutum içinde olmak oldukça önemlidir. Örneğin otoriter bir biçimde kuralları hatırlatmaktan ziyade esnek bir tutum sergilenerek hastaya uygun yeni düzenlemeler yapılabilir, gerektiği takdirde hastadan özür dilenebilir. Değişim

yapma teklif edilebilir. Esnek olunamadığında da, olabildiğince dürüst şekilde, kuralların gerekçelerini açıklamak gereklidir. Kuralların hasta açısından uyması güç veya hastaya uygun olmayan özellikleri olduğu konusunda uzlaşının sağlandığı durumlarda ise hastanın buna karşı gelme biçimlerinde daha makul ve kabul edilebilir yöntemlerin neler olduğu hasta ile konuşulabilir. Bunların hepsi, hastaya zaman ayırmayı gerektirmekte ve hastanın ne söylediğini dikkatle dinlemeyi gerektirmektedir. Hastanın saldırgan davranışlarını sürdürmek yerine konuşuyor olması, başarılı bir çözüme ulaşıldığının göstergesi olarak kabul edilmektedir.

Basitleştirilmiş sakinleştirme modelinde uygulayıcının kendisini kontrol etmesi önemli unsurlardan biridir. Durumu sınırlandırma, hastanın problemini açıklığa kavuşturma ve çözüme ulaşmayı içeren tüm bu süreç boyunca, model uygulayıcısının hastayla iletişimde hissedilebileceği herhangi bir anksiyete ya da engellenme duygusuna izin verilmemesi beklenmektedir. Model uygulayıcısının saldırganlığı yönetebilmesi üst düzey terapötik becerilere sahip olmasını zorunlu kılmaktadır. Varılması hedeflenen en iyi durum; hastanın bakış açısının ve koşullarının anlaşıldığı yani, gerilimin sonlandığı, sağlık personelinin kendi sakinleştirme becerilerinden memnun olduğu, destek ekibinden ve tespit becerilerinden kaynaklanan anksiyetenin olmadığı durum olarak tanımlanmaktadır. Bununla beraber, uygulayıcının tüm bu değişkenleri yönetmekte güçlük yaşadığı durumlar açığa çıkabilmekte, bu nedenle anksiyete yaşanabilmektedir. Bu durumda hissedilen anksiyetenin ve engellenme duygusunun kontrol edilmesi ve hastaya hissettirilmemesi önemlidir. Böylece, sakin ve güvenli şekilde eylemde bulunmak mümkün hale gelmektedir. Bunun için, model uygulayıcısı derin nefes alma egzersizleri ile anksiyetesini azaltabilir ve yüz ifadesinde açığa çıkan gerginliği ortadan kaldırabilir. Tüm bunlara ek olarak; savunmacı olmayan ve açık beden dili, hasta ile yumuşak şekilde konuşma, yavaş ve nazik şekilde hareket etme, süreci olumlu şekilde yönetmeye katkı verecek özellikler olarak sayılmaktadır. Uygulayıcının saldırganlığı yönetirken yetersiz kalınabilecek durumları düşünmekten kaçınması, bunun yerine, dikkatini duruma yoğunlaştırması önerilmektedir.

Müdahale sırasında bir diğer önemli konu ise, model uygulayıcısının durumu kesinlikle kişisel bir durum gibi tanımlamaması gerekliliğidir. Hastanın öfkelenildiği ve saldırgan tutum sergilediği durumlar çoğunlukla sağlık çalışanlarının bizzat kendilerine yönelik değil, daha ziyade hastane, psikiyatri, kurum, ruh sağlığı yasası ve sağlık personelinin sembolü olduğunu başka alanlara ilişkin olmaktadır. Bu nedenle, model uygulayıcısı kendisini savunma ya da haklı çıkarma ihtiyacı içinde olmamalı, hastayı eleştirmemeli ve hastayı haksız olduğu konusunda ikna etmeye yönelik bir tartışmanın içerisinde yer almamalı, savunucu tutum sergilememelidir. Saldırganlığın ve öfkenin bir sonucu olarak hastanın doğrudan sağlık çalışanına yönlendirdiği suçlamalara kesinlikle tekdüze, basmakalıp ifadeler ile emosyonel yanıtlar verilmemelidir.

Durumu sınırlandırma, hastanın problemini açıklığa kavuşturma ve çözüme ulaşma basamakları boyunca model uygulayıcının engellenme ve anksiyeteden kaçınarak kendini kontrol etmenin yanı sıra hasta ile etkili iletişim kurmak için saygı ve empatiyi kullanması önerilen bir diğer unsurdur. Hastaya karşı sergilenen ilgi, özen ve içtenlik sözel olarak ve/veya eylemle ifade edilebilir. Bunun için, hastanın acele etmeden kendisini ifade etmesine fırsat verilmesi, ne hissetmesi ya da hissetmemesi gerektiğini ifade etmek yerine duygularının neler olduğunun araştırılması ve empati yaparak hastanın bakış açısının anlaşılması için zaman ayrılması önerilmektedir. Uygulayıcının ses tonu, postürü, göz teması ve yüz ifadesi de iletilmek istenen saygı ve empatiyi de destekler nitelikte olmalıdır.

2.4. Saldırganlığın Yönetiminde Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Psikiyatri kliniklerinde saldırgan davranışlara ilişkin hemşirenin rolü öncelikle risklerin tanımlanması, saldırgan davranışın önlenmesi, ortaya çıktıktan sonra yatıştırılması ve gerekli birimlere bildirilmesi hususlarına ilişkindir. Mesleki bilgi ve becerisi, alana ilişkin tecrübesi, saldırgan hastaya ve saldırgan davranışa yönelik algısı hemşirenin sorumluluklarını yerine getirirken uygun davranıp davranmamasını etkilemektedir (12). Hasta ile daha fazla zaman geçiren ve gözlem yapan kişi olarak hemşire hastanın kliniğe kabulü ile beraber risk değerlendirmesi yapmaya başlamalıdır. Risk değerlendirmesi yapılırken saldırganlığın oluşmasında ve ortaya

çıkmasında etkili olduğu söylenen faktörlere (hastaya, çevreye ve personele ilişkin faktörlere) yönelik veri toplanmalıdır (14). Toplanan veriler doğrultusunda hemşirenin sorumluluğu gerekli tedbirleri alma ve/veya alınmasını sağlamaktır. Saldırganlık riski olan hastanın sık gözlem altında tutulması, devir teslimlerde buna ilişkin veri akışının sağlanması, kışkırtıcı hastalardan uzak kalınmasının sağlanması, uyarıların azaltılması, hastanın ajitasyonu arttıracı personel hizmet verirken geri planda kalmasının sağlanması alınabilecek tedbirler arasındadır. Hemşirenin, saldırgan davranış ortaya çıkmadan önceki sorumluluğu risk analizi ve tedbir alınması, ekibin haberdar edilmesi ve tedbirlere uymalarının sağlanmasıdır (25,27). Saldırgan davranış ortaya çıktıktan sonra hemşire, hastanın sakinleştirilmesini sağlamalı ve başkasının zarar görmesinin engellenmelidir. Sakinleştirme ve diğerlerinin güvenliğini sağlama geleneksel ya da alternatif metotlarla yapılabilmektedir (25). Metot her ne olursa olsun hemşire sakinleştirme protokolünde aktif rolde, metodun uygulayıcısı konumundadır. Geleneksel yöntemlerin uygulayıcısı olarak, hastayı tutan, ilacını uygulayan, ayrı bir yere transfer eden kişidir. Alternatif yöntemlerde ise, hastayı ayrı bir yere alan, sorunu tanımlayan hastaya açıklayan, hasta ile anlaşma ve işbirliği yaparak problemini çözmeye çalışan ve bu yolla hastanın sakinleşmesini sağlayan kişidir. Riskin tanımlanması ve saldırgan davranış ortaya çıktıktan sonra ortamın yatıştırılması adımlarından sonra tekrar ortam değerlendirilmesi yapılmalı ve zararlar tespit edilmelidir. Bu yapıldıktan sonra kayıt altına alma ve gerekli yerlere bildirimde bulunulmalıdır.

Psikiyatri kliniklerinde hastayla 24 saat kesintisiz çalışan, dolayısıyla saldırganlığı önleme ve yönetme konusunda en önemli konumda bulunan sağlık personeli hemşirelerdir. Psikiyatri alanında çalışan hemşirelerin saldırganlığın önlenmesi ve yönetimindeki rolü; 8 Mart 2010 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde, 19 Nisan 2011 tarihinde yapılan düzenleme doğrultusunda (74);

“Riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alma, risk düzeyini değerlendirme”

“Düzenli olarak üst araması yapılarak yanıcı, yakıcı, kesici aletlerin ve madde girişinin engellenmesini sağlanması, güvenlik önlemlerinin kontrollerini yapılması (kamera takibi, dolapların kilit kontrolü vb.)”

“Hastaların en az kısıtlayıcı olan çevrede güvenli tedavi ve hizmet almalarının sağlanması.”

“Tecrit ya da tespit gereken durumlarda, bu işlemlerle ilgili hastaya açıklama yapılması, güven ilişkisi kurulması, sık aralarla gözlem yapılması ve gözlemlerin kaydedilmesi, olası riskler için tedbir alınması.”

“Hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtilerinin takip edilmesi, kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımların uygulanması.”

“Hastayı ve aileyi desteklemede stresle baş etme, stigmatizasyon, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psiko-eğitim programlarının planlanması ve uygulanması.”

“Klinikte çalışan destek hizmet personeline hasta ve yakınlarıyla iletişim ve yaklaşımlar konusunda eğitim ve danışmanlık sağlanması.”

Maddelerince açıklanmıştır. İlgili maddeler uyarınca saldırganlık ve şiddetin önlenme ve yönetmede; güven ilişkisinin kurulması, risk analizlerinin yapılması ve buna yönelik tedbirlerin alınması, problem çözme ve stresle baş etme gibi güçlendirici konularda danışmanlık hizmeti verilmesi, iletişim eğitimlerinin verilmesi ve tespit ve tecritin uygulayıcısı olması hususları hemşirenin yetki ve sorumlulukları arasındadır.

ANA'nın mesleki performans standartlarında belirtilen temel ve ileri düzey psikiyatri hemşireliği becerileri açısından saldırganlık ve şiddetin önlenmesi ve yönetimi; danışmanlık başlığı altındaki sorumluluklardan “problem çözme”, “kriz yönetimi”, “stres yönetimi” altında ele alınabilirken, ortam terapi başlığı altındaki “terapötik çevrenin korunması”, “beceri eğitimi”, “rol modeli olarak gelişimi ve değişimi sağlama” görevleri ile açıklanmaktadır (75).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Saldırgan davranışı olan hastalar üzerinde Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli'nin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırma kontrol gruplu bir müdahale çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Psikiyatri Anabilim Dalı yataklı kliniğinde Eylül 2015 ile Haziran 2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın uygulandığı dönemde sürmekte olan tadilat nedeniyle, GATA Psikiyatri Anabilim Dalı'ndaki yataklı klinikler birleştirilerek anksiyete bozuklukları ve psikotik bozukluklar olmak üzere ikiye düşürülmüştür. Anabilim dalında ayrıca, 10 yataklı tutuklu kliniği, gündüz hastanesi ve uyku laboratuvarı yer almaktadır. Toplam yatak kapasitesi 125 olan kliniğin kapasitesi tadilat nedeniyle tutuklu kliniği dâhil 75 yatağa düşmüştür. Kliniğin toplam hemşire sayısı 10'dur. Yataklı kliniklerin her birinde gündüz vardiyasında iki-üç hemşire, gece vardiyasında ise iki klinikte tek hemşire çalışmaktadır. Hastaların kullanabileceği bir adet uğraşı salonu ve fiziksel egzersiz yapabilecekleri güvenli bir bahçesi bulunmaktadır. Araştırmanın yapıldığı ortam saldırganlık açısından değerlendirildiğinde; hemşire görevlendirmelerinin gönüllülük esası doğrultusunda yapılmaması, psikiyatrik açıdan tanı almış olan personelin bu kliniklerde çalışması için görevlendirilmesi, psikiyatri alanına ilişkin hemşirelik eğitiminin dikkate alınmaması, klinik içi aktivitelerin yeterli olmaması, uğraşı salonunda hastaların özelliklerine göre değil mevcut malzemeye ilişkin faaliyet yaptırılıyor olması saldırganlık için zemin oluşturan faktörler arasında yer alabilmektedir. Anabilim Dalı'nda saldırgan hastaya ilişkin yapılandırılmış bir protokol bulunmamasıyla birlikte benimsenmiş yaklaşım biçimi; hastanın bağırması, çığlık atması, hakaret etmesi gibi sözel saldırgan davranışları ortaya çıktığında kimyasal tespit uygulanması; hastanın eşyalara, diğer hastalara, personele ve kendine zarar verici eylemlerde bulunması gibi fiziksel saldırgan davranışları ortaya çıktığında fiziksel ve kimyasal tespit uygulanmasıdır. Uygulamalar sonrası saldırgan

davranışı devam eden hastalar olması durumunda mekanik tespit ve tecrit işlemi uygulanarak hastanın sedasyon ve yatışması sağlanmaya çalışılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini klinikte yatan ve saldırganlık davranışı bulunan hastalar oluşturmuştur. Evren sayısı bilinmediğinden önceki yıllarda yatan hasta sayısı ve bazı çalışmalar (20-22) değerlendirilerek araştırma örnekleme Decision Support System (DSS) (Karar Destek Sistemi) güç analizi yoluyla; %50 başarı oranı, %5'lik hata payı ve %95'lik güven aralığı baz alınarak müdahale grubu için 64, kontrol grubu için 64 olarak hesaplanmıştır.

