



T.C  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PSİKIYATRİ KLİNİĞİNDE HEMŞİRELERİN HASTA  
AGRESYONUNA İLİŞKİN ALGILAMALARI VE PROFESYONEL  
KONTROL YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN  
İNCELENMESİ**

**Gülsüm ÇİFÇİ**

**Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Selma DOĞAN**

**İSTANBUL-2020**

T.C  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

PSİKIYATRİ KLİNİĞİNDE HEMŞİRELERİN HASTA  
AGRESYONUNA İLİŞKİN ALGILAMALARI VE PROFESYONEL  
KONTROL YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN  
İNCELENMESİ

Gülsüm ÇİFÇİ

Tez Danışmanı  
Prof. Dr. Selma DOĞAN

İSTANBUL-2020

## ÖZET

### PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE HEMŞİRELERİN HASTA AGRESYONUNA İLİŞKİN ALGILAMALARI VE PROFESYONEL KONTROL YÖNTEMLERİNE İLİŞKİN GÖRÜŞLERİNİN İNCELENMESİ

Bu araştırma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna ilişkin algılamaları ve profesyonel kontrol yöntemlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma İstanbul ili sınırları içindeki bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinin psikiyatri kliniklerinde çalışan 74 hemşire ile yapılmıştır. Araştırmada veriler hemşirelerin bireysel, çalışma özellikleri ile agresif hastalara müdahalede kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri kullanma durumları ile görüşlerini içeren toplam üç bölümden oluşan “Hemşire Bilgi Formu” ile hemşirelerin agresyon algılarını değerlendiren “Agresyon Algılamaları Ölçeği (AAÖ)” kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde (Student-t, Oneway Anova, tek yönlü varyans analizi, Bonferroni, Kruskal Wallis, Bonferroni-Dunn) testleri kullanıldı. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde, Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmaya alınan hemşirelerin çoğunluğu kadın, yaş ortalaması 29.28, lisans mezunu, dört ve daha fazla yıllık mesleki tecrübeye sahip, psikiyatride üç yıldan kısa süredir çalışmaktadır. Hemşirelerin tümü çalıştıkları klinikte hastaların agresyon davranışları ile karşılaştığını, “sözel agresyon” (%70.3), “fiziksel agresyon” (%32.5) ile “her zaman/sık sık” karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Hemşireler çoğunlukla serviste kendilerini güvende hissetmediklerini %44.6 “bazen”, %35.1 “hiçbir zaman/ nadiren” iletirken, yalnızca %20.3’ü güvende hissettiklerini ifade etmişlerdir. Hemşirelerin agresyon algılamaları ölçeği disfonksiyonel puan ortalamaları (3.56±0,56) fonksiyonel puan ortalamalarından (3,00±0,67) yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin kişisel ve çalışma özellikleri, agresyonla karşılaşma ve serviste güvende hissetme yönünden agresyon algılamaları ölçeği fonksiyonel ve disfonksiyonel puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır. Hemşireler serviste hastaların agresyon davranışlarına müdahalede profesyonel kontrol yöntemlerinden en fazla lüzum hali ilaç uygulaması (LH) (%66.3) uyguladıklarını belirtirken, bunu sırasıyla zorla/istem dışı intramusküler sedasyon (%46.0), mekanik kısıtlama (%41.9), fiziksel kısıtlama (%40.5) ve izolasyon (%37.8) uygulamaları izlemiştir. Hemşireler profesyonel kontrol yöntemlerinin tümüne olumlu

yönde görüş iletteği ( $0,37 \pm 0,51$ –  $0,48 \pm 0,43$ ) ve uygulama yönündeki yöntemlerin tümüne ( $0,78 \pm 0,36$ –  $0,54 \pm 0,46$ ) katıldıklarını belirtmişlerdir. En fazla mekanik kısıtlama ( $0,78 \pm 0,36$ ), zorla istem dışı intramüsküler enjeksiyon ( $0,77 \pm 0,36$ ) ve fiziksel kısıtlamanın ( $0,76 \pm 0,38$ ) gerekli olduğunu belirtmişlerdir. Hemşirelerin agresyon algılamaları ölçeği alt grup (fonksiyonel, disfonksiyonel) puan ortalamaları ile profesyonel kontrol yöntemleri alt grup (olumlu, olumsuz, uygulama) puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşirelerin agresyon algılamaları ölçeği fonksiyonel puanı ile tüm alt gruplarda profesyonel kontrol yöntemleri görüşleri puanları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hemşirelerin agresyon algılamaları ölçeği disfonksiyonel puanı ile profesyonel kontrol yöntemleri alt grup puanları karşılaştırıldığında; hemşirelerin profesyonel kontrol yöntemlerine karşı olumlu görüşlerde; fiziksel kısıtlama puanı ile agresyon algılamaları ölçeği disfonksiyonel puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $r:0,246$ ;  $p=0,035$ ;  $p<0,05$ ). Hemşirelerin profesyonel kontrol yöntemlerine karşı olumsuz görüşleri ile agresyon algılamaları ölçeği disfonksiyonel puanı karşılaştırıldığında, lüzum hali (LH) ilaç uygulaması puanı ile disfonksiyonel puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Her iki ölçekte diğer değişkenler arasında anlamlı düzeyde ilişki belirlenmemiştir.

Sonuç olarak, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin agresyon algılarının genel olarak olumsuz olduğu ve profesyonel kontrol yöntemlerini kullanılması gerektiği yönünde görüş bildirdikleri görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Agresyon algısı, Hemşire, Profesyonel Kontrol Yöntemleri, Psikiyatri hastası,

## **ABSTRACT**

### **THE PERCEPTIONS OF NURSES WORKING IN PSYCHIATRIC CLINICS ON PATIENT AGGRESSION AND THEIR VIEWS ON PROFESSIONAL CONTROL METHODS**

This descriptive study was carried out to examine the perceptions of nurses working in psychiatric clinics on patient aggression and their views on professional control methods. The study was conducted with 74 nurses working in the psychiatric clinics of a psychiatric training and research hospital in the province of Istanbul. Data for the study was obtained by "Nurse Information Form", consisting of three parts, including the nurses' individual and working characteristics along with their views on the use of professional control methods in the intervention of aggressive patients; and the "Perception of Aggression Scale (POAS)", which evaluates aggression perceptions of nurses. Student-t, One-way Anova, Bonferroni, Kruskal Wallis and Bonferroni-Dunn tests were conducted for evaluation of the data. Spearman Correlation Analysis was used to measure the association between quantitative variables.

The majority of the nurses in the study are female, aged 30 or under, graduate with four or more years of professional experience and have been working in department of psychiatry for less than three years. All of the nurses stated that they encountered aggressive behaviors of the patients in their clinics and that they "always/often" encountered "verbal aggression" (70.3%) and "physical aggression" (32.5%). Nurses mostly approved that they do not feel safe in the clinic, with 44.6% reported the case frequency "sometimes" and 35.1% "never / rarely" while only 20.3% reported feeling of safety. Mean dysfunctional (inadmissible) scores of the nurses' perception of aggression scale ( $x: 3.56$ ) were found to be higher than their mean functional (admissible) scores ( $x: 3.00$ ). No correlation was found between the mean functional and dysfunctional scores of the perception of aggression scale, in terms of personal and working characteristics, encounters of aggression and feeling of safety in the service. Among the professional control methods in the intervention of aggressive behaviors of patients in the service, nurses stated that they mostly applied required drug administration (66.3%) which is followed by forced / involuntary intramuscular sedation (46.0%), mechanical restraint (41.9%), physical restraint (40.5%) and isolation (37.8%), respectively. Nurses also provided that they hold positive opinions for all professional control methods ( $0,37 \pm$

0,51– 0,48 ± 0,43) and they agreed with each of application methods (0,78 ± 0,36– 0,54 ± 0,46). Mechanical restraint (0,78 ± 0,36), involuntary intramuscular injection (0,77 ± 0,36) and physical restraint (0,76 ± 0,38) were said to be the most necessary. When the nurses' perception of aggression scale subgroup (functional, dysfunctional) mean scores were compared with the professional control methods subgroup (positive, negative, application) mean scores; there was no significant relationship between the nurses' perception of aggression scale functional score and professional control methods opinion scores for all subgroups. In comparison of nurses' perception of aggression scale dysfunctional scores and professional control methods subgroup scores; a significantly positive correlation was found between positive views of nurses towards professional control methods, and the physical restraint score and the dysfunctional score of the aggression perceptions scale ( $r:0,246$ ;  $p=0,035$ ;  $p<0,05$ ). When negative views of nurses towards professional control methods and the dysfunctional score of the perception of aggression scale were compared, a significantly negative relationship was found between the required drug administration score and dysfunctional score. No significant relationship was found between other variables in both scales.