3.4. Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışma Gülhane Askeri Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'nda yapıldığından öncelikle Psikiyatri Anabilim Dalı'ndan izin alınmış (EK-6) ardından, GATA Etik Kurulu'na başvurulmuş ve izin alınmıştır (EK-7).

3.5. Veri toplama araçları

3.5.1. Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu (EK-1)

Bu formun oluşturulmasında, araştırmacı tarafından ilgili literatür (1,3,5,11) taranarak hastaların saldırganlık davranışı etkileyebileceği düşünülen değişkenler belirlenmiştir. Bu değişkenler; yaş, cinsiyet, psikiyatrik tanı, medeni durum, öğrenim düzeyi, ekonomik durum, çalışma durumu, kiminle birlikte yaşadığı, madde kullanım öyküsü, kliniğe başvurmadan önce çevre ya da aile ile çatışma yaşama durumu, kliniğe gelmeden önce psikiyatrik ilacını düzenli kullanma durumu, kaç yıldır psikiyatrik tanısı olduğu, daha önce psikiyatri kliniğinde yatma durumudur.

3.5.2. Uygulama Öncesi Saldırganlık Değerlendirme Formu (EK-2)

Bu formun oluşturulmasında, araştırmacı tarafından ilgili literatür (5,6,11,76) taranarak uygulamaya başlama öncesinde saldırganlık davranışının değerlendirilmesinde yararlanılabileceği düşünülen; personele veya diğer hastalara sözel saldırı olup olmaması, personele veya diğer hastalara fiziksel saldırı olup olmaması, saldırı sonucunda personel ya da diğer hastalarda yaralanma olup olmaması, hastanın saldırganlığı sonucu kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulup duyulmaması, hastanın saldırganlığı sonucu mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulup duyulmaması gibi değişkenler dikkate alınmıştır.

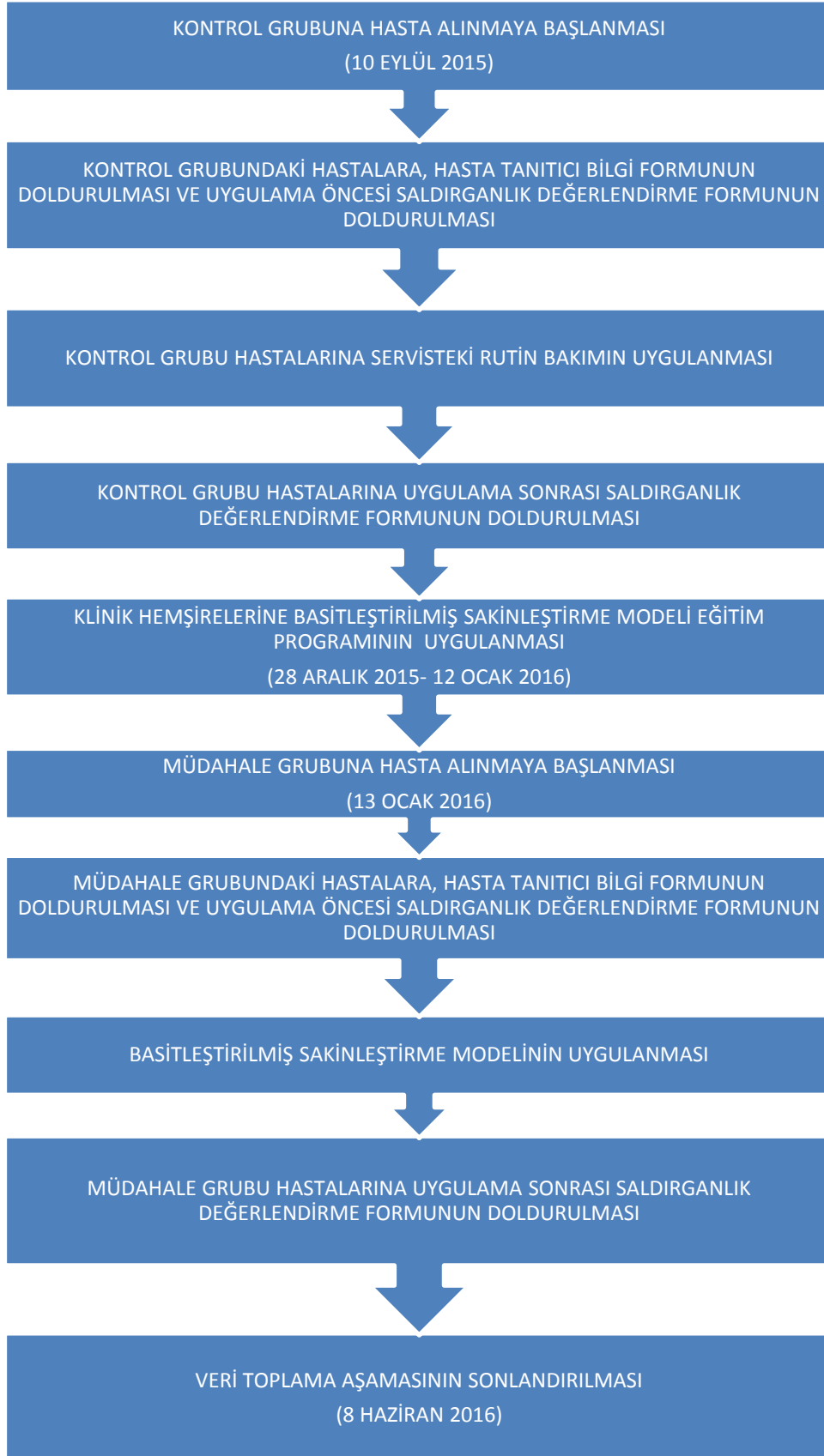
3.5.3. Uygulama Sonrası Saldırganlık Değerlendirme Formu (EK-3)

Bu formun oluşturulmasında, araştırmacı tarafından ilgili literatür (5,6,11,76) taranarak modelin uygulanması sonrasında saldırgan davranışın yatışıp yatışmadığının değerlendirilmesinde yararlanılacak değişkenler belirlenmiştir. Bu değişkenler; personele veya diğer hastalara sözel saldırı olup olmaması, personele veya diğer hastalara fiziksel saldırı olup olmaması, saldırı sonucunda personel ya da diğer hastalarda yaralanma olup olmaması, hastanın saldırganlığı sonucu kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulup duyulmaması, hastanın saldırganlığı sonucu mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulup duyulmaması olmuştur.

3.6. Araştırmanın Uygulanması:

Araştırmada model kapsamında gerçekleştirilecek yaklaşımlar çevreyi, ekibi ve hastaları etkileyeceği için öncelikle kontrol grubu hastaları çalışmaya alınmaya başlanmış, saldırgan olan ilk hasta için “Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu” ve “Uygulama Öncesi Saldırganlık Değerlendirme Formu” doldurulduktan sonra, ekibin öngördüğü klasik-geleneksel yaklaşımlar uygulanmaya devam edilerek hastanın sakinleşmesinin ardından uygulama sonrası saldırganlık değerlendirme formu doldurulmuştur. Hasta taburcu olana kadar bu prosedür böyle devam etmiştir. Kontrol grubunun verilerinin toplanması 10 Eylül 2015’te başlayıp 20 Aralık 2015’e kadar sürmüştür. Kontrol grubunda 64 hasta sayısına ulaşılmıştıktan sonra, klinik hemşirelerine

Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli'ne ilişkin ayrıntıları EK-4'te sunulan beş oturumluk eğitim programı 28 Aralık 2015- 12 Ocak 2016 tarihleri arasında uygulanmıştır. Bu eğitim programında hemşirelere; saldırganlık, saldırganlığı etkileyen durumlar, saldırgan hasta karşısında sağlık personelinin duygu, düşünce ve davranışları, saldırgan hastaya hemşire yaklaşımları ve Bowers'in modeli detaylı olarak anlatılmış ve modeli örnek bir vakada uygulamaları istenmiştir. Hemşirelerin çalışma saatleri ve sayıları herkesin bir arada olmasına engel olduğundan eğitim programı gündüz vardiyasında çalışan hemşirelere ayrı, gece vardiyasında çalışan hemşirelere ayrı olarak uygulanmıştır. Eğitimin tamamlanmasının ardından, 13 Ocak 2016 itibari ile müdahale grubu hastaları çalışmaya alınmaya başlanmıştır. Müdahale grubuna alınan her bir saldırgan hasta için "Hasta Tanıtıcı Bilgi Formu" ve "Uygulama Öncesi Saldırganlık Değerlendirme Formu" doldurulduktan sonra "Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli"nin önerdiği yaklaşımlar (EK-5) uygulanmaya başlanmıştır. Modelin uygulanmasından sonra her bir hasta için "Uygulama Sonrası Saldırganlık Değerlendirme Formu" doldurulmuştur. Müdahale grubunda 64 hastaya ulaşılan kadar model uygulamasına devam edilmiştir. Bu verilerin toplanması 8 Haziran 2016'ya kadar sürmüştür. Klinik hemşirelerine saldırganlığın doğası ve basitleştirilmiş sakinleştirme modeli konusunda eğitim verilmekle birlikte, araştırmacının hemşireleri saldırganlığa yönelik her uygulamaları sırasında gözlemlene fırsatı olmadığından araştırmaya sadece araştırmacının modeli uyguladığı hastalar dahil edilmiştir. Kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların sergiledikleri her bir saldırgan davranışın ve bu hastaların saldırganlığını yatıştırmak için kullanılan müdahalelerin türü ve sayısı araştırmacı tarafından kayıt altına alınmıştır. Hastalara uygulanan modelin yapısı ve içeriği ayrıntılı olarak EK-5'te sunulmaktadır. Araştırmanın uygulama akış şeması ise aşağıda yer alan Şekil 2'de sunulmaktadır:



Şekil 3.1. Araştırmanın uygulama akış şeması

3.7. Verilerin Analizi

Bu çalışmada istatistiksel analiz için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 22.0 for Windows ve DSS araştırma örnekleme güç analizi programları kullanılmıştır. Bireylerin demografik bilgileri frekans ve yüzde tablosu ile sunulmuştur. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogorow-Smirnov testi ile test edilmiş ve normal dağılıma uymadığından non-parametrik testler ile analizler yapılmıştır. Uygulama öncesi ve sonrası saldırganlık durumlarının kontrol ve müdahale gruplarına göre karşılaştırılmasında Ki-Kare analizi ile yapılmıştır. Gözlenen değerlerin 5'in altında olduğu hücre sayısı %25'ten fazla olduğu durumlarda Fisher'in Kesinlik Testi'nden yararlanılmıştır. Saldırganlık sayılarının uygulama sonrası karşılaştırmasında, Mann Whitney U,saldırganlık sayılarının uygulama öncesi ve sonrası oranlarının kontrol ve deney grupları arasında oranlanmasında Odds Ratio testi yapılmıştır. İstatistiksel analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri

Hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Hastaların tanıtıcı özellikleri

		Kontrol Grubu (N=64)		Müdahale Grubu (N=64)	
		n	%	n	%
Cinsiyet	Kadın	11	17,2	13	20,3
	Erkek	53	82,8	51	79,7
Medeni durum	Evli	12	18,8	19	29,7
	Bekar	52	81,2	45	70,3
Öğrenim durumu	İlköğretim	28	43,8	19	29,7
	Lise	19	29,7	25	39,1
	Üniversite	17	26,5	20	31,2
Çalışma durumu	Düzenli bir işi var	24	37,5	31	48,4
	Düzenli bir işi yok	40	62,5	33	51,6
Ekonomik durum	Gelir giderden az	18	28,1	22	34,4
	Gelir gidere eşit	32	50,0	25	39,1
	Gelir giderden çok	14	21,9	17	26,5
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	6	9,4	10	15,6
	Anne-baba ile	42	65,6	38	59,4
	Eş ve/veya çocuklarla	16	25,0	16	25,0
Yaşadığı yer	Köy/kasaba	29	45,3	28	43,8
	Şehir	35	54,7	36	56,2
Yaş		Ort±SS		Ort±SS	
		29,30±10,52		30,53±10,68	

Tablo 4.1'de hastaların tanıtıcı bilgilerine yer verilmiştir. Çalışmaya 64 kontrol, 64 müdahale grubu olmak üzere 128 saldırgan hasta dâhil edilmiştir. Kontrol grubunun %17,2'si kadın, %82,8'i erkektir. Müdahale grubunun %20,3'ü kadın, %79,7'si erkektir. Kontrol grubundaki hastaların %18,8'i evli, %81,2'si bekârdır. Müdahale grubundaki hastaların %29,7'si evli, %70,3'ü bekârdır. Kontrol grubundaki hastaların %43,8'i ilköğretim, %29,7'si lise, %26,5'i üniversite düzeyinde öğrenim görmüştür. Müdahale grubundaki hastaların %29,7'si ilköğretim, %39,1'i lise, %31,2'si üniversite düzeyinde öğrenim görmüştür. Kontrol grubundaki hastaların %37,5'inin, müdahale grubundaki hastaların %48,4'ünün düzenli bir işi vardır. Kontrol grubundaki hastaların %28,1'inin geliri giderinden az, %50'sinin geliri-giderine denk, %21,9'unun geliri giderinden fazladır. Müdahale grubundaki

hastaların %34,4'ünün geliri giderinden az, %39,1'inin geliri giderine denk, %26,5'inin geliri giderinden fazladır. Kontrol grubundaki hastaların %9,4'ü yalnız, %65,6'sı anne-babasıyla, %25'i eş ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Müdahale grubundaki hastaların %15,6'sı yalnız, %59,4'ü anne-babasıyla, %25'i eşi ve çocuklarıyla yaşamaktadır. Kontrol grubundaki hastaların yaş ortalaması 29,30±10,52 (18-67 yaş aralığı), müdahale grubu yaş ortalaması 30,53±10,68(17-60 yaş aralığı) olarak bulunmuştur.

4.2. Hastaların Hastalıklarına İlişkin Bilgiler

Hastaların hastalıklarına ilişkin bilgiler aşağıda yer alan Tablo 4.2'de sunulmaktadır.

Tablo 4.2. Hastaların hastalıklarına ilişkin bilgiler

		Kontrol Grubu (N=64)		Müdahale Grubu (N=64)	
		n	%	n	%
Hastalık tanısı	Anksiyete bozuklukları	13	20,3	10	15,6
	Şizofreni	21	32,8	25	39,1
	Bipolar bozukluk	19	29,7	22	34,4
	Depresyon	11	17,2	7	10,9
Kliniğe başvurmadan önce aile ile çatışma durumu	Evet	35	54,7	23	35,9
	Hayır	29	45,3	41	64,1
Madde kullanımı	Var	21	32,8	9	14,1
	Yok	43	67,2	55	85,9
Daha önce hastaneye yatma	Evet	40	62,5	37	57,8
	Hayır	24	37,5	27	42,2
Yatış sayısı	ilk yatış	45	70,3	52	81,3
	Çoklu yatış	19	29,7	12	18,7
Tanı süresi	1 yıl veya daha az	31	48,4	29	45,3
	2-3 yıl	13	20,3	12	18,8
	3 yıldan fazla	20	31,3	23	35,9
Kliniğe yatmadan önce psikiyatrik ilacını düzenli kullanım durumu	Evet	21	32,8	20	31,3
	Hayır	23	35,9	24	37,5
	İlaç yok	20	31,3	20	31,2
Hastalık evresi	İlk atak	17	26,6	17	26,6
	Kronik	47	73,4	47	73,4

Kontrol grubunda yer alan hastaların %20,3'ü anksiyete bozukluğu, %32,8'i şizofreni, %29,7'si bipolar bozukluk, %17,2'si depresyon tanısı ile izlenmiştir.

Müdahale grubunda yer alan hastaların ise %15,6'sı anksiyete bozukluğu, %39,1'i şizofreni, %34,4'ü bipolar bozukluk, %10,9'u depresyon tanısı ile takip edilmiştir. Kontrol grubunda yer alan hastaların %54,7'sinin, müdahale grubunda yer alan hastaların %35,9'unun kliniğe başvurmadan önce aile veya çevre ile çatışma yaşama geçmişi vardır. Kontrol grubunda yer alan hastaların %32,8'inin, müdahale grubunda yer alan hastaların %14,1'inin madde kullanım öyküsü bulunmaktadır. Kontrol grubunda yer alan hastaların %62,5'i müdahale grubunda yer alan hastaların %57,8'i daha önce psikiyatri kliniğine yatmıştır. Kontrol grubunda yer alan hastaların %70,3'ünün hastaneye ilk yatışı iken, %29,7'si birden fazla kez hastaneye yatmıştır. Müdahale grubunda yer alan hastaların %81,3'ünün hastaneye ilk yatışı iken %18,7'si birden fazla kez hastaneye yatmıştır. Kontrol grubunda yer alan hastaların %48,4'ünün tanı süresi 1 yıl veya daha az, %20,3'ünün 2-3 yıl, %31,2'sinin 3 yıldan fazladır. Müdahale grubunda yer alan hastaların %45,3'ünün tanı süresi 1 yıl veya daha az, %18,8'inin 2-3 yıl, %35,9'unun tanı süresi 3 yıldan fazladır. Kontrol grubunda yer alan hastaların %32,8'i, müdahale grubunda yer alan hastaların %31,3'ü kliniğe yatmadan önce psikiyatrik ilaçlarını düzenli kullanmaktadır. Kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların %26,6'sı ilk atakları nedeniyle kliniğe yatırılmıştır (Tablo 4.2).

4.3. Kontrol ve Müdahale Gruplarının Saldırganlık Durumlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Tablo 4.3, 4.4 ve 4.5'te kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların saldırganlık durumlarına ilişkin karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Tablo 4.3. Uygulama öncesi saldırganlık durumlarının karşılaştırılması

Saldırgan davranışlar	Test	Evet		Odds	p
		n	n		
1. Hastanın klinikte personele veya hastalara sözel saldırıda bulunma durumu	Kontrol	62	2	31	2,03
	Müdahale	63	1	63	
2. Hastanın klinikte personele veya hastalara fiziksel saldırıda bulunma durumu	Kontrol	30	34	0,88	0,37
	Müdahale	16	48	0,33	
3. Hastanın klinikte saldırı sonucunda personel ya da diğer hastaları yaralama durumu	Kontrol	6	58	0,10	0
	Müdahale	0	64	0	
4. Hastanın saldırganlığı sonucu kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumu	Kontrol	61	3	20,33	0,10
	Müdahale	43	21	2,04	
5. Hastanın saldırganlığı sonucu mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumu	Kontrol	18	46	0,39	0
	Müdahale	0	64	0	

Tablo 4.3 incelendiğinde uygulama öncesinde kontrol ve müdahale grubundaki hastaların sözel ve fiziksel saldırıda bulunma, kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma oranlarının birbirlerine yakın olduğu görülmektedir. Bu durum müdahale ve kontrol grubundaki saldırgan davranışların uygulama öncesinde birbiri ile orantılı olduğunu göstermektedir. Hastanın saldırganlığı sonucu mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumu ve saldırı sonucunda personel ya da diğer hastaları yaralama durumu müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük çıkmıştır ($p=0,00$)

Tablo 4.4. Uygulama sonrası saldırganlık durumlarının karşılaştırılması

Saldırgan davranışlar	Gruplar	Evet		Hayır		X ²	P
		n	%	n	%		
1. Personele veya diğer hastalara saldırıda bulunma durumu	Kontrol	62	96,9	2	3,1	0,34 ¹	1,000
	Müdahale	63	98,4	1	1,6		
2. Personele veya diğer hastalara saldırıda bulunma durumu	Kontrol	30	46,9	34	53,1	6,65	0,010
	Müdahale	16	25,0	48	75,0		
3. Saldırı sonucunda personel ya da diğer hastaları yaralama durumu	Kontrol	5	9,0	59	92,2	5,20	0,023
	Müdahale	0	0,0	64	100,0		
4. Kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyuldu mu?	Kontrol	63	98,4	1	1,6	21,96	0,000
	Müdahale	43	67,2	21	32,8		
5. Mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyuldu mu?	Kontrol	18	28,1	46	71,9	20,94	0,000
	Müdahale	0	0,0	64	100,0		

¹Fisher's Exact Testi uygulanmıştır.

Tablo 4.4'e göre, kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların uygulama sonrasında personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma durumları arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p=1,00$). Müdahale ve kontrol gruplarının uygulama sonrası sözel saldırıda bulunma oranları birbirine oldukça yakındır.

Uygulama sonrasında kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların personel ya da diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($X^2=6,65$; $p=0,010$). Kontrol grubunda yer alan hastaların %46,9'u, müdahale grubunda yer alan hastaların %25'i personel veya diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunmuştur.

Kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların uygulama sonrasında personel ya da diğer hastaları yaralama durumları arasında anlamlı farklılık olduğu

belirlenmiştir ($X^2=5,20$; $p=0,023$). Kontrol grubunda yer alan hastaların %9'u personel ya da diğer hastaları yaralamışken, müdahale grubunda yer alan bireylerin hiçbiri (%0) personel ya da diğer hastaları yaralamamıştır

Kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların uygulama sonrasında kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyma durumları arasında anlamlı farklılığa rastlanmıştır ($X^2=21,96$; $p=0,01$). Kontrol grubunda yer alan hastaların %98,4'ünde, müdahale grubunda yer alan bireylerin %67,2'sinde uygulama sonrası kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulmuştur.

Uygulama sonrası kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyma durumları arasında da anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($X^2=20,94$; $p=0,001$). Kontrol grubunda yer alan hastaların %28,1'inde mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulurken, müdahale grubunda yer alan bireylerin hiçbirinde (%0,0) mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulmamıştır.

Tablo 4.5. Uygulama sonrası saldırganlık sayılarının karşılaştırılması

Saldırgan davranışlar	Gruplar	Ort±SS	Min/Max	Z	P
Personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma sayısı	Kontrol	9,73±7,39	0/32	-0,89	0,372
	Müdahale	8,16±5,67	0/25		
Personele veya diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunma sayısı	Kontrol	2,39±3,88	0/19	-3,09	0,002
	Müdahale	0,64±1,41	0/6		
Saldırı sonucunda personel ya da diğer hastaları yaralama sayısı	Kontrol	0,11±0,40	0/2	-2,27	0,023
	Müdahale	0,00±0,00	0/0		
Saldırganlığı sonucu kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayısı	Kontrol	6,91±5,07	0/21	-5,90	0,000
	Müdahale	2,52±3,20	0/13		
Saldırganlığı sonucu mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayısı	Kontrol	0,73±1,48	0/6	-4,54	0,000
	Müdahale	0,00±0,00	0/0		

Tablo 4.5'te yer alan müdahale ve kontrol gruplarının uygulama sonrası saldırganlık sayıları incelendiğinde; kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların klinikte personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma sayıları arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($p=0,372$).

Kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların uygulama sonrasında klinikte personel ya da diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunma sayıları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($Z=-3,09$; $p=0,002$). Kontrol grubunda yer alan

hastaların fiziksel saldırıda bulunma sayısı (Ort.=2,39), müdahale grubunda yer alan bireylerin fiziksel saldırıda bulunma sayısından (Ort.=0,64) daha yüksektir.

Kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların uygulama sonrasında klinikte personel ya da diğer hastaları yaralama sayıları arasında anlamlı farklılığa rastlanmıştır ($Z=-2,27$; $p=0,023$). Kontrol grubunda yer alan hastaların saldırı sonucunda personel veya diğer hastaları yaralama sayısı (Ort.=0,11), müdahale grubunda yer alan bireylerin personel ya da diğer hastaları yaralama sayısından (Ort.=0,00) daha yüksektir.

Uygulama sonrasında kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların saldırganlıkları sonucu kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayıları arasında anlamlı farklılık belirlenmiştir ($Z=-5,90$; $p=0,001$). Kontrol grubunda yer alan hastalarda saldırı sonucunda kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayısı (Ort.=6,91), müdahale grubunda yer alan hastalarda kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayısından (Ort.=2,52) daha yüksektir.

Kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastalarda uygulama sonrası saldırganlıkları sonucu mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayıları arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($Z=-4,54$; $p=0,001$). Kontrol grubunda yer alan hastalarda saldırı sonucunda mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayısı (Ort.=0,73), müdahale grubunda yer alan hastalarda mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayısından (Ort.=0,00) daha yüksektir.