Consequently, nurses who work in psychiatric clinics were found to be for the view that their perception of aggression was generally regarded negatively and they were in favor of the need for usage of professional control methods.

**Keywords:** Perception of Aggression, Nurse, Psychiatric Patient, Professional Control Methods,

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgi, deneyim ve zamanını cömertçe paylaşan ve fikirlerime önem vererek destek olan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Selma Doğan'a;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleri ile hemşirelik mesleğine bakış açımı olumlu yönde pekiştirerek üzerimde emeği olan Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün değerli öğretim üyelerine;

Tez çalışmamın anket uygulama izni için bir Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne;

Yine bu süreçte mesai saatleri içerisinde zaman ayırarak anketleri dolduran ve araştırmaya destek olan değerli meslektaşlarıma;

Eğitim hayatım boyunca maddi ve manevi desteğinin yanı sıra daima özgüven aşılayan sevgili eşim Önder Taylan Çifçi'ye, her zaman, her alanda sevgisiyle bana güç vererek yanımda olan oğlum Emir Çağan Çifçi'ye, her sıkıntıda yanımda olan sevgili kardeşim Fadime İşleyen'e teşekkürlerimi sunarım.

Gülsüm ÇİFÇİ

# İÇİNDEKİLER

<b>ÖZET</b> .....	<b>i</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>iii</b>
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>v</b>
<b>BEYAN FORMU</b> .....	<b>vi</b>
<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>vii</b>
<b>TABLOLAR DİZİNİ</b> .....	<b>ix</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b> .....	<b>x</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	<b>xi</b>
<b>1. GİRİŞ</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. PROBLEMİN TANIMI VE ÖNEMİ</b> .....	<b>1</b>
1.2. Araştırmanın Amacı .....	4
1.3. Araştırmanın Soruları.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>6</b>
2.1. Agresyon Kavramı ve Özellikleri .....	6
2.1.1. Agresyonla bağlantılı tanımlar .....	7
2.1.2. Agresyonun çeşitleri .....	8
2.1.3. Agresyon nedenleri .....	9
2.2. Psikiyatri Kliniklerinde Agresyon Görülme Sıklığı.....	10
2.3. Psikiyatri Kliniklerinde Agresyon Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler .....	12
2.3.1. Hasta ile ilgili faktörler .....	13
2.3.2. Çevresel faktörler .....	14
2.3.3. Personel ile ilgili faktörler .....	15
2.4. Hemşirelerin Hasta Agresyonuna Karşı Algılamaları.....	16
2.5. Agresyon Davranışlarının Çalışanlar Üzerindeki Etkileri ve Sonuçları .....	17
2.6. Psikiyatri Kliniklerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemleri.....	18
2.6.1. Fiziksel Tespit .....	19
2.6.2. Mekanik Tespit .....	19
2.6.3. Tecrit (İzolasyon).....	20

2.6.4. Kimyasal Tespit .....	20
2.7. Hemşirelerin Agresyon Yönetiminde Yöntem ve Tercihleri .....	20
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>23</b>
3.1. Araştırmanın Tipi .....	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	23
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	23
3.4. Verilerin Toplanması .....	24
3.4.1. Hemşire Bilgi Formu (Ek-1) .....	24
3.4.2. Agresyon Algılamaları Ölçeği (EK-2) .....	26
3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	27
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	27
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	28
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	28
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>29</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>41</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>49</b>
6.1. Sonuç .....	49
6.2. Öneriler .....	50
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>52</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>59</b>
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	59
Ek 2. Bilgi Formu .....	61
Ek 3. Agresyon Algılamaları Ölçeği.....	64
Ek 4. Profesyonel Kontrol Yöntemleri Hakkındaki Görüşlerin Dağılımları .....	65
Ek 5. Agresyon Algılamaları Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımları .....	66

## TABLULAR DİZİNİ

<b>Tablo 1:</b> Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (n=74) .....	29
<b>Tablo 2:</b> Hemşirelerin Hastaların Agresyon Davranışları ile Karşılaşma Durumlarının Dağılımı (n=74) .....	31
<b>Tablo 3:</b> Hemşirelerin Klinikte Güvende Hissetme Düzeylerinin Dağılımı (n=74) .....	32
<b>Tablo 4:</b> Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=74) .....	33
<b>Tablo 5:</b> Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Ölçeği Puanları ile Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri veya Çalıştıkları Klinik Birim Özelliklerine Göre Karşılaştırılması (n=74).....	34
<b>Tablo 6:</b> Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hastaların Agresyon Davranışlarıyla Karşılaşma ve Klinikte Güvende Hissetme Durumlarının Karşılaştırılması (n=74) .....	35
<b>Tablo 7:</b> Hemşirelerin Profesyonel Kontrol Yöntemlerini Kullanma Sıklıklarının Dağılımı (n=74) .....	36
<b>Tablo 8:</b> Hemşirelerin Profesyonel Kontrol Yöntemleri Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı (n=74) .....	37
<b>Tablo 9:</b> Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Ölçeği Puanları ile Profesyonel Kontrol Yöntemleri Kullanma Sıklığı İlişkisinin Dağılımı (n=74).....	38
<b>Tablo 10:</b> Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Ölçeği Puanları ile Profesyonel Kontrol Yöntemleri Görüşlerinin İlişkisinin Dağılımı (n=74).....	38

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<b>Şekil 1:</b> Profesyonel Kontrol Yöntemleri Hakkındaki Görüşlerinin Cronbach's Alpha Katsayıları.....	25
<b>Şekil 2:</b> Agresyon Algılamaları Ölçeği Cronbach's Alpha Katsayıları .....	26



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- PKY** : Profesyonel Kontrol Yöntemleri  
**AAÖ** : Agresyon Algılamaları Ölçeği  
**JCAHO** : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations  
**NCSS** : Number Cruncher Statistical System  
**%** : Yüzde değeri  
**n** : Örneklem sayısı  
**p** : Anlamlılık düzeyi  
**r** : Korelasyon katsayısı  
 **$\alpha$**  : Alfa katsayısı

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Günümüzde her ortamda sık karşılaşılan agresyon (saldırganlık) bireyin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden önemli bir sorundur. Psikiyatri kliniklerinde sık karşılaşılan agresyon; genel olarak kişinin kendisine, diğerlerine fiziksel ve psikolojik zarar verebilecek sözel, fiziksel davranışların dışı vurulması olarak tanımlanmaktadır (Bilgin ve ark., 2013; Coşkun ve Öztürk, 2008; McCann ve ark., 2014; Öztürk, 2012; Tekkaş, 2010 ve Savaşan ve Mete, 2018).