Tablo 4.6.Kontrol ve müdahale gruplarının uygulama sonrası saldırganlık durumlarının karşılaştırılması

Saldırgan davranışlar	Gruplar	Evet		Hayır		Odss	p
		n	n	%	%		
1. Hastanın klinikte personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma durumu	Kontrol	62	2	96,8	31	2,03	
	Müdahale	63	1	98,4	63		
2. Hastanın klinikte personele veya diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunma durumu	Kontrol	30	34	46,8	0,88	0,038	
	Müdahale	16	48	25	0,33		
3. Hastanın klinikte saldırı sonucunda personel ya da diğer hastaları yaralama durumu	Kontrol	6	59	9,4	0,08	0,0	
	Müdahale	0	64	0	0		
4. Hastanın saldırganlığı sonucu kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumu	Kontrol	61	3	95,3	20,33	0,08	
	Müdahale	43	21	67,1	1,79		
5. Hastanın saldırganlığı sonucu mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumu	Kontrol	18	46	28,1	0,39	0,0	
	Müdahale	0	64	0	0		

Tablo 4.6 incelendiğinde uygulama sonrasında müdahale grubundaki hastalarda sözel saldırı görülme oranı %96,8 iken kontrol grubunda bu oran %98,4 olmuştur. Oranlar arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir ($Op=2,03$). Müdahale grubundaki hastalarda uygulama sonrası fiziksel saldırı görülme oranı %25 iken kontrol grubunda bu oran %46,8 olmuştur. Oranlar arasındaki bu fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p=0,038$). Personel ya da diğer hastaları yaralama durumu incelendiğinde müdahale grubundaki hastalarda bu oran %0 iken kontrol grubunda bu oran %9,4 olmuştur. Oranlar arasındaki bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,0$). Müdahale grubundaki hastalarda uygulama sonrasında kimyasal tespitte ihtiyaç duyulması oranı %67,1 iken kontrol grubunda bu oran %95,3 olmuştur. Oranlar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,08$). Müdahale grubundaki hastalarda uygulama sonrasında mekanik tespitte ihtiyaç duyulması oranı %0 iken kontrol grubunda bu oran %28,1 olmuştur. Oranlar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,0$).

Araştırma hipotezlerinden sözel saldırganlık davranışlarında azalma (H_{1-1}) dışında kalan; fiziksel saldırganlığın (H_{2-1}), diğer hasta ve personeli yaralama (H_{3-1}) sayılarının azalması, kimyasal tespit ve mekanik tespit ihtiyacının azalması (H_{4-1} ve H_{5-1}) hipotezleri kabul edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Psikiyatri kliniklerinde saldırgan davranışları yönetebilmek için çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bunlar temel olarak, baskıcı-zorlayıcı ve hasta işbirliğine dayalı alternatif yöntemlerdir. Bu çalışmada alternatif bir yöntem olan Bowers'ın geliştirdiği basitleştirilmiş sakinleştirme modeli kullanılmıştır ve sonuçlar göstermiştir ki saldırgan hastayı yatıştırma, saldırgan davranışın ortaya çıkmasını etkileyen durumu kontrol altına alma ve tekrarlanmasını önlemede bu model oldukça etkilidir. Modelin kullanımı ile kimyasal ve mekanik tespit ihtiyacı, saldırgan davranış sayısı ve fiziksel saldırıya bağlı yaralanmalar anlamlı biçimde azalmıştır. Bu bölümde, kontrol gruplu müdahale tasarımı olan bu çalışmanın bulguları literatür ışığında tartışılmıştır.

Bu çalışmada kontrol grubunda yer alan bireylere klinik rutin uygulamaları; müdahale grubunda yer alan bireylere Bowers'ın Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeline uygun girişimler yapılmıştır. Kontrol ve müdahale gruplarında uygulama sonrasında hastaların personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma durumları, sayıları ve oranları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Modelin sözel saldırı üzerindeki etkinliğinin anlamlı bulunmaması, klinikte saldırganlığın çoğunlukla sözel tepkilerle ortaya çıkıyor olması ve hem kontrol hem de müdahale grubu için sözel saldırıdan sonra müdahalelerin uygulanmaya başlanması ile ilişkili olabilir. Ayrıca saldırgan davranış sergileyen hastalar ile yapılan çalışmalar incelendiğinde, sözel saldırganlığın daha yaygın olduğu dikkat çekmektedir Hahn (77), saldırıya uğrayan hemşirelerin %72'sinin sözel saldırıya uğradığını bulurken Gabrovec ve arkadaşları (78) bu oranın %92.6 olduğunu ifade etmiştir. Uygulama öncesinde diğerlerini yaralama ve mekanik tespit ihtiyacının durum, sayı ve oranının müdahale grubu hastalarında kontrol grubu hastalarına göre anlamlı biçimde daha az çıkmasının anlamı; müdahale grubunda saldırganlık şiddeti yaralama evresine varana kadar modelin kullanılmış olması ve saldırganlık şiddetinin alevlenmesinin önüne geçilmesine bağlı olarak da mekanik tespite ihtiyaç duyulmaması şeklinde açıklanabilir.

Uygulama sonrası müdahale grubunda yer alan bireylerinin fiziksel saldırıda bulunma durumları, sayıları ve oranları kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede azalmıştır. Baskılayıcı-zorlayıcı yöntemlerin kullanıldığı durumlarda hastanın saldırganlık potansiyelinin azalmadığı, tespit ve tecrit ortadan kalktığına yıkıcı davranışlarına devam ettiği Ketelsen ve arkadaşlarının (79) yaptıkları çalışmada gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda elde edilen bu sonucun, nedeninin Sakinleştirme modelinin empati, saygı, ilgi ve hasta ile işbirliği içermesi, saldırganlığın ortaya çıkmasındaki soruna ilişkin çözümlerin uzlaşarak bulunması ve bu yolla eksitasyon ve agresyonun azalmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmalar sözel yollarla, terapötik iletişim teknikleri kullanılarak yapılan sakinleştirme müdahalelerinin, hastanın problemini çözmeye yönelik ve baş etmesini kuvvetlendiren ve hastaya değerli hissettiren yöntemler olmasından dolayı kliniklerde görülen saldırganlık sayısını azalttığını tespit etmişlerdir (6,12,18,21,22). Bu çalışmalar bizim çalışmamızın sonuçları ile uyumludur. Bu sonuç dikkate alındığında sözel saldırganlığı azaltmada, kontrol grubuna klinik rutinleri kapsamında yapılan girişimlerin yetersiz kaldığı ve hastaların sözel saldırganlığın yanı sıra fiziksel saldırganlık içeren davranışlar sergilediği, müdahale grubunda kullanılan Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli'nin ise sözel saldırganlığa fiziksel saldırganlık eşlik etmeden önce müdahale etme şansı vermesi açısından faydalı olduğu düşünülmektedir.

Uygulama sonrası müdahale grubunda yer alan bireylerinin personel ya da diğer hastaları yaralama durumları, sayıları ve oranları kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede azalmıştır. Yaralama durumu doğrudan ya da dolaylı fiziksel saldırı ile gerçekleştiğinden, model kullanımının fiziksel saldırıyı azaltması, hastanın kendisini ya da başkalarını yaralamasını da doğru orantılı olarak azaltmış olabilir. Bowers ve arkadaşlarının yaptıkları (27,73) çalışmada klinik ortamda saldırgan davranışı azaltmaya yönelik yapılan uygun müdahaleler ile saldırgan davranışın yıkıcı sonuçlarının da önüne geçildiğini söylenmektedir.

Uygulama sonrası müdahale grubunda yer alan bireylerin kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyma durumları, sayıları ve oranları kontrol grubundakilere

göre anlamlı derecede azalmıştır. Kontrol grubundaki bireylerde sakinleştirme yöntemi olarak öncelikli olarak kimyasal tespit tercih edilmesi bu grupta kimyasal sınırlama oranının yüksek çıkmasının sebebi olarak düşünülebilir. Bu durum da modelin etkinliğini gösteren bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Saldırgan davranış sergileyen hastalara müdahalede yaygın biçimde farmakoterapinin tercih edilmesinin nedeni her ne kadar sedasyonu sağlamak ve saldırganlığı hızlı bir şekilde sonlandırmak olsa da (80), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (81)'a göre, bu tercih edilecek son yöntem olarak tanımlanmaktadır. Bunun gerekçesi olarak da NICE (34), baskılayıcı zorlayıcı müdahalelerin terapötik hemşire-hasta ilişkisinde olumsuz bir etkisi olabileceğini ve hatta saldırganlığın artmasına neden olduğunu ileri sürmektedir. Bu sonuçların baskılayıcı zorlayıcı müdahalelerden kaçınılması, bu tür müdahalelerin en aza indirgenmesini benimseyen ve birey merkezli bir bakımı temel alan Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modelinin etkinliğini ortaya koyduğu söylenebilir.

Uygulama sonrası müdahale grubunda yer alan bireylerinin mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyma durumları, sayıları ve oranları kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede azalmıştır. Klinik rutin uygulamada, kimyasal sınırlama sonrası saldırgan davranışları devam eden hastalar mekanik tespit altına alınmaktadır. Kontrol grubundaki hastaların %28'inde kimyasal tespit hastanın sakinleşmesi için yeterli olmamış ve mekanik tespite gereksinim duyulmuştur. Bununla beraber müdahale grubunda ise mekanik tespite hiç ihtiyaç duyulmamıştır. Baskılayıcı-zorlayıcı yöntemler arasında yer alan tespit önce kimyasal sonra da mekanik tespit sıralaması ile uygulandığı dikkate alındığında müdahale grubunda yer alan hastaların mekanik tespite ihtiyaç duymamasının modelin etkinliğini gösterdiği düşünülmektedir. Bowers da yaptığı çalışmalarda terapötik iletişimin başka herhangi bir müdahaleye gerek kalmadan hastayı yatıştırabildiğini ifade etmiştir (12,18).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Saldırgan hastaların yatırılmasında kullanılan basitleştirilmiş sakinleştirme modelinin etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Uygulama öncesinde kontrol ve müdahale grubundaki hastaların sözel ve fiziksel saldırıda bulunma, kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma oranlarının birbirlerine yakın olduğu görülmektedir. Bu durum müdahale ve kontrol grubundaki saldırgan davranışların uygulama öncesinde birbiri ile orantılı olduğunu göstermektedir (Bkz. Tablo 4.3).
- Uygulama öncesinde saldırı sonucu diğerlerini yaralama ve mekanik tespit ihtiyacı müdahale grubunda kontrol grubuna göre anlamlı biçimde daha az görülmüştür. Kontrol grubunda diğerlerini yaralama 6 kişide gözükürken bu sayı müdahale grubunda sıfır olmuştur ($p=0,000$). Uygulama öncesinde kontrol grubunun mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayısı 18 iken müdahale grubunda mekanik tespite ihtiyaç duyulmamıştır ($p=0,000$) (Bkz. Tablo 4.3).
- Uygulama sonrasında kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma durumları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4.4).
- Uygulama sonrasında müdahale grubunda yer alan hastaların fiziksel saldırıda bulunma durumları kontrol grubundakilere göre anlamlı biçimde azalmıştır. ($X^2=6,65$; $p<0,05$). Kontrol grubunda yer alan bireylerin %46,9'u, müdahale grubunda yer alan bireylerin %25'i personel veya diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunmuştur(Bkz. Tablo 4.4).
- Uygulama sonrasında müdahale grubunda yer alan hastaların personel ya da diğer hastaları yaralama durumları kontrol grubundakilere göre azalmıştır ($X^2=5,20$; $p<0,05$). Kontrol grubunda yer alan hastaların %7,8'i personel ya da

diğer hastaları yaralamışken, müdahale grubunda yer alan hastaların hiçbiri personel ya da diğer hastaları yaralamamıştır (Bkz.Tablo 4.4).

- Uygulama sonrasında müdahale grubunda yer alan hastaların kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyma durumları kontrol grubundakilere göre anlamlı derecede daha az olmuştur ($X^2=21,96$; $p<0,05$). Uygulama sonrasında kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma oranı kontrol grubunda yer alan hastalarda %98,4 iken, müdahale grubunda bu oran %67,2 olmuştur (Bkz. Tablo 4.4).
- Uygulama sonrasında müdahale grubunda yer alan hastaların mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyma durumları kontrol grubundakilere göre anlamlı biçimde daha az olmuştur ($X^2=20,94$; $p<0,05$). Uygulama sonrasında mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma oranı kontrol grubunda %28,1 iken, müdahale grubunda bu oran %0 olmuştur (Bkz. Tablo 4.4).
- Müdahale ve kontrol gruplarının uygulama sonrası saldırganlık sayıları incelendiğinde; kontrol ve müdahale grubunda yer alan hastaların klinikte personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma sayıları arasında farklılık bulunmamıştır ($p=0,372$). (Bkz. Tablo 4.5).
- Uygulama sonrasında kontrol grubunda yer alan hastaların fiziksel saldırıda bulunma sayısı (Ort.=2,39), müdahale grubunda yer alan hastaların fiziksel saldırıda bulunma sayısından (Ort.=0,64) daha yüksek çıkmıştır (Bkz. Tablo 4.5).
- Kontrol grubundaki hastaların uygulama sonrasında klinikte personel ya da diğer hastaları yaralama sayıları müdahale grubunda yer alan hastaların personel ve diğer hastaları yaralama sayısından anlamlı biçimde daha yüksek çıkmıştır ($Z=-2,27$; $p=0,023$). Kontrol grubunda yer alan hastalarda saldırı sonucunda personel veya diğer hastaları yaralama sayısı ortalaması 0,11 iken, müdahale grubunda bu sayı ortalaması 0 olmuştur (Bkz. Tablo 4.5).
- Uygulama sonrasında kontrol grubunda yer alan hastalarda, müdahale grubundaki hastalara göre daha fazla kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir ($Z=-5,90$; $p=0,001$). Kontrol grubunda yer alan hastalarda

saldırı sonucunda kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayısı ortalaması 6,91 iken, müdahale grubunda yer alan hastalarda kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayısı ortalaması 2,52 olmuştur. (Bkz. Tablo 4.5).

- Uygulama sonrasında kontrol grubunda yer alan hastalarda, müdahale grubundaki hastalara göre daha fazla mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulduğu saptanmıştır ($Z=-4,54$; $p=0,001$). Uygulama sonrası mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma sayısı ortalaması kontrol grubunda 0,73 iken, müdahale grubunda bu ortalama 0 olmuştur (Bkz. Tablo 4.5).
- Uygulama sonrasında müdahale ve kontrol gruplarının sözel saldırganlık oranları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılığa rastlanmamıştır ($Op=2,03$) (Bkz. Tablo 4.6).
- Uygulama sonrasında müdahale grubunda fiziksel saldırı oranı (%25) kontrol grubuna (%46,8) göre istatistiksel açıdan anlamlı biçimde daha az olmuştur ($p=0,038$). (Bkz. Tablo 4.6).
- Uygulama sonrasında müdahale grubundaki hastalarda personel ya da diğer hastaları yaralama oranı (%0) kontrol grubuna göre (%9,4) istatistiksel açıdan anlamlı biçimde daha az olmuştur ($p=0,0$) (Bkz. Tablo 4.6).
- Uygulama sonrasında müdahale grubunda kimyasal tespite ihtiyaç duyulma oranı (%67,1) kontrol grubuna (%95,3) göre istatistiksel açıdan anlamlı biçimde daha az olmuştur ($p=0,08$). (Bkz. Tablo 4.6).
- Uygulama sonrasında müdahale grubunda mekanik tespite ihtiyaç duyulma oranı (%0) kontrol grubuna (%28,1) göre istatistiksel açıdan anlamlı biçimde daha az olmuştur ($p=0,0$) (Bkz. Tablo 4.6).

6.2. Öneriler

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Uygulanan modelin, fiziksel saldırı, personel ve/veya diğer hastaları yaralama durumunu, kimyasal ve mekanik tespite ihtiyacı ve saldırgan davranış sayısını anlamlı biçimde azaltması sebebiyle, kliniklerde daha yaygın olarak

kullanılması önerilebilir. Bu modelin kliniklerde yerleşik bir uygulamaya dönüşmesi yoluyla insancıl bir ortamın ve kültürün oluşması, böylece hastaların saldırganlığının hiç ortaya çıkmamasının ya da daha hafif şekilde atlatılmasının sağlanması yararlı olabilir.

- Modelin kullanımının yaygınlaşabilmesi için gerek hemşireleri gerekse hastayla doğrudan çalışan diğer sağlık personelinin kapsayacak nitelikte hizmet içi eğitim planlamalarının yapılması ve hayata geçirilmesi sağlanabilir.
- Modelin sözel saldırı üzerinde etkinliğinin anlamlı çıkmaması, klinik agresyonun çoğunlukla sözel tepkilerle ortaya çıkıyor olması ve müdahale grubu için sözel saldırıdan sonra modelin kullanılmaya başlanması nedeniyle olabileceğinden daha sonra yapılacak uygulama ve çalışmalarda da bu noktanın dikkate alınması önerilebilir.
- Saldırganlığın ne zaman başladığının belirlenmesi sıkıntılı bir konu olduğu için, saldırganlığın başlama noktalarının somut olarak ortaya konmasını sağlayacak ölçüm araçlarının (kontrol listesi, ölçek vb.) geliştirilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Violence And Injury Prevention [İnternet] 2014 [Erişim Tarihi: 10 Mart 2017].
Erişim Adresi:
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/
2. Pekriz Ş. Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Algılamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2009
3. Yalçın Ö, Erdoğan A. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojik, Psikososyal ve Çevresel Nedenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2013;5(4):388-419.
4. Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, Poelmans J, Dassen T. Perception of Aggression Among Psychiatric Nurses in Switzerland. [İsviçre’de Psikiyatri Hemşireleri Arasındaki Saldırganlık Algısı]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002;106 (412):110–117.
5. Wells J, Bowers L. How Prevalent is Violence Towards Nurses Working in General Hospitals in The UK? [İngiltere’de Genel Hastanedeki Hemşirelik Hizmetlerine Yönelik Şiddet Sıklığı Ne Kadar?]. *Journal of Advanced Nursing*, 2002;39 (3):230–240.
6. Jansen GJ, Dassen TWN, Jebbink GG. Staff Attitudes Towards Aggression in Health Care: A Review Of The Literature. [Sağlık Bakımında, Personelin Saldırgan Hastaya Karşı Tutumları]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005;12:3–13.
7. Turgut T, Lagace D, İzmir M, Dursun S. Assessment of Violence and Aggression in psychiatric Settings: Descriptive Approaches. [Psikiyatri Hizmetlerinde Saldırganlık ve Şiddet Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Yaklaşım]. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2006;16:179-194.
8. Öner S. Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Agresyonuna Gösterilen Tepkiler İle Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Düzce; Düzce Üniversitesi: 2011.
9. Annagür B. Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Violence Towards Health Care Staff: Risk Factors, Aftereffects, Evaluation and Prevention*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry*. 2010;2(2):161-173.
10. Price O, Baker J, Bee P, Lovell K. learning And Performance Outcomes Of Mental Health Staff Training in De-Escalation Techniques For The Management Of Violence And Aggression. *The British Journal Of Psychiatry*. 2015;206:447–455. Doi: 10.1192/bjp.bp.114.144576
11. Bowers L, Alexander J, Simsson A, Ryan C, Carr-Walker P. Student Psychiatric Nurses’ Approval of Containment Measures: Relationship to Perception of Aggression and Attitudes to Personality Disorder. [Psikiyatri Hemşireliği

- Öğrencilerinin Saldırganlık Algıları ve Kişilik Bozukluğuna Tutumları Arasındaki İlişki]. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;44:349-356.
12. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive Behaviour on Acute Psychiatric Wards: Prevalence, Severity and Management. [Akut Psikiyatri Kliniklerinde Saldırgan Davranış: Şiddet, Sıklık ve Yönetimi]. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 58(2):140-149.
 13. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and metaanalysis. *PLoS Med* . 2009;6:e1000120.
 14. Arguvanlı Çoban S. Agresyon Yönetimi Konusunda Verilen Eğitimin Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi [Doktora Tezi]. Kayseri; Erciyes Üniversitesi: 2011.
 15. Bilici R, Sercan M, Tufan AE. Psikiyatrik Hastalarda Saldırganlık ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26,190-198.
 16. KarenLeigh E, Karen O, Philip W, Steve L. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*. 2014;23(12). pp. 653659. ISSN 09660461
 17. Kavak F, Ekinci M. Psikiyatri Klinikinde Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddet. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*. 2013;2(3):290-298.
 18. Bowers L. How Expert Nurses Communicate with Acutely Psychotic Patients.[Akut Psikotik Hastalarla Uzman Hemşirelerin İletişimi]. *Mental Health Practice*. 2010;13(7):24-26.
 19. Bilici R, Sercan M, Tufan AE. Psikiyatrik Hastalarda Saldırganlık ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 2013;26,190-198.
 20. Randy A, Sansone MD, Lori A. Patient Aggression: Is The Clinical Practice Setting Safe? [Saldırgan Hasta: Klinik Uygulamalar Güvenli mi?]. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 2014;11(11–12):36–40.
 21. Cowin L, Davies R, Estall G. De-Escalating Aggression and Violence in The Mental Health Setting. [Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Şiddet ve Saldırganlığın Yatıştırılması]. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2003;12:64–73.
 22. Finfgeld, D. Model of Therapeutic and Non-Therapeutic Responses to Patient Aggression *Mental Health Nursing*. [Ruh Sağlığı Hemşireliğinde Hasta Saldırganlığına Karşı Terapötik ve Non-Terapötik Sorumlulukların Modeli]. *Issues in Mental Health Nursing*. 2009;30:530–537.
 23. Goossens PJJ, AchterbergTV, Knoppert-Van Der KleinEAM. Nursing Processes Used in The Treatment of Patients with Bipolar Disorder. [Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisinde Hemşirelik Sürecinin Kullanılması]. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2007;16:168–177.

24. Lesinskiene S, Jegorova N, Ranceva N. Nursing of Young Psychotic Patients: Analysis of Work Environments and Attitudes. [Genç Psikotik Hastaların Hemşireliği: İş Ortamı ve Tutumunun Analizi]. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2007;14:758–764.
25. Ünal S. Psikiyatri Kliniklerinde Şiddet Yönetimi. İstanbul Üniversitesi Florence Nittingale Hemşirelik Dergisi. 2011;19(2):116-121.
26. Lim BCE. A Systematic Literature Review: Managing The Aftermath Effects Of Patient's Aggression And Violence Towards Nurses. [Sistematik İnceleme: Hastanın Hemşirelere Karşı Saldırganlık ve Şiddetinin Etkilerinin Sonuçlarının Yönetimi]. Singapore Nursing Journal. 2011; 38(3):6-12.
27. Bowers L. A Model Of De-Escalation. [Bir Sakinleştirme Modeli]. Mental Health Practice. 2014;17(9):36-37.
28. Türk Dil Kurumu [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi: 6 Ocak 2015]. Erişim Adresi: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&kelimesec=271739
29. Ayan S. Şiddet ve Fanatizm. C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi. 2006;7(2):191-209.
30. World Health Organization, Violence And Health: Task Force On Violence And Health, Cenevre [İnternet] 2013 [Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2015]. Erişim Adresi: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf
31. İmer Aras H. Şizofrenide Şiddet. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2014;6(1):45-55
32. Wikipedia [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi: 18 Nisan 2017]. Erişim Adresi: <https://tr.wikipedia.org/wiki/%C5%9Eiddet>,
33. Türk Dil Kurumu [İnternet]. 2017 [Erişim Tarihi: 6 Ocak 2015]. Erişim Adresi: http://tdk.gov.tr/index.php?option=com_yanlis&view=yanlis&kelimez=7
34. National Institute for Health and Care Excellence [İnternet]. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. 2015 [Erişim Tarihi: 10 Mart 2017]. Erişim Adresi: <http://tinyurl.com/o8et8fs>
35. Yıldız A. Akut Ajitasyon Sağaltımında Benzodiazepinlerin, Tipik ve Atipik Antipsikotiklerin Yeri: Bulguların Gözden Geçirilmesi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2003;14(2):134-144.
36. Kozcu Ş. Saldırganlığın Kuramsal Analizi. Seminer 4, İzmir, Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayını. 1985;1:171-181.
37. Oral G, Atamer A. Psikolojik Kuramlar ve Agresyon Üzerine Bir Derleme. Adli Psikiyatri Dergisi. 2004;1(1): 43-57.