Hastanelerde, psikiyatri klinikleri agresyon davranışlarının sıklıkla gerçekleştiği birimlerdendir. Psikiyatri kliniklerinde agresyon davranışlarının sık görülmesi nedeniyle psikiyatri çalışanlarının daha büyük bir riskle karşı karşıya kalabileceği bildirilmektedir (Abderhalden, 2008; Çoban, 2011; Jansen, 2005; Tekkaş ve ark., 2010 ve Uzun ve ark., 2015). Psikiyatri hastaları hastalık sürecinin akut döneminde kendine, diğer hastalara ve sağlık çalışanlarına agresyon belirtileri sık göstermektedirler. Literatür incelendiğinde agresif davranışların sıklıkla madde bağımlılığı, şizofreni, kişilik bozuklukları ve organik beyin sendromlu hastalar tarafından uygulandığı (Bradley ve ark., 2001; Çatel, 2015; Duxbury, 2002 ve Jansen, 2005), hastaların agresif davranışları ile en sık sağlık ekibinin karşılaştığı, psikiyatri kliniklerinde agresif davranışların diğer birimlerden daha fazla görüldüğü, hemşirelerin ise ilk sırada agresyona maruz kaldığı vurgulanmaktadır (Chen ve ark., 2005; Jonker ve ark., 2008; Öner, 2011; Uzun ve ark., 2015 ve Tekkaş ve ark., 2010).

Psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin karşılaştığı agresyon davranışlarının sıklığı incelendiğinde; Jonker ve ark. (2008), hemşirelerin agresyon davranışlarıyla genel olarak karşılaştıkları, “tehdit edici olmayan sözel agresyon” ile sık (%60.0) karşılaştıkları bildirilmiştir. Pekriz, (2009), hemşirelerin en az bir kez sözel agresyona uğrama oranının %94.5, en az bir kez fiziksel agresyona uğrama oranının %78.7 olduğunu bildirmiş; Çoban, (2011), hemşirelerin çalışma ortamlarında %74.92’sinin sözel agresyona, %70.0’inin ise çok sayıda sözel agresyona maruz kaldıklarını bildirmiştir.

Hastanın agresif davranışları kendisi dahil herkes için risktir. Agresif davranışlar hemşireler ve diğer sağlık çalışanları üzerinde fiziksel, psikolojik birtakım olumsuz etkiler oluşturarak tutumlarında değişimlere yol açabilmektedir (Alberdenhan, 2008;

Bilici ve ark., 2013; Hills ve ark., 2015; Jansen, 2006; Savaşan ve Mete, 2018 ve Şahin, 2011). Hemşirelere yönelik şiddet davranışlarının hemşireleri pek çok yönden etkilediği; hemşirelerin çalışma performansını ve hasta bakım kalitesini düşürdüğü savunulmuştur (Altıntaş, 2006). Bu etkiler hemşirelerin hasta agresyonu karşısında gösterecekleri tepkileri, müdahaleleri etkileyebilir. Bunlar hemşirelerin karar verme sürecinde yetersiz kalmalarına, bakım sürecinde hastayı reddetmeye, hastaya bakım vermekten kaçınmaya, sonraki agresyon davranışına karşı aşırı tetikte olmaya ve hastadan uzaklaşmaya yol açabilmektedir (Alberdenhan, 2008; Bilici ve ark., 2013; Coşkun ve ark., 2010; Öner, 2011 ve Yeşilbaş, 2015).

Sağlık kurumlarında hasta ve çalışan güvenliğinin önem kazanmış olmasıyla beraber hemşirelerin, diğer sağlık çalışanlarının ve kurumların bu süreçte agresyon yönetimini daha etkin yapabilmelerinin önemi vurgulanmaktadır (Chen ve ark., 2005; Duxbury ve ark., 2008; McChan ve ark., 2014; Pekriz, 2009 ve Uysal, 2014). Psikiyatride özellikle 24 saat hizmet veren hemşireler, bakım sürecinde hastalarla yakın temastadırlar. Agresyonla sık karşılaşan hemşireler, kısıtlama yöntemleri tercihlerinde karar verici ve uygulayıcıdırlar ve bu uygulamaların takibinde sorumluluk sahibidirler.

Sağlık hizmetlerinde hastaların agresyon davranışlarını yönetmek için hastalar kontrol altına alınmaktadır. Hastanın çatışma davranışları anında kendisine ve başkalarına zarar vermesini önlemek için *Profesyonel Kontrol Yöntemleri (PKY)* kullanılmaktadır. Çoğunlukla psikiyatri kliniklerinde kullanılan, hastanın güvenliği için uygulanan bu yöntemler (tecrit, fiziksel tespit, mekanik tespit ve kimyasal tespit), agresyona müdahalede önemli yer tutmaktadır (Coşkun ve Avlamaz, 2010; Özdelikara ve Kaya, 2018; Ucu ve ark., 2015; Ünal, 2011 ve Tekkaş ve ark., 2010). Günümüzde PKY "*baskıcı ve zorlayıcı yöntemler*" olarak adlandırılmakta, hastalar ve çalışanlar üzerinde oluşan olumsuz etkilerine dikkat çekilmektedir (Çoban, 2011; Ünal, 2011). Amacı dışında kullanılan PKY'nin; hastaların agresyonunu tetikleyebildiği, günlük yaşam aktivitelerini ve uygulama becerilerini azalttığı, fiziksel yaralanmalar ve hatta ölümle sonuçlandığı belirtilmektedir (Alberdenhan 2008; Bilici ve ark., 2013; Coşkun ve ark., 2010; Çoban, 2011 ve Gürdoğan ve ark., 2016). Agresyon yönetiminde PKY'den önce özellikle; şiddet riskinin değerlendirilmesi (hasta ile ilgili risk faktörleri, çevresel risk faktörleri), olası şiddetin yönetimi (sakinleştirme, mola verme, gözlem) başlıkları altında "*baskıcı ve zorlayıcı olmayan yöntemlerin*" tercih edilmesinin gerekliliği belirtilmektedir (Bilici ve ark., 2012; Ünal, 2011 ve Sabancıoğulları ve ark., 2014). PKY ilgili literatüre göre; Sercan ve Bilici, (2009), bir ruh sağlığı bölge hastanesinin akut psikiyatri servislerinde tedavi

gören hastaların %56.6'sına en az bir kez mekanik tespit uygulandığı, Tekkaş, (2010), psikiyatri servislerinde hemşirelerin PKY'nin tümünü %78.2-%91.5 oranında kullandıkları, Coşkun ve ark. (2010), akut psikoz erkek-kadın kliniklerinde PKY'nin incelendiği çalışmada; erkek servisinde mekanik tespit (el ve ayak kemerleri) kullanım oranı (%64.6), kadın hastalarda mekanik tespit (göğüs kemeri) kullanım oranı (%38.6) olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde hasta bağlama uygulamalarının değişkenlerini araştıran Sercan ve Bilici, (2009), bir ruh sağlığı bölge hastanesinde bir ayda 14 farklı akut psikiyatri kliniğe yatırılan (n=810) psikotik hastanın, %23.9'una mekanik tespit uygulandığı, tespit nedenleri arasında etkin agresyon davranışının %40.0 olduğu bildirilmiştir.