38. Bandura A, Ross D, Ross SA. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 1961;63:575-582
39. Mohr WK, Mohr BD. Brain, Behavior, Connections and Implications: Psychodynamics no More. *Arch Psychiatr Nurs*. 2001;15:171-181.
40. Volavka J. The Neurobiology of Violence: An update. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1999;11:307-314.
41. Abay E, Tuğlu C. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*. 2000;3:21-26.
42. Başıoğlu C. Saldırđanlık Davranışının Biyolojik Belirleyicilerinin Araştırılmasına Yönelik Bir Çalışma [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara; GATA:1998.
43. Batıgün A. İntihar ile ilişkili bazı değişkenler: Öfke/ Saldırđanlık, dürtüsel davranışlar, problem çözme becerileri, yaşam sürdürme nedenleri. *Kriz Dergisi*. 2004;12(2):49- 61.
44. Walter B. Aggression and Violence: Examine The Theories. *Nurs Stand*. 1998;12:36-37.
45. Ulusoy O. Ergenlerde Bilişim Teknolojileri Kullanımı ve Saldırđanlık İlişkisi [Yüksek lisans tezi] Adana;Çukurova Üniversitesi:2008
46. Tekinsav Sütcü GS. Ergenlerde Öfke ve Saldırđanlıđı Azaltmaya Yönelik Bilişsel Davranıcı Bir MüdahaleProgramının Etkililiğinin Değerlendirilmesi [Doktora Tezi] İzmir;2006.
47. Anderson CA, Bushman BJ. Effects Of Violent Games On Aggressive Behavior, Aggressive Cognition, Naggressive Affect,Physiological Arousal, and Prosocial Behavior: A Meta-Analytic Review Of The Scientific Literature. *Psychological Science*.2001;12:353–359.
48. Anderson CA, Dill KE. Video games and aggressive thoughts, feelings, and behavior in the laboratory and in life.” *J Personality Soc Psychol*. 2000;78:772-790.
49. Altıntaş N. Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul, 2006.
50. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 31(2):452-60.
51. Uysal S. Akut Psikiyatri Kliniklerinde Fiziksel Agresyon Riskinin Tanılanması [Yüksek lisans tezi]. İstanbul; İstanbul Üniversitesi, Florance Nigtnale Hemşirelik Yüksek Okulu:2014.
52. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielsen O, de Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(6):e0128536. doi:10.1371/journal.pone.0128536

53. Morrison EF, Love CC. An Evaluation of Four Programs for The Management of Aggression in Psychiatric Settings. *Arch Psychiatr Nurs.* 2003;17(4):146-155.
54. Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, Arnetz B. Violence in Mental Health Care: The Experiences of Mental Health Nurses And Psychiatrists. *J Adv Nurs.*1999;30:934-41.
55. Gerberich SG, Church, TR, McGovern PM. Risk Factors for Work-Related Assaults on Nurses. *Epidemiology.* 2005(Sept); 16(5):704-709
56. 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
57. 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]. İstanbul; Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi:2008
58. Jonker EJ, Goossens PJJ, Steenhuis IHM, Oud NE. Patient Aggression in Clinical Psychiatry: Perceptions of Mental Health Nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008;15:492-499
59. Maquire J, Ryan D. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.* 2007;14:120-127.
60. Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2002;106:133-141
61. Woods P. Risk to others. İçinde Alyson M.Kettles ve Phill Woods (ed). *Risk Assessment and Management in Mental Health Nursing.* First Edition, Blackwell, p:109-143, 2009.
62. Haim R, Rabinowitz J, Lereya J, Fennig S. Predictions Made by Psychiatrists and Psychiatric Nurses Of Violence By Patients. *Psychiatric Services.* 2002;53 (5):622-624
63. Chen CS, Hwu GH, Williams A. Psychiatric Nurses' Anxiety and Cognition in Managing Psychiatric Patients' Aggression. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2005;19(3): 141-149
64. Zahavy AD,Goldblatt H, GranotM,Hirschmann S, KostintskiH. Control: Patients' Aggression in Psychiatric Settings. *Qualitive Health Research.* 2011;22(1):43-53
65. Steinert T. Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2002;106:133-141
66. Ferns T. Violence, Aggression and Physical Assault in Healthcare Settings. *Nurs Stand.* 2006;21(13), 42-46.
67. Cutcliffe JR. Aggression and Violence in Contemporary Mental Health Care: Heading in The Right Direction? [Modern Ruh Sağlığı Bakımında Saldırganlık

- Ve Şiddet: Doğru İstikamete Yönlendirme]. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2013;22:473–474.
68. Adaş E, Elbek O, Bakır K. Hekimlere Yönelik Şiddet ve Hekimlerin Şiddet Algısı. Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-1.Gaziantep: Türk Tabipleri Birliği-Kilis: 2008.
 69. Bowers L, Brennan G, Flood, C, Lipang M, Oladapo P. Preliminary Outcomes of A Trial to Reduce Conflict and Containment on Acute Psychiatric Wards: City Nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13:165-172
 70. Ferguson CJ, Beaver KM. Natural Born Killers: The Genetic Origins Of Extreme Violence. *Aggression Violent Behav*. 2009;14:286-294.
 71. Rowe DC, Stever C, Chase D, Sherman S, Abramowitz A, Waldman ID. Two Dopamine Receptor Genes Related To Reports Of Childhood Retrospective Inattention And Conduct Disorder Symptoms. *Mol Psychiatry*. 2001;6:429-433.
 72. Whittington R. Attitudes Toward Patient Aggression Amongst Mental Health Nurses İn The 'Zero Tolerance' Era: Associations With Burnout And Length Of Experience. *J Clin Nurs*. 2002;11:819–825
 73. Security Services [internet].2014 [Erişim Tarihi: 13 Mart 2015] Erişim Adresi: www.kcl.ac.uk/mentalhealthnursing
 74. Hemşirelik Yönetmeliği [internet]. 2011 [Erişim Tarihi: 12 Haziran 2017] Erişim Adresi: <http://turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik/hemsirelik%20%202011.pdf>
 75. American Nurses Association, Scope and Standarts of Psychiatric Mental Health Nursing Practice, American Nurses Publishing, Washington, D.C., 2000.
 76. V McCann T, Baird J, Muir-Cochrane E. Attitudes Of Clinical Staff Toward The Causes And Management Of Aggression in Acute Old Age Psychiatry İnpatient Units. *BMC Psychiatry*. 2014;14(80):2-9
 77. Hahn S. Factors Associated With Patient and Visitors Violence Experienced By Nurses in General Hospitals İn Switzerland: A Cross-Sectional Survey. *Journal Of Clinical Nursing*. 2010;19:23-24.
 78. Gabrovec B, Erzen I, Lobnikar B. The Prevalence And The Nature of Violence Directed At The Medical Staff in Psychiatric Health Care in Slovenia. *Journal Of Society For Development İn New Net Environment İn B&H*. 2014;8(2):228-234.
 79. Ketelsen R, Zechert C, Driessen M, Schulz M. Characteristics of aggression in a German psychiatric Hopsital and predictors of patients at risk. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2007;14:92–99.
 80. Duxbury J, Wright K Should Nurses Restrain Violent And Aggressive Patients? *Nurs Times*. 2011;107(9): 22-25
 81. National Institute for Health and Care Excellence [İnternet]. Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient

psychiatric settings and emergency department. 2005 [Erişim Tarihi: 10 Mart 2017]. Erişim Adresi: <http://tinyurl.com/pnah2mr>

8. EKLER

EK-1: HASTA TANITICI BİLGİ FORMU

1. Hastanın yaşı.....
2. Cinsiyeti
3. Tanısı.....
4. Öğrenim durumu.....
5. Medeni durumu.....
6. Hastanın çalışma durumu?
 - a. Düzenli bir işi var
 - b. Düzenli bir işi yok
7. Hastanın ekonomik durumunu aşağıdakilerden hangisi tanımlamaktadır?
 - a. Gelir giderden az
 - b. Gelir gidere denk
 - c. Gelir giderden fazla
8. Hasta kiminle birlikte yaşıyor?.....
9. Hasta kliniğe yatmadan önce nerde yaşıyordu?
 - a. Köy
 - b. İlçe
 - c. İl
10. Kliniğe başvurmadan önce çevresi ya da ailesi ile bir çatışma yaşad mı?
 - a. Evet
 - b. Hayır
11. Hastanın madde kullanım öyküsü var mı?
 - a. Evet. Belirtiniz
 - b. Hayır
12. Daha önce hastaneye yatmış mı?
 - a. Evet. Belirtiniz
 - b. Hayır
13. Hastanın psikiyatrik tanısı kaç yıldır var?.....
14. Hasta kliniğe gelmeden önce psikiyatrik ilacını düzenli kullanıyor muydu?
 - a. Evet
 - b. Hayır

EK-2: UYGULAMA ÖNCESİ SALDIRGANLIK DEĞERLENDİRME FORMU

	Evet	Hayır
1. Hasta klinikte personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunuyor mu?		
2. Hasta klinikte personele veya diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunuyor mu?		
3. Hasta klinikte saldırı sonucunda personel ya da diğer hastaları yaraladı mı?		
4. Hastanın saldırganlığı sonucu kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyuldu mu?		
5. Hastanın saldırganlığı sonucu mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyuldu mu?		

EK-3: UYGULAMA SONRASI SALDIRGANLIK DEĞERLENDİRME FORMU

1. Yatışı süresince hasta aşağıdaki saldırgan davranışlardan hangilerini kaç kez gerçekleştirdi?
 - Personele veya diğer hastalara sözel saldırı.....kez
 - Personele veya diğer hastalara fiziksel saldırıkez
 - Saldırı sonucunda personel ya da diğer hastaları yaralamakez
2. Hastanın saldırganlığı sonucu kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyuldu mu?
 - a. Evetkez
 - b. Hayır
3. Hastanın saldırganlığı sonucu mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyuldu mu?
 - a. Evetkez
 - b. Hayır

EK-4: BASİTLEŞTİRİLMİŞ SAKİNLEŞTİRME MODELİ ÖĞRETİMİ

Modelin uygulanması sırasında hafta sonu, gece vardiyası ve araştırmacının klinikte bulunmadığı herhangi bir zaman diliminde hastalara uygulama farklılığı olmaması açısından modelin kullanımı tüm klinik hemşirelerine anlatılmıştır. Eğitim, modelin anlaşılmasında yardımcı olacağı düşünülen bilgileri içermektedir.

1. OTURUM: PSİKİYATRİ SERVİSLERİNDE SALDIRGANLIK

Amaçlar:

- ✓ Saldırganlık kavramını ve çeşitlerini anlatmak,
- ✓ Genel anlamda sağlık hizmetlerinde karşılaşılan saldırganlık durumları hakkında bilgilendirmek,
- ✓ Psikiyatri kliniklerinde görülen saldırganlık durumlarını ve bu durumların etkilerini anlatmak,
- ✓ Saldırgan davranış yönetiminde psikiyatri hemşiresinin rolünü netleştirmek.

Hedef Davranışlar:

Hemşireler,

- Saldırganlık kavramını tanımlayabilirler,
- Saldırganlık çeşitlerini bilirler,
- Fiziksel ve sözel saldırganlığı açıklayabilirler,
- Saldırganlık olaylarının sağlık kurumları üzerindeki olumsuz etki ve sonuçlarını açıklayabilirler,
- Psikiyatri hizmetlerinde saldırganlık konusunun önemini açıklayabilirler,
- Saldırgan davranışı olan bireyin sağlık personeline etkisini açıklayabilirler,
- Psikiyatri hemşireliği açısından saldırgan davranışların önemini açıklayabilirler.

Eğitim Yöntemleri

- Soru-cevap
- Anlatım
- Beyin fırtınası
- Tartışma

Araç-Gereç-Materyal

- Barkovizyon
- Tahta
- Kalem

Oturum İçeriği ve İşleyiş

- Oturumun amaçları açıklanır.
- Saldırgan davranışlara ilişkin hemşirelerin deneyimleri sorulur ve bununla nasıl baş ettiklerini kısaca anlatmaları istenir. Daha sonra barkovizyon yardımı ile konu anlatılmaya başlanır.
- Saldırganlık kavramının tanımı yapılır ve türleri açıklanır. Katılımcıların saldırganlık türleri ile ilgili kendi deneyimleri sorulur ve kavramların somutlaştırılması sağlanır. Hemşirelerin fiziksel ve sözel saldırıya maruz kalma oranlarına araştırmalardan örnekler verilir.
- Sağlık kurumlarında saldırganlığın çalışana, hasta ve hasta yakınına etkisi anlatılır, hemşirelerin deneyimleri sorulur.
- Psikiyatri hemşiresinin saldırgan davranışı olan bireye karşı yaklaşımları ve sorumlulukları anlatılır, hemşirelere saldırganlık yönetimini nasıl yaptıkları sorulur.
- Psikiyatri kliniklerinde görülen saldırganlığın evrensel bir sorun olduğu yapılan araştırmalarla anlatılır.

- Oturum sonunda hemşirelere oturumda paylaşılanlarla ilgili soruları olup olmadığı sorulur, eğer varsa soruları cevaplanır. Oturum, eğer varsa gönüllü bir üye tarafından, eğer yoksa öğretici tarafından özetlenerek sonlandırılır.

2. OTURUM: SALDIRGAN DAVRANIŞIN OLUŞUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Amaçlar:

- ✓ Saldırgan davranışın oluşumunda rol oynayan faktörleri sıralamak,
- ✓ Saldırgan davranışı ortaya çıkaran faktörleri sıralamak.