Bu yöntemlerinin kullanımı ülkeler ve kurumlara göre farklılık gösterebileceği gibi çalışanların agresyon algılamalarına bağlı olarak da farklılık gösterebilir. Hastaların tekrarlayan agresyon davranışları hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının agresyon algılamalarını olumsuz olması yönünde etkileyebilir. Bu olumsuz etki hemşirelerin hastalara karşı müdahalelerinde yanlış seçimler yapmalarıyla sonuçlanabilir. (Aronson, Wilson ve Akert., 2012: 397), “İnsanların niyetleri algılanan davranış kontrolünden etkilenir.” görüşünü savunmuştur. Örneğin eve dönerken süt almanın kolay olduğuna inan kişinin bu niyeti yerine getirmesi daha kolay olur. Hasta agresyonunu olumsuz algılayan hemşireler agresyon davranışlarına karşı olumsuz niyet gösterecek, bu niyet ise hasta ve hemşireleri olumsuz etkileyecektir. **Algılamak** herhangi bir olayı-nesneyi- ilişkiyi görmek, dokunmak, duymak, tatmak, koklamak, hissetmektir. Bireyin algıları çoğu zaman bireyin ihtiyaç, beklenti ve isteklerini etkilemektedir (Arğın, 2018; Arısoy, 2018; Güney, 2015: 11; İnceoğlu, 2010, s:67-86). Psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin agresyon algıları ile ilgili literatürde; Jansen, (1997), hemşirelerin genel olarak agresyonu “kabul edilmez” algıladıklarını yine Jonker ve ark. (2008), hemşirelerin hasta agresyonunu “yıkıcı” olarak algıladıklarını belirtmişlerdir. Jansen, (2005), hemşirelerin agresyonu “kabul edilebilen” bir davranış olarak algıladıklarında; daha çok hastayı gözleyecekleri ve hastayı daha az tespit edeceklerini savunmuştur. Jansen'ın (2005), hemşirelerin psikiyatrik bakımda, hasta agresyonuna karşı kültürlerarası tutumlarını incelediğinde; hemşirelerin farklı kültürlere sahip olmaları, farklı ülkelerde yaşamaları ve hemşirelerin farklı tutum göstermelerinde etkili olduğunu bildirmiştir. Kadın hemşirelerin çoğunlukta olduğu çalışmada ise Awawdeh ve ark. (2016), erkek-kadın hemşirelerin agresyonu birbirlerinden farklı algıladıkları ve agresyonu genel olarak olumsuz algıladıklarını belirtmişlerdir.

Literatürde psikiyatri hastalarının hastane kabulünden taburculuk sürecine kadar bütüncül hasta yaklaşımı ile hasta memnuniyeti ve hasta güvenliğinin ön planda tutulduğu kalite yönetim hizmetlerinin politikalarına uygun hedeflerin planlanarak uygulanmasının gerekliliği belirtilmiştir. Bu süreçte de hasta agresyonunun erkenden farkedilip, PKY uygulamalarının azaltılmasının önemi vurgulanmaktadır (Bilici ve ark, 2012; McChan ve ark, 2014; Ünal, 2011 ve Sabancıoğulları ve ark, 2014). Bu yaklaşımla çalışmalarda PKY'nin kullanımını en aza indirmek için yasal-kurumsal düzenlemeler yapılması ve terapötik ortam sağlamaya yönelik yaklaşımların gerekliliği vurgulanmaktadır (Bowers ve ark, 2006; Coşkun ve Avlamaz, 2010).

Çalışmalarda sağlık personelinin PKY tercihlerinde farklı tutum sergiledikleri ve algılarının yaşadıkları deneyimlere göre etkilenebileceği belirtilmiştir (Çoban, 2011; Jansen, 2005; Ucu ve ark., 2015 ve Tekkaş ve ark, 2010). Bu nedenle hasta agresyonu karşısında hemşirelerin agresyon algılarını belirlemek, PKY'nin amacı dışında kullanımını azaltmak, alternatif yöntem tercihlerini artırmak önemlidir. Ülkemizde agresyon ve agresyonu etkileyen faktörler, agresyon algıları-tutumları, şiddet, kısıtlama yöntemleri, kısıtlama yöntemlerinin kullanımlarına yönelik hemşirelerin görüşlerine ilişkin ayrı ayrı çalışmalar olmasına karşın (Çoban, 2011; Tekkaş ve ark., 2010; Pekriz, 2009), hemşirelerin agresyon algılamaları ile agresyon yönetiminde kullanılan PKY'ye ilişkin görüşlerinin birlikte incelendiği çalışmanın olmadığı görülmüştür. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna ilişkin algılamalarının yöntem tercihlerinde etkili olduğu fikrinden hareketle hemşirelerin sahip oldukları agresyon algısının, agresyon yönetimi becerilerini doğrudan etkileyebileceği düşünülebilir. Bu nedenle psikiyatri kliniklerinde hemşirelere yönelik bu çalışmanın yapılması amaçlandı.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışmada; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna ilişkin algılamaları ve PKY'ne ilişkin görüşlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

## **1.3.Araştırmanın Soruları**

Psikiyatri kliniğinde görev yapan hemşirelerin;

1. Agresyon Algılamaları Ölçeği (AAÖ) fonksiyonel ve disfonksiyonel puan ortalamaları nasıldır?

2. Kişisel ve çalışma özellikleri yönünden AAÖ fonksiyonel ve disfonksiyonel puan ortalamalarında fark var mıdır?
3. Hasta Agresyonuyla karşılaşma ve klinikte kendini güvende hissetme durumları yönünden AAÖ fonksiyonel ve disfonksiyonel puan ortalamalarında fark var mıdır?
4. Profesyonel Kontrol Yöntemlerini (PKY) kullanma sıklıkları nedir?
5. Profesyonel Kontrol Yöntemlerine ilişkin görüşleri nasıldır?
6. Agresyon Algılaması Ölçeği fonksiyonel ve disfonksiyonel puan ortalamaları ile PKY kullanma durumları arasında ilişki var mıdır?
7. Agresyon Algılamaları Ölçeği puanları ile Profesyonel Kontrol Yöntemlerine ile ilgili görüşleri arasında ilişki var mıdır?



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Agresyon Kavramı ve Özellikleri

Agresyon doğal öfke duygusunun dışı vurumu olan yaygın bir sorundur. Agresyon ve şiddet günlük yaşamda olduğu kadar sağlık hizmetlerinde de önemli bir sorundur. Agresyon anında bireylerin kendilerine, diğer bireylere ve sağlık çalışanlarına, hastane ortamında bulunan eşyalara karşı zarar verici davranışları yazılı ve görsel basında sık karşımıza çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde agresyonun en fazla görüldüğü alanlardan biri psikiyatri klinikleridir. Literatürde psikiyatri kliniklerinde hastaların agresyon davranışlarına sağlık ekibinin maruz kaldığı, agresyon davranışlarının diğer birimlerden iki kat fazla görüldüğü, hemşirelerin ilk sırada agresyona maruz kaldığı bildirilmektedir (Abderhalden, 2008; Awawdeh ve ark., 2016; Chen ve ark., 2005; Çoban, 2011; Finnema ve ark., 1994; Jansen, 2005; Jonker ve ark., 2008 ve Uysal, 2014).