Hedef Davranışlar:

Hemşireler,

- Saldırgan davranışın oluşumuna yol açan hasta ilgili faktörleri sayabilirler,
- Saldırgan davranışın oluşumuna yol açan çevresel faktörleri sayabilirler,
- Saldırgan davranışın oluşumuna yol açan sağlık personeli ilgili faktörleri sayabilirler.

Eğitim Yöntemleri

- Soru-cevap
- Anlatma
- Tartışma

Araç-Gereç-Materyal

- Barkovizyon
- Tahta
- Kalem

Oturum İçeriği ve İşleyiş

- Konunun amaçları açıklanır.

- Hemşirelere “gözlemlerinize göre sizce hastanın saldırganlaşmasına sebep olan faktörler neler olabilir” sorusu sorularak konuya ilişkin görüşleri öğrenilir.
- Barkovizyon yardımı ile saldırganlığa yol açan;
 - Bireysel
 - Çevresel
 - Sağlık personeli ile ilgili faktörler anlatılır.
- Saldırganlığa yol açan ve ortaya çıkaran sebepler beyin fırtınası yöntemi ile hemşirelerle tartışılır ve konu barkovizyon yardımı ile sunulur.
- Oturum sonunda hemşirelere oturumda paylaşılanlarla ilgili soruları olup olmadığı sorulur, eğer varsa soruları cevaplanır. Oturum, eğer varsa gönüllü bir üye tarafından, eğer yoksa öğretici tarafından özetlenerek sonlandırılır.

3. OTURUM SALDIRGAN DAVRANIŞIN AŞAMALARI

Amaçlar:

- ✓ Hemşirelerin, saldırganlığın gelişim aşamalarını öğrenmelerini sağlamak,
- ✓ Her bir aşamada bireyin gösterdiği davranış özelliklerini sayabilmelerini sağlamak,
- ✓ Aşamalarına göre saldırganlığa yaklaşımın farklı olduğunu bilmelerini sağlamak.

Hedef Davranışlar:

Hemşireler,

- Saldırganlık sürecini tanımlayabilirler,
- Saldırganlığın gelişiminde yer alan aşamaları sayabilirler;

- Birikmiş Anksiyete (Mounting anxiety) aşamasının özelliklerini söyleyebilirler,
 - Sözel kontrol kaybı (Loss of verbal control) aşamasının özelliklerini söyleyebilirler,
 - Fiziksel kontrol kaybı (Loss of physical control) aşamasının özelliklerini söyleyebilirler.
- Smith'in stres modeline göre saldırgan tepkilerin beş aşamasını ve bu aşamaların özelliklerini bilirler;
 - Tetikleyici aşamanın özelliklerini sayabilirler,
 - Şiddetlenen aşamanın özelliklerini sayabilirler,
 - Kriz aşamasının özelliklerini sayabilirler,
 - Kriz sonrası depresyon aşamasının özelliklerini sayabilirler,
 - İyileşme aşamasının özelliklerini sayabilirler.

Eğitim Yöntemleri

- Soru-cevap
- Anlatma
- Tartışma

Araç-Gereç-Materyal

- Barkovizyon
- Tahta
- Kalem

Oturum İçeriği ve İşleyişi

- Oturumun amaçları açıklanır.
- Hemşirelere deneyimleri doğrultusunda hastada saldırganlığın nasıl başladığını ve sürecin nasıl ilerlediğini örneklerle anlatmaları istenir.

Anlatılan deneyimler üzerinden beyin fırtınası yapılarak saldırganlık aşamaları tahtaya yazılır.

- Saldırganlığın gelişim aşamaları eğitici tarafından soru-cevap tekniği kullanılarak barkovizyon ile de desteklenerek anlatılır.
- Hemşirelere “hastayı saldırganlık aşamalarına göre takip etmek neden önemlidir, faydaları neler olabilir?” soruları sorularak hemşirelerden alınan cevaplar ile teorik bilgi tartışılır.
- Oturum sonunda hemşirelere oturumda paylaşılanlarla ilgili soruları olup olmadığı sorulur, eğer varsa soruları cevaplanır. Oturum, eğer varsa gönüllü bir üye tarafından, eğer yoksa öğretici tarafından özetlenerek sonlandırılır.

4. OTURUM: SALDIRGANLIK AŞAMALARINA GÖRE HEMŞİRE YAKLAŞIMLARI

Amaç:

- ✓ Saldırgan davranışı olan bireye yaklaşım türlerini bilmelerini sağlamak.

Hedef Davranışlar:

Hemşireler,

- Saldırganlık davranışı olan bireye klasik yaklaşım olarak adlandırılan baskılayıcı-zorlayıcı yaklaşımları sayabilirler,
- Saldırganlık davranışı olan bireye güncel yaklaşım olarak adlandırılan saygılı ve empatik yaklaşımları sayabilirler,
- Tetikleyici aşamadaki bireye yaklaşımda dikkat edilecek noktaları söyleyebilirler,
- Şiddetlenen aşamadaki bireye yaklaşımda dikkat edilecek noktaları söyleyebilirler,
- Kriz aşamasındaki bireye yaklaşımda dikkat edilecek noktaları söyleyebilirler,

- İyileşme ve depresyon aşamasındaki bireye yaklaşımda dikkat edilecek noktaları söyleyebilirler.

Eğitim Yöntemleri

- Soru-cevap
- Anlatma
- Tartışma
- Beyin fırtınası

Araç-Gereç-Materyal

- Barkovizyon
- Tahta
- Kalem

Oturumun İçeriği ve İşleyişi

- Oturumun amaçları açıklanarak giriş yapılır.
- Saldırganlığın aşamaları hemşirelerle soru-cevap şeklinde tekrar gözden geçirilir ve hangi aşamada uygun yaklaşımın ne olabileceği beyin fırtınası yöntemi ile tartışılır.
- Saldırganlığa yönelik klasik ve güncel yaklaşımlar literatür ışığında hemşirelere anlatılır ve uygulamaya olan katkıları hemşirelerle tartışılır. Barkovizyon aracılığı ile konu anlatılır.
- Oturum sonunda hemşirelere oturumda paylaşılanlarla ilgili soruları olup olmadığı sorulur, eğer varsa soruları cevaplanır. Oturum, eğer varsa gönüllü bir üye tarafından, eğer yoksa öğretici tarafından özetlenerek sonlandırılır.

5. OTURUM: BASİTLEŞTİRİLMİŞ SAKİNLEŞTİRME MODELİ

Amaçlar:

- ✓ Basitleştirilmiş sakinleştirme modelinin anlaşılmasını sağlamak,

- ✓ Modelin etkili bir şekilde saldırgan davranış gösteren hastalarda nasıl kullanılabileceğinin anlaşılmasını sağlamak.

Hedef Davranışlar:

Hemşireler,

- Basitleştirilmiş sakinleştirme modelini tüm aşamalarıyla anlatabilirler,
- Modelin kullanımının yararlarını sayabilirler,
- Modelin hemşirelik uygulamalarına katkısını söyleyebilirler,
- Modeli etkili bir şekilde kullanabilirler.

Eğitim Yöntemleri

- Soru-cevap
- Anlatma
- Tartışma
- Beyin fırtınası
- Vaka tartışması

Araç-Gereç-Materyal

- Barkovizyon
- Tahta
- Kalem
- Poster

Oturumun İçeriği ve İşleyişi

- Oturumun amaçları açıklanarak giriş yapılır.
- Basitleştirilmiş sakinleştirme modelinin nasıl ve kimler tarafından nerede oluşturulduğu anlatılır. Modelin içeriği hemşirelere anlatılır ve modelin kullanımının kliniğimizde kullanımının katkılarının neler olabileceği sorularak beyin fırtınası yapılır.
- Modelin aşamaları olan;
 - Durumu sınırlandırma

- Açıklığa kavuşturmak
- Çözüm

aşamaları ayrıntılı olarak anlatılır.

- Bu aşamaları uygularken sağlık personelinin kendini nasıl kontrol altına alacağı ve saygı-empati basamaklarının nasıl kullanılacağı anlatılır. Öğretici ve grup üyeleri tarafından modeli en iyi öğrendiği ve uygulayacağı düşünülen bir üye seçilir. Bu üyeden modelin bastırılmış bir posteri aracılığıyla, modelin nasıl uygulanacağını diğerlerine tekrar anlatması istenir. Ardından örnek bir saldırgan hasta vakası verilir ve bu vaka üzerinden üyelerle birlikte model içeriği doğrultusunda hemşirelik yaklaşımlarının neler olması gerektiği tekrar gözden geçirilir ve uygulanır. Üyelerin hepsinin modelin en az bir kez doğru uyguladığından emin olunduktan sonra oturumun sonlandırılmasına geçilir.
- Oturum sonunda hemşirelere oturumda paylaşılanlarla ilgili soruları olup olmadığı sorulur, eğer varsa soruları cevaplanır. Oturum, eğer varsa gönüllü bir üye tarafından, eğer yoksa öğretici tarafından özetlenerek sonlandırılır.

EK-5: SALDIRGAN HASTA BASİTLEŞTİRİLMİŞ SAKİNLEŞTİRME MODELİ

SAKİNLEŞTİRME İÇİN İPUÇLARI

KENDİNİZİ KONTROL EDİN

- Hasta ile iletişimde hissedebileceğin herhangi bir anksiyete ya da engellenme duygusuna izin verme
- Hastanın bakış açısını ve koşulları anladığından, yani huzursuz olmadığından ve kendi saldırganlık yönetim becerilerinden, destek ekibinden ve tespit becerilerinden emin ol
- Anksiyete veya engellenme hissedersen bunu ifade etme
- Sakin ve güvenli bir şekilde eylemde bulun, gergin olmayan yüz ifadesi kullan, açık ve savunmacı olmayan beden dili sergile, yumuşak şekilde konuş, yavaş şekilde ve nazik hareket et ve derin soluk al
- Kendini gözlemekten ve yetersiz kalabileceğin durumları düşünmekten kaçın; dikkatini duruma yoğunlaştır.
- Durumu kişisel alma
- Hasta öfkelenildiğinde ve sana bağırdığında aslında bağırdığı şeyin; zaman, hastane, psikiyatri, kurum, ruh sağlığı yasası ya da senin sembolü olduğun şeyler olduğunu hatırla
- Kendini savunmaya ya da haklı çıkarmaya gerek duyma, hastayı eleştirme, yanlış olduğu konusunda tartışma ve sana yöneltilen herhangi bir aşağılamaya kesinlikle düz-tekdüze duygusal yanıt verme

SINIRLAMA KOYUN

"Kendinin ve diğerlerinin güvenliğini sağla"

- Kendini riske sokmayacak şekilde saldırgan kişi ile uygun mesafeyi ayarla
- Diğer hastaları ortamdan uzaklaştır.
- Güvenlik için destek çağır
- Saldırgan hastayı daha sessiz bir alana götür
- Eğer varsa ve gerekliyse alarm sistemini aktive et.

AÇIKLIĞA KAVUŞTURUN

"Hastanın neden öfkeli veya ajite olduğunu belirle"

- Hastanın neden öfkeli ya da ajite olduğunu belirlemek için "ne oldu?", "canınızı ne sıkıttı?" gibi açık uçlu sorular sor
- Hastaya yardımcı olmak ve oryantasyonunu sağlamak için kim olduğunu hastanın nerede olduğunu ve onunla ilişki biçimini hatırlat
- Açık, kısa ve net cümleler kur. Hastanın senin söylediğinden ne anladığını kontrol et

ÇÖZÜMLEYİN

"Hasta ile makbul bir uzlaşmaya varma, hastayı memnun edecek şekilde şikayetlerini ele alma yolunu bulmaya çalış"

- Katı ve otoriter olmaktan kaçın, kibar ve esnek olmaya çalış
- Gerekirse özür dile
- Değişim yapmayı teklif et
- Esnek olamadığında, olabildiğince dürüst şekilde kuralların gerekçelerini açıkla
- Kuralların yanlış olabileceğinde hemfikir ol ve eğer isterse kendini ifade etme biçimlerinde daha makul yönler teklif et
- Çeşitli eylem biçimlerini ve onların yol açabileceği sonuçları hasta ile incele. Bunları yaparken zaman ayır ve hastanın ne söylediğini duy

SAYGI VE EMPATİ

- İlgili, özen ve içten anlayış göster. Bunu, sözel olarak ve eylemle ifade et; söylediklerinle, hastayı acele ettirmeden ya da hastadan fazla konuşmadan, ne hissetmesi, ya da ne hissetmemesi gerektiğini hastaya söylemeden, hislerini önemsizleştirmeden ya da söylediklerini boş vermeden hastanın bakış açısını anlamak için zaman ayır.
- Aynı ilgi ve anlayışı, ses tonun, postürün, göz temasın, yüz ifaden ve sabrınla da göster.
- Herhangi bir saygısızlık imasından kaçın (emirler sıralama, üstten bakma, alay etme, aşağılayarak konuşma, çocuk gibi davranma).
- Hastanın bakış açısından hastayı görmeye uğraş

EK-6: GATA PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI İZİN YAZISI

TASNİF DIŞI

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GULHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ASKERİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI VE EĞİTİM HASTANESİ BAŞTABIPLIĞI
ANKARA

KONU : Araştırma

İLGİLİ MAKAMA

İLGİ: 19 Ağustos 2011 tarih ve 28030 sayılı Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik.