Agresyon genel olarak bireyin kendisine, çevresindeki diğer bireylere fiziksel ya da psikolojik zarar verme ve incitmeyi amaçlayan sözel, fiziksel davranışlarda bulunma olarak tanımlanmaktadır (Coşkun ve Öztürk, 2008; McCann ve ark., 2014; Öztürk, 2012; Tekkaş, 2010; Savaşan ve Mete, 2018 ve Zhu ve ark., 2019). Agresyon tanımlarına bakıldığında genel olarak psikolojik ve fiziksel zarar verme amacının ön planda tutulduğu belirtilmektedir. Bununla birlikte agresyonu, iletişimsel, sosyal bir süreç olarak ifade eden tanımlar da yapılmıştır. Bu tanımlar literatür doğrultusunda incelendiğinde; Buss, (1961), “agresyon kavramını başka bir organizmaya yönelik zarar verici tepki vermeye yönelen istekler” olarak tanımlarken, (Önen, 2009; Ramirez ve Andreu, 2003; Ramirez ve Andreu, 2005); Spielberg’ın (1983)’de “bireyin insanlara veya nesnelere yönelik yıkıcı veya cezai davranış” olarak agresyonu tanımladığı bildirilmiştir (Gustavsson, 1996; Ramirez ve Andreu, 2005). Yine agresyon tanımında bireyin amaç ve niyetinin zarar vermek olduğunu savunan Bushman ve Anderson, (2001), bireyin verdiği bu zarardan mağdur ettiği bireyin olumsuz etkileneceği, kaçamayacağı inancına sahip ve mağdurun davranışa tepki göstermesi ihtimaline karşı da hazırlıklı olduğunu savunmuştur. Abderhalden, (2008), çalışmada agresyonu bireylerin kendilerine, çevresindeki diğer bireylere, eşyalara, mülklere yönelik tehdit içeren sözlü, sözsüz, zarar veren fiziksel davranışlar olarak belirtmiştir. (Aronson ve ark, 2012: 675) ise agresyonu “Kasıtlı olarak zarar ya da acı vermeye yönelik davranışlar sergilemektir.” olarak tanımlamıştır.

Agresyonun iletişimsel, sosyal bir süreç olduğunu tanımlayan yaklaşımlara göre;

Finnema ve ark, (1994) ve Rothenberg'in (1971)'de "bireyin agresyon davranışlarını ilk aşamada iletişim aracı olarak kullandığını ve sonuçlarının her zaman yıkıcı olmadığını"; Hills ve ark., (2015), Cherek'in (2003), "agresyonu en az iki kişinin sözlü-sözsüz etkileşimi ile gerçekleşen sosyal bir davranış süreci olarak tanımladığını" bildirmiştir. Agresyonu Lorenz, "yaşam için yararlı, mücadele içgüdüsünü tetikleyen, dış uyaranlara karşı tepki değil insanın içinde var olan, dış dürtülerin yeterli olup olmamasına bakılmaksızın harekete geçmek için çabalayan, enerjinin beslediği içgüdü" olarak tanımlamıştır (From, 1993; Özmen, 2006; Çelik ve Otrar, 2009; Yöyen, 2012).

### 2.1.1. Agresyonla bağlantılı tanımlar

Agresyon kavramı, tüm alanların (psikoloji, biyoloji, fizyoloji, sosyal bilimler vb) üzerinde çalıştığı kapsamlı bir kavramdır. Agresyonu tanımlarken agresyonla bağlantılı kavramların (öfke, kızgınlık, düşmanlık, ajitasyon, şiddet) tanımlarını bilmek önemlidir.

**Öfke:** Genel olarak öfke, bireyin çeşitli nedenlerle (kendine yönelik engellenme, dışlanma, adaletsizlik, özgürlüğün kısıtlanması ..vb) olumsuz duygular hissetmesine rağmen, duygularını ifade edememesi sonucu ortaya çıkan, kızgınlıktan yoğun hiddete kadar değişen temel bir duygudur (Doğan ve ark., 2001; Eroğlu ve İrdem, 2016; Günüşen, 2006; Özdemir ve ark., 2019; Özmen, 2006; Ramirez ve Andreu., 2005; Yılmaz, 2017 ve Zorlu, 2017). Aşırı öfke bireyin kışkırtıcı olaylara ve agresif davranışa olan ilgisini zaman içinde artırabilir (Anderson ve ark., 2002; Gustavsson ve ark.,1996).

**Kızgınlık:** Düşmanlık ve agresyondan daha basit bir kavram olarak düşünülen duygusal bir durumdur. Bilge, (1992), yararlandığı çalışmada kızgınlığı Spielberger, Jacobs, Russell ve Crane, (1983)'de, "orta derecede rahatsızlıktan hiddet ve öfkeye kadar değişen yoğunluktaki duyguları kapsayan duygusal bir durum" olarak tanımladıklarını bildirmiştir.

**Düşmanlık:** Bireyin olayları ve insanları olumsuz algıladığı, yorumladığı, hoşlanmama duygusunu içeren, öfke ve kızgınlık duygularının eşlik ettiği, zarar verme veya onları rahatsız etme isteği olan olumsuz yaklaşımlar ve tutumlardır (Camadan ve Yazıcı, 2016; Çoban, 2011; Önen, 2009 ve Merjonen ve ark., 2011). Düşmanlık, kızgınlık yatıştıktan sonra olumsuz duyguların devam etmesidir (Bilge, 1992). Düşmanlık karakteristik bir kişilik özelliğidir (Merjonen ve ark., 2011).

**Ajitasyon:** Bireyin dezorganize, maksatsız, fizyolojik, motor davranışlarının artmasıyla çevresindeki bireylerin, tedavi ekibinin güvenliğini tehlikeye sokabilen, terapötik ortamın bozulmasına yol açabilen davranışlardır. Ajitasyon psikiyatri

hastalarında sık görülür. Agresyon, şiddet vb. davranışların öncüsüdür (Çoban, 2011; Darçın ve ark., 2017; Ulaş, 2008; Şengül ve ark., 2009 ve Yıldız ve Alptekin, 2003).

**Şiddet:** Agresyon ve şiddet terimi birbirinin yerine kullanılabilir (Abderhalden, 2008). Fakat şiddet, bireyin malına zarar vermek, canını acıtmak, yaralamak, hukuka aykırı fiziksel güç kullanmak, tehdit etmek amacıyla fiziksel ve ruhsal zarar veren sınırsız eylemlerdir (Ata, 2012; Abay ve Tuğlu, 2000; Çatell, 2015; Çoban, 2011; Gül, 2010; Karaca, 2014; Özerkmen ve Gölbaşı, 2010; Yeşilbaş, 2015 ve Yöyen, 2012). Şiddet, zarar verici agresyon davranışlarının sonuçlanmış halidir. Şiddet davranışları agresyonu içerir ama agresyon davranışlarının çoğu şiddetle sonuçlanmayabilir (Anderson ve ark., 2002).

### 2.1.2. Agresyonun çeşitleri

Agresyon çeşitli şekillerde ortaya çıkabilmektedir. Agresyon genel olarak ortaya çıkma biçimi, amacı ve hedefine göre gruplandırılmıştır. Buss, (1961), “agresyonu üç boyutlu olarak sınıflamıştır.” (Ramirez ve Andreu., 2003; Ramirez, 2009, Jansen, 2005; Gül, 2010 ve Çelik ve Otrar, 2009).

**Fiziksel-sözel boyut;** *fiziksel boyut*, bireyin agresyon davranışı anında, kişilere veya objelere zarar verme amacıyla fiziksel temasta bulunduğu (ısıрма, itme, vurma gibi) davranışları içer. *Sözel boyut*, bireyin agresyon davranışı esnasında kişiye psikolojik olarak zarar verme amacı ile sözel olarak (bağırarak, hakaret ve tehdit içeren sözler) söylemesidir (Çelik ve Otrar, 2009; Gül, 2010; Önen, 2009; Ramirez, 2009).

**Aktif-pasif boyut;** *aktif boyut*, bireyin agresyon anında zarar vermediği amaçlayarak, hareket ve araçsal tepkilerle kişinin canını yakma, acı çektirme amacının görünür olmasıdır. *Pasif boyut*, agresyon davranışında bulunan bireyin görünür olmadan zarar vermesi, kişinin amacına ulaşmasını engellemesi olarak tanımlanır (Çelik ve Otrar, 2009; Ramirez ve Andreu, 2003 ve Ramirez ve Andreu, 2005).

**Doğrudan-dolaylı boyut;** *doğrudan boyut*, agresyon davranışında bulunan birey ve davranışa hedef olan bireyin yakın mesafeden kışkırtmaya neden olacak uyarılarla direk olarak yüzleşmesi olarak belirtilmiştir. *Dolaylı boyut* ise davranışa hedef olan bireye davranışta bulunanın belli mesafeden ve dolaylı yollarla zarar verici uyarıları göndermesi olarak belirtilmiştir (Çelik ve Otrar, 2009; Jansen, 2005; Pekriz, 2009; Ramirez ve Andreu, 2003, 2005).

Crick ve Dodge agresyonu, reaktif ve proaktif olarak ikiye ayırmaktadır (Jansen, 2005; Yöyen, 2012 ve Zhu ve ark, 2019). *Reaktif agresyon*, bireyin provokasyon

durumlarında mesajı yanlış yorumlaması anında engellenme ve tehdide verdiği cevaptır. *Proaktif (araçsal) agresyon*, bireyin hedefine ulaşabilmesi için agresif davranışlarla kişisel çıkar amaçlaması, bu durumdan olumlu sonuç beklemesi olarak tanımlanmıştır.

Jansen, (2005)'de; Geen'in (2001), tarihinde farklı bir sınıflama yaparak agresyonu ikiye ayırdığını bildirmiştir. *Affektif (duygulanım) agresyonu*, provokatif davranış gösterenin doğrudan zarar verme niyetiyle yapmasıdır. *Enstrümental (araçsal) agresyon* ise agresyon davranışı gösterenin korunmak için başkaları üzerinden güç uygulama amacı olarak tanımlanmıştır.

### 2.1.3. Agresyon nedenleri

Agresyonun nedenlerini kuramcılar temel olarak psikolojik, sosyal ve biyolojik etmenlerle açıklamaya çalışmışlardır. Bunlar; Sosyal Öğrenme Kuramı, Engellenme-Saldırganlık (Dürtü) Kuramı, İçgüdü Kuramıdır.

**Sosyal öğrenme kuramına göre agresyon;** sosyal öğrenme teorisi Albert Bandura, (1960), tarafından tanımlanmıştır (Jansen, 2005). Kuramcılar agresyon oluşumunda biyolojik faktörlerin rolünü kabul etmekle birlikte bireylerin çocukluktan itibaren ebeveynlerini, çevresindeki kişileri taklit edip, model alarak, ilerleyen zamanlarda hangi durumlara, hangi tepkileri ne şekilde vereceklerini, agresif davranmayı-davranmamayı, sosyalleştiği dönemde gözlemleyerek ve deneyimleyerek öğrendiklerini savunmaktadır. (Açıkgöz ve Gençarslan, 2019; Bandura ve ark., 1961; Gültekin, 2008 ve Jansen, 2005). Literatürde sosyal öğrenme kuramını savunanlar; agresyon davranışlarını kişilerin öğrendiğini, sonuçları taklit ettiğini, pekiştirdiğini, davranışa geçmeden önce davranışın sonuçları hakkında beklentiler oluşturduğunu belirtmişlerdir. Bireylerin agresyon davranışlarını değiştirebilir, yönetilebilir olduğunu savunmaktadırlar (Aydın, 2009; Eroğlu, 2009; Gültekin, 2008; Jansen, 2005 ve Liu, 2004).

**Engellenme kuramına göre agresyon;** ilk olarak Dollard ve ark. (1939)'da, "saldırgan ve yıkıcı dürtülerin doğuştan getirilen bir güdü veya öğrenmeyle kazanılan bir davranış biçimi değil, ihtiyaçlar ve isteklerimizin karşılanmadığı durumların (engellenmenin) bir sonucu ortaya çıktığını" savunmuşlardır (Çatel, 2015; Gültekin, 2008). Bu kurama göre; agresyon her daim iç engellenmenin tutum ve davranış sonucu ortaya çıktığını savunmuştur. Engellenme bireyin içindeki çelişkiler, çatışmalar sonucu geliştiği gibi çevresinden gelen olaylar sonucu da gelişebilen durumlardır (Çatel, 2015; Gültekin, 2008). Miller, (1941), "engellenme duygusunun farklı algılanmasının farklı tepkilere neden olabileceği, agresyon davranışlarının bunlardan biri olabileceğini"

söylemiştir. Örneğin, birey engellenme duygusunu olumlu algırsa, daha az tepki verilebilecek ve engellenme mutlaka agresyonla sonuçlanmayacaktır (Efilti, 2016; Gültekin, 2008).

**İçgüdü kuramına göre agresyon;** bu alanla ilgili kuramcılar diğer davranışlar gibi agresif davranışların doğuştan var olan dürtü mekanizmasının içgüdüsel uyarılmasıyla sürekli biçimde organizmanın içinde biriken enerji olduğunu savunmaktadırlar (Efilti, 2006). Freud (1930), “agresif davranışların kişinin libidinal dürtülerinin engellenmesine karşı gelişen tepki ve ölüm içgüdüsünün zorlamasıyla; kendine zarar verme dürtülerinin yönünü kendisinden uzaklaştırıp, başka kişilere yöneltmesinin sonucu” olduğunu savunmuştur (Aronson ve ark, 2012: 677); Efilti, 2016; Jansen, 2005 ve Zorlu, 2017). Freud agresyon enerjisinin açığa çıkması gerektiğine, aksi takdirde birikip hastalığa yol açacağını savunmuştur. İnsanların da bu enerjiyi kabul edebilir ya da yararlı davranışa dönüştüreceğine inanmıştır (Aronson ve ark, 2012: 677). Lorenz, (1966), “agresyon davranışında bulunan kişinin her canlıda bulunan savaş-kaç arasındaki dengesinin mücadele içgüdüsünden geldiğini savunmuş ve içgüdünün agresif davranışların tetikleyicisi” olduğunu belirtmiştir (Jansen, 2005).

## **2.2. Psikiyatri Kliniklerinde Agresyon Görülme Sıklığı**

Agresyon ve şiddet günlük yaşamda olduğu kadar sağlık hizmetlerinde de önemli bir sorundur. Sağlık hizmetlerinde agresyon ve şiddetin diğer iş kollarına göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (Esen ve ark., 2020; Oral ve Günaydın, 2018). Özellikle tüm birimlerde gerçekleşen şiddet olaylarını kapsayan çalışmalarda, acil servislerde şiddet oranı yüksek bulunmuştur (Annagür, 2010; Yıldız, 2019). Oral ve Günaydın, (2018)'de 68 beyaz kod vakasını incelemiş, hastanede çalışan 56 sağlık çalışanının en çok hakaret ve tehdit içeren (sözel) agresyona maruz kaldığı tespit edilmiştir. Esen ve Aykal'a (2020), göre; bir eğitim ve araştırma hastanesinde sağlık çalışanlarının çalıştıkları alanlarda karşılaştıkları 145 olayın %94.5'inin sözel şiddet vakası olduğu bildirilmiştir.

Hastanelerde agresyon davranışlarının sıklıkla yaşandığı birimlerden biri psikiyatri klinikleridir. Psikiyatri kliniklerinde agresyon davranışlarının sık görülmesi nedeniyle psikiyatri çalışanlarının daha büyük bir riskle karşı karşıya kalabileceği bildirilmektedir (Abderhalden, 2008; Çoban, 2011; Jansen, 2005; Tekkaş ve ark., 2010 ve Uzun ve ark., 2015). Psikiyatri hastalarının birçoğu kendine, diğer hastalara, çevresine ve çalışanlara agresif davranışlar sergileyen, iç görüsü bozulmuş hastalardır (Coşkun ve ark., 2010; Tekkaş ve ark., 2010). Psikotik hastaların akut dönemlerinde agresif davranış belirtileri

ve agresif davranışları yüksek bulunmuştur (Aydın, 2009; Jansen, 2005). Chang ve Lee, (2004), psikiyatri kliniklerinde agresyon davranışı gerçekleştiren hasta tanılarına göre; %21.46 şizofreni, %18.39 bipolar bozukluk, %7.15 diğer psikopatolojik tanısı olan hastalardır.