1. Bu onay yazısı ilgili klinik araştırmanın etik kurul başvurusunda kullanılmak üzere sorumlu araştırmacının talebi ile hazırlanmıştır.

2. Sorumlu araştırmacısı Svl. Me. (Hemşire) Didem AYHAN (G-2008-102) tarafından hazırlanan "Saldırgan Hastaların Yatıştırılmasında Kullanılan Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modelinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" başlıklı çalışmanın akademik amaçlı olarak yürütülmesi uygundur. 19.08.2015

Arz/rica ederim.



K. Nahit ÖZMENLER
Prof.Dz.Tıp.Aib.
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkan Vekili

EK-7: ETİK KURUL KARARI

HİZMETE ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA



EĞT.ÖGT. : 50687469-1491 - 500 - 15/1648.4- 1596

04 Eylül 2015

KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

Svl.Me.Hem.Didem AYHAN'a

İLGİ : GATA K.İğinin 19 Ağustos 2014 tarihli, HRK EĞT.:50687469-1280-2190-14/
Eğt.Ögt.(3) 1511-2913 sayılı ve "GATA Araştırma Amaçlı Anketleri Değerlendirme
Kurulu Üye Görevlendirmesi" konulu yazısı.

1. GATA Etik Kurulu'nun 03 Eylül 2015 günü yapılan 11'inci oturumunda, GATA Psikiyatri
AD.Bşk.İğında görevli Svl.Me.Hem.Didem AYHAN'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı
"Saldırgan hastaların yatırılmasında kullanılan basitleştirilmiş sakinleştirme modelinin
etkinliğinin değerlendirilmesi" başlıklı, tek merkezli, diğer tür çalışması ile ilgili GATA Etik
Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

2. Anket uygulaması yapılacak tüm çalışmalar ilgi emir gereği GATA Anket Kurulundan onay
almak şartıyla araştırmalarını uygulayabileceklerdir.

Rica ederim.


Orhan KOZAK
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Etik Kurulu Başkanı

E K İ :
Bir Adet Etik Kurul Raporu (Def.Kyt.No:368)

HİZMETE ÖZEL
Bağlantı Noktası : Svl.Me.F.ÇİĞDEM (Tel : 2298)

1 / 1

ÖZEL

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 11
OTURUM TARİHİ : 03 Eylül 2015
DEFTER KAYIT NO : 368
OTURUM BAŞKANI : Prof. Hv. Tbp. Tuğg. Orhan KOZAK
OTURUM SEKRETERİ : Prof. Tbp. Tuğg. Bülent BEŞİRBELLİOĞLU

GATA Psikiyatri AD.Bşk.lığında görevli Svl.Me.Hem.Didem AYHAN'ın sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Saldırgan hastaların yatıştırılmasında kullanılan basitleştirilmiş sakinleştirme modelinin etkinliğinin değerlendirilmesi" başlıklı, tek merkezli, diğer tür çalışması değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

ÜYE


Orhan KOZAK
Prof.Hv.Tbp.Tuğg.


Bülent BEŞİRBELLİOĞLU
Prof.Tbp.Tuğg.

KATILMADI
Yaşar Meriç TUNCA
Prof.Diş.Tbp.Alb.


Metin HASDE
Prof.Tbp.Alb.

ÜYE

ÜYE

ÜYE

ÜYE


Bülent GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.


Fuat TOSUN
Prof.Hv.Tbp.Alb.


Mahir GÜLEÇ
Prof.Tbp.Alb.


Omer DENİZ
Prof.Tbp.Alb.

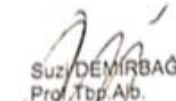
ÜYE

ÜYE


ÜYE

ÜYE

ÜYE


Suzi DEMİRBAĞ
Prof.Tbp.Alb.

Ahmet KORKMAZ
Prof.Hv.Tbp.Alb.


Harun TUĞCU
Prof.Tbp.Alb.

Muharrem UÇAR
Doç.Dr.J.Tbp.Alb.

KATILMADI
Emine İYİGÜN
Doç.Dr.Hv.Sağ.Alb.

HİZMETE ÖZEL

EK-8: TANIMLAYICI VERİLERE İLİŞKİN ANALİZLER

Kontrol Grubunda Yer Alan Hastaların Saldırganlık Davranışlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

Bu bölümde kontrol grubunda yer alan hastaların saldırganlık davranışlarının demografik özelliklerine göre karşılaştırma sonuçları yer almaktadır. Kontrol grubunda yer alan hastaların saldırganlık davranışlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, kiminle yaşadığına yaşadığı yere göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Ekonomik duruma göre kontrol grubunda yer alan hastaların personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma, yaralama, kimyasal ve mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumlarının anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$); fiziksel saldırıda bulunma durumlarının anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($X^2=4,67$; $p<0,05$). Kontrol grubunda yer alan hastaların gelirleri arttıkça fiziksel saldırıda bulunma davranışlarında azalma gözlenmiştir.

Kontrol grubunda yer alan hastaların personele veya diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunma durumlarının kiminle yaşadığına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($X^2=6,41$; $p<0,05$). Yalnız yaşayan hastaların hiçbirisi (%0), fiziksel saldırıda bulunmazken, anne-baba ile yaşayan hastaların %54,8'i, eş ve çocuklarla yaşayan hastaların %43,8'i personele ya da diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunmuştur.

Kontrol grubunda yer alan hastaların Saldırganlık Davranışlarının Hastalık Bilgilerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

Bu bölümde Kontrol grubunda yer alan hastaların saldırganlık davranışlarının hastalık bilgilerine göre karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Kontrol grubunda yer alan hastaların saldırganlık davranışlarının hastalık tanısına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunda yer alan hastaların personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma, fiziksel saldırıda bulunma, personel ya da diğer hastaları yaralama, kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumlarının aile veya çevresi ile çatışma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) bulunurken, mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulması durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($X^2=5,39$; $p<0,05$). Aile veya yakın çevresi ile çatışma yaşamış olan kontrol grubunda yer alan hastaların %40'ında, çatışma yaşamayan hastaların %13,8'inde mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulmuştur.

Kontrol grubunda yer alan hastaların klinikte personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma, fiziksel saldırıda bulunma, personel ya da diğer hastaları yaralama, kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumlarının madde kullanım durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) bulunurken, mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumlarının madde kullanım durumuna anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($X^2=5,88$; $p<0,05$). Madde kullanan hastaların %47,6'sı, madde kullanmayan hastaların %18,6'sı personele veya diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunmuştur.

Kontrol grubunda yer alan hastaların saldırganlık davranışlarının daha önce hastaneye yatma durumuna, hastaneye yatma sayısına, psikiyatrik tanı süresine ve psikiyatrik ilaçları düzenli kullanma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Kontrol grubunda yer alan hastaların klinikte personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma, fiziksel saldırıda bulunma, kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma, mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumlarının hastalık evresine göre anlamlı farklılık göstermediği ($p>0,05$) bulunurken, personel ya da diğer hastaları yaralama durumlarının hastalık evresine anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($X^2=5,46$; $p<0,05$). İlk atak evresindeki hastaların %23,5'i, kronik evredeki hastaların %4,3'ü personel ya da diğer hastaları yaralamıştır.

Müdahale Grubunda Yer Alan Hastaların Uygulama Öncesi Saldırganlık Davranışlarının Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

Bu bölümde müdahale grubunda yer alan hastaların saldırganlık davranışlarının demografik özelliklerine göre karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Müdahale grubunda yer alan hastaların saldırganlık davranışlarının cinsiyete, medeni duruma, öğrenim düzeyine, çalışma durumuna, ekonomik düzeyine, kiminle yaşadığına ve yaşadığı yere göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Müdahale grubunda yer alan hastaların personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma, personel ya da diğer hastaları yaralama, kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma, mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumlarının hastaların yaşına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Müdahale grubunda yer alan hastaların personele veya diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunma durumları ile yaşı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,35$; $p<0,05$). Müdahale grubunda yer alan hastaların yaşı arttıkça personele veya diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunma davranışları azalmaktadır.

Müdahale Grubunda Yer Alan Hastaların Saldırganlık Davranışlarının Hastalık Bilgilerine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

Bu bölümde müdahale grubunda yer alan hastaların saldırganlık davranışlarının hastalık bilgilerine göre karşılaştırma sonuçları yer almaktadır.

Müdahale grubunda yer alan hastaların klinikte personele veya diğer hastalara sözel saldırıda bulunma, personel ya da diğer hastaları yaralama, kimyasal sınırlamaya ihtiyaç duyulma, mekanik sınırlamaya ihtiyaç duyulma durumlarının hastalık tanısına göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Müdahale grubunda yer alan hastaların personele veya diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunma durumlarının hastalık tanısına anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($X^2=12,65$; $p<0,05$). Anksiyete bozukluğu ile takip edilen hastaların

hiçbiri (%0), fiziksel saldırı da bulunmazken depresyon tanısı ile takip edilen hastaların %20'si, şizofreni tanısı ile takip hastaların %17,4'ü, bipolar tanısı ile takip edilen hastaların %57,9'u personele veya diğer hastalara fiziksel saldırıda bulunmuştur.

Müdahale grubunda yer alan hastaların saldırganlık davranışlarının aile veya çevresi ile çatışma durumuna, madde kullanımına, daha önce hastaneye yatma durumuna, hastaneye yatış sayısına, psikiyatrik tanı süresine, psikiyatrik ilaçları düzenli kullanma durumuna ve hastalık evresine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Didem AYHAN
Doğum yeri ve tarihi Uyuğu : İzmit- 01.08.1986- T.C.
İletişim adresi ve telefonu : Aşağı Eğlence Mah. Mimarlar Sok. No:9/4
Keçiören/ANKARA
0 530 137 26 03

II- Eğitimi

2013-2017 Hacettepe Üniversitesi, Doktora, Psikiyatri Hemşireliği
2010-2013 Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans, Psikiyatri Hemşireliği
2004-2008 GATA Hem.Yük. Okulu

III- Mesleki Deneyimi

Temmuz 2013-Halen Gülhane Eğt.Arş.Hst. Psikiyatri Kliniğı (Uzman Hemşire)
Ocak 2013-Temmuz 2013 GATA Genel Cerrahi Kliniğı
Temmuz 2009- Ocak 2013 GATA Kardiyoloji ABD Bşk.lığı Koroner Yoğun Bakım
Ünitesi Sorumlu Hemşire
Temmuz 2008-Haziran 2009 GATA H.Paşa Eğt.Hst.Kardiyoloji ABD Bşk.lığı-Kalp
Damar Cer.ABD.Bşk.lığı

IV- Bilimsel Faaliyetleri

AYHAN Didem(2014), Stigmata: As A Social Problem, Poster Prensetation, WASP:
Social Psychiatry: Past, Present and Future, 13-15 Kasım 2014, Londra-
İNGİLTERE.
AYHAN Didem(2013), Nurses' Attitudes Towards Death and Factors Influencing
These Attitudes, Oral Prensetation, Horatio European Psychiatric
Nursing, İSTANBUL.
AYHAN Didem(2012), Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Ve Sağlık Çalışanı-Hasta
Etkileşimine Etkisi, Poster Bildiri, TSK VI. Ulusal Askeri Hemşirelik Kongresi,
13-15 Mayıs 2012, İSTANBUL.
AYHAN Didem(2011), Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü ve Önemi, Poster Bildiri,
I.Uluslararası V.Ulusal Psikiyatri Hemşireli Kongresi(Kuramdan
Uygulamaya),22-24 Eylül 2011, İSTANBUL.
KÖSE (AYHAN) Didem(2008), Olağanüstü Hallerde Hemşirelik Uygulamaları
(Hemşirelikte Organizasyon), Sözel Bildiri, 7.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri
Kongresi "Uluslararası Katılımlı", 25-27 Haziran 2008,İSTANBUL.
KÖSE (AYHAN) Didem(2007), Bir Araştırma ve Eğitim Hastanesinde Hemşirelikte Etik
İklim, Poster Bildiri, 6.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi "Uluslararası
Katılımlı", 26-29 Haziran 2007,İstanbul.