Agresyon davranışları öncesi hastalarda gözlenen belirtilerin bir kısmının; huzursuzluk, hızlı adımlama, yüksek sesle konuşma, çevresel uyaranlara aşırı tepki verme, şüphencilik, saldırı pozisyonu, tehdit edici tavır ve sözler, patlayıcı davranış, silah niteliğinde alet taşıma vb. şeklinde olduğu bildirilmiştir (Bilgin ve Özcan, 2012; Coşkun ve ark, 2010; Günüşen, 2016).

Psikiyatri kliniklerinde çalışanların maruz kaldıkları agresyon ile ilgili literatürde; Cheung ve arkadaşları (1997), psikiyatri kliniğinde yatan hastaların sekiz haftalık dönemde personele yönelik toplam 477 saldırı gerçekleştiğini; bunlardan %62.1'inin sözel saldırı, %37.9'unun fiziksel saldırı olduğunu bildirmişlerdir. Duxbury, (2002), psikiyatri servisinde akut hasta saldırganlığını yönetmek için kullanılan yaklaşımları belirlemek ve değerlendirmek için yaptığı çalışmada, rapor edilen 157 olayın 30'u fiziksel saldırıdır ve %13.5'inin şiddet içerdiğini bildirmiştir. Ülkemizde ise özel hastane ve devlet hastanelerinin farklı ortamlarında meydana gelen olayların sağlık çalışanları üzerindeki etkisi ve agresyonla karşılaşma deneyimlerini belirlemek için Erkol ve ark. (2007)'de, personelin %87.1'i, doktorların %96.7'si agresyon ile karşılaştıkları bildirmişlerdir. Uysal, (2014), akut psikiyatri servislerinde tedavi gören hastalarda fiziksel agresyon risklerini incelediği çalışmada; insana karşı fiziksel agresyon sıklığını %100.0, sözel agresyon sıklığını %76.9 olarak bildirmiştir. Yine “özel bir psikiyatri hastanesinde yatarak tedavi gören hastalarda akut ajitasyon durumlarında uygulanan tedavi ve yaklaşımlar” adlı çalışmada Darçın ve ark. (2017), hastaların %16.4'ü için akut ajitasyon uyarısı verildiğini, uyarının verilme nedenlerine bakıldığında; tedavi ekibine yönelik saldırının (%34.3), şiddet tehdidinin (%29.2) olduğunu belirtmişlerdir.

Psikiyatri kliniklerinde hemşirelere karşı hasta agresyon çalışmalarına göre; Chen ve ark. (2005), psikiyatri hemşirelerinin hasta agresyonunu yönetmede kaygı ve bilişlerini incelediği çalışmada; Hou ve arkadaşlarının (1983), psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin %95.0'inin agresif davranışlardan yaralandıklarını ve hastaların %94.72'sine kontrol yöntemlerini kullandıklarını” belirtmişlerdir. “İngiltere Sağlık Komisyonu (2005), psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin %75.0'inin agresyonla karşılaştığını ve tehdit edildiğini” belirtmişlerdir (Duxbury ve ark., 2008). Nijman ve ark. (2005), psikiyatri hemşirelerinin yatan hasta saldırganlığı deneyimlerini incelediği

çalışmada; sözel agresyon (%89), tehdit edici sözlü agresyon (%82.0), pasif agresyon (%84.0) olduğunu bildirmişlerdir. Psikiyatride hasta agresyonu ve ruh sağlığı hemşirelerinin algulamalarını incelendiği çalışmada Jonker ve ark. (2008), hemşirelerin agresyon davranışlarıyla karşılaştıklarını, tehdit edici olmayan sözel agresyon ile %60.0 oranında karşılaştıklarını, %87.1'inin ise PKY, kısıtlama kursları ve agresyon yönetimi eğitimleri aldıklarını belirtmişlerdir. Ülkemizde Erkol ve ark. (2007), hemşireler ve ebelerin %81.82'sinin agresyona maruz kaldıklarını, Gökçe ve DüNDAR, (2008), ise hemşirelerin son bir yıl içinde %90.0'ının şiddete maruz kaldığını ve %48.1'inin sürekli kaygı duyduklarını belirtmiştir. Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin agresyon algısının incelediği çalışmada, Pekriz, (2009), hemşirelerin en az bir kez sözel agresyona uğrama oranı (%94.5), en az bir kez fiziksel agresyona uğrama oranı ise (%78.7)'dir. Yine hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde %74.92'sinin sözel agresyona maruz kaldıkları Çoban, (2011), bildirmiştir.

### **2.3. Psikiyatri Kliniklerinde Agresyon Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler**

Agresyon davranışında rol oynayan hasta-çevre-personelle ilgili faktörleri Kuzey Amerika Hemşirelik Teşhisi Derneği genel olarak tarihsel, fizyolojik, sosyo-kültürel, psikolojik, biyolojik olarak açıklamıştır (Aronson, 2012: 675; Duxbury ve ark., 2008 ve Finnema ve ark., 1994).

#### **2.3.1. Hasta ile ilgili faktörler**

Hasta ile ilgili faktörler arasında biyolojik faktörler, tanı, cinsiyet, yaş, sosyal-ekonomik statü ve psikopatolojik faktörler yer almaktadır (Aronson ve ark, 2012: 684; Duxbury ve ark., 2008 ve Şengül ve ark., 2009).

Literatürlerde hastanın *sosyo-ekonomik* düzeyinin düşük olmasının, agresyon davranışlarının ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğu belirtilmektedir. Çocuklukta yaşanan yoksulluğun; ergenlik ve ilerleyen yaşlarda anksiyete, agresyon, depresyon, kendini denetleyememe gibi duygu ve davranışlara sebep olabileceği bildirilmektedir (Bradley ve ark., 2001; Jansen, 2005; Özenoğlu ve Ünal, 2015; Şener ve Ocakçı, 2014 ve Şengül ve ark., 2009). *Hasta yaşı* ile ilgili; agresyon riskinin gençlik döneminde daha yüksek olduğunu Tardiff ve Koenigsberg, (1985), belirtirken, ilerleyen yaşlarda oluşan demans, alzheimer hastalığı, organik beyin sendromu vb hastalıkların seyrinde de agresyon davranışlarının görüldüğünü bildirmiştir (Finnema ve ark, 1994; Jansen, 2005 ve Şengül ve ark, 2009). Hasta *cinsiyetlerine* bakıldığında; agresif davranışlar erkek çocuklarında ve yetişkin erkeklerde daha çok görülmektedir (Aronson ve ark, 2012: 686;

Jansen, 2005). Buss ve Perry, (1992), erkeklerde agresif davranışların daha fazla görüldüğünü ve bu davranışların düşmanca olduğunu bildirmiştir.

*Psikopatolojik faktörlerle* ilgili olarak; şizofreni, kişilik bozuklukları, madde bağımlılığı ve organik beyin hastalıklarının yüksek düzeyde saldırganlık davranışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Açıkgöz ve Gençarslan 2019; Ata ve Kelleci, 2012; Çatel, 2015; Duxbury, 2002; Finnema ve ark, 1994 ve Jansen, 2005). Yatan hasta agresyonu ile ilgili çalışmalarda şizofreni tanısı alan hastaların daha sık agresif davranış gösterdikleri bildirilmiştir (Bradley ve ark., 2001; Duxbury, 2002 ve Jansen, 2005). Uyuşturucu ve alkol kullanımının saldırganlık ve şiddet içeren davranışlara öncülük ettiği bildirilmiştir (Aydın, 2009; Camadan ve Yazıcı, 2016). (Aronson ve ark, 2012: 689), alkol kullanımının toplumun sınırladığı eylemler üzerindeki etkiyi kaldırdığı, agresyonun da bu eylemlerden biri olduğunu savunmuştur. Agresif hasta profillerini inceleyen Duxbury, (2002), şiddet öyküsü olan, genç, erkek, şizofreni ve madde bağımlılığı olan hastaların daha fazla agresif davranışlarda bulduklarını bulmuştur. Chang ve ark. (2004), psikiyatride yatan hastalar arasında agresif davranış risk faktörlerini araştırdığında, agresyon davranışı gösteren hastaların %21.46'sının şizofreni, %18.39'unun bipolar bozukluk, %7.15'inin diğer psikopatolojik tanısı olan hastalar olduğunu bildirmiştir.

*Biyolojik faktörlerle* agresyon ilişkisinin incelendiği çalışmalarda nöropsikolojik testlerin olumsuz sonuçlarının beyin disfonksiyonuna kaynak olarak gösterilebildiği belirtilmiştir. Agresif davranış eylemlerinde bulunan mahkûmların elektroensefalografi bulgularının ve beyin görüntülerinin analizlerinde gösterilen prefrontal bölgede oluşan anormalliklerin; glukoz metabolizmasındaki bozukluk ve glukoz düzeyinin azlığından kaynaklı olduğu bildirilmiştir (Konuk, 2012; Raine ve ark., 1998). Raine ve arkadaşları (1998), glukoz düzeyinin az olmasının nöronların işlevselliğini bozduğunu, bilişsel fonksiyonların olumsuz etkilendiğini ve bunların agresif davranış risklerini arttığını gözlemlemiştir (Abay ve Tuğlu, 2000; Açıkgöz ve Gençarslan 2019 ve Yöyen, 2012).

İnsanda saldırganlıkla ilgili beyin alanları, temporal lob ve limbik sistemdir. Agresyon fizyopatolojisinde, temporal lobdaki iki limbik yapının (amigdala ve hipokampus) işlev bozukluğunun önemli olduğu belirtilmiştir. Araştırmacılar beyin fonksiyonlarının özellikle frontal lob ile temporal lobun işlevlerindeki yetersizliğin, agresyon oluşumunda etkin rol aldığını vurgulamaktadır. Nörotransmitterlerin (dopamin, serotonin ..vb) agresyonun ortaya çıkmasında ve agresyonun azalmasında rol oynadığı ileri sürülmektedir (Abay ve Tuğlu, 2000; Açıkgöz ve Gençarslan, 2019; Aronson ve ark, 2012: 684 ; Çatel, 2015; Efiliti, 2006; Liu, 2004 ve Şenel, 2003). Dürtüsel eylemlerin

engellenmesi ile önceden öğrenilmiş agresif davranışların ortaya çıkması ve kontrolünden sorumlu beyin alanları lezyonlarıyla birlikte testosteron seviyelerinin artmasının agresif davranışların artmasında etkili olduğu ileri sürülmüştür (Abay ve Tuğlu, 2000; Jansen, 2005; Özenoğlu ve Ünal, 2015 ve Yöyen, 2012). Aronson ve ark., 2012: 686, testosteron düzeylerini yükselterek erkek olmayı seçen kadınların agresyon düzeylerinin arttığını bildirmişlerdir. Agresif davranışların östrojen ve progesteron düzeylerinden etkilendiği; ovülasyon fazında azaldığı, adet döneminde ise arttığı bildirilmektedir (Çatel, 2015; Özenoğlu ve Ünal, 2015). Şizofreni tanısı ile yatarak tedavi gören hastalardaki agresyonun serum kolesterol düzeyleriyle ilişkisinin araştırıldığı çalışmada, düşük kan kolesterol düzeyleri ile şizofrenide görülen saldırganlık arasında anlamlı bir ilişki saptandığı bildirilmiştir (Erkiran ve ark., 2001; Özenoğlu ve Ünal, 2015).

### **2.3.2. Çevresel faktörler**

Çevresel faktörler arasında hastane ortamının (koğuş türü, hasta kabulünde yasal uygulamalar, kısıtlayıcı müdahalelerin kullanımı, belirsiz klinik uygulamaları, hastanın klinik kurallarına uymak zorunda olması, terapötik olmayan bir koğuş ortamı, ortam ısısı, aşırı kalabalık ve sınırlı alanlar ..vb) etkilerinden bahsedilmiştir (Bradley ve ark., 2001; Duxbury, 2002; Duxbury ve ark., 2008; Finnema ve ark., 1994 ve Jansen, 2005- 2006).

Duxbury, (2002); Duxbury ve ark., -2008) ve Jansen, (2005) çalışmalarında; Wynn ve ark, (1998), “saldırganlığın %72.0’sinin sabah, öğleden sonra ve akşam tedavi saatlerinde sık olduğunu bildirirken, Carmel ve ark, (1993), sabah, öğleden sonra ve akşam tedavi saatlerinde hasta temasının azaldığı, personelin meşgul olduğu anlarda gerçekleştiğini” bildirdiklerini belirtmişlerdir. Hastaların kliniklerde buldukları ortamlarda, kısıtlayıcı bakım ortamlarının daha az ve fiziksel çevrenin uygun olmasının hastaların agresyon davranışlarını azalttığı belirtilmiştir (Duxbury ve Whittington, 2005; McChan ve ark., 2014). Savaşan ve Mete, (2018), agresyon ve kısıtlama yöntemlerini incelemek için yaptıkları çalışmada; gerçekleşen olayların %66.1’inin nöbetlerde, %33.9’unun mesai saatlerinde gerçekleştiğini bildirmiştir.

### **2.3.3. Personel ile ilgili faktörler**

Personelle ilgili faktörler; cinsiyet, mesleki deneyim, rol belirsizliğinin olması, personel yetersizliği, eğitimin yetersiz olması, personel iletişiminin zayıf olması, öfke ve psikolojik durumlar ..vb faktörlerdir (Alberdenhan, 2008; Duxbury ve Whittington, 2005). Jansen, (2005), agresyon durumlarında eğitilmiş personelin verdiği olumlu

tepkilerin, agresyonun şiddetinde ve sıklığında azalmaya neden olduğu bildirilmektedir. Duxbury ve Whittington, (2005), bir ruh sağlığı biriminde yaptığı çalışmada hemşirelerin agresyon yönetiminde hastaya etkili yaklaşım göstermesi için profesyonel eğitim almaları gerektiğini ve bu eğitimlerin çalıştıkları kurumlar tarafından desteklenmesinin gerekliliği belirtilmiştir. Duxbury, (2002); Jansen, (2005) ve Awawdeh ve ark., (2016), literatür taramalarında kıdemli hemşirelerin daha az saldırıya uğradığını, öğrenci hemşireler ve mesleki deneyimi az olan hemşirelerin daha fazla agresif davranışa maruz kaldığını bildirmişlerdir. Duxbury, (2002), çalışmasında Vanderslott'un (1998)'de, "kıdemli hemşirelerin daha toleranslı olmasına, deneyimsiz hemşirelerin ise hasta bakımında daha çok zaman geçirmesine ve bu durumun onları savunmasız hale getirmesine" bağlamıştır.

#### **2.4. Hemşirelerin Hasta Agresyonuna Karşı Algılamaları**

Hastaların agresif davranışlarına sık maruz kalan çalışanlarda olumsuz algılar oluşabilir. Hemşirelerin agresyon anında "algı, inanç, yargılama" duygularının farkında olabilmesi için agresyon yönetimini etkin yapılabilmesinin önemli olduğu çalışmalarda vurgulanmaktadır (Çoban, 2011; Jansen, 2005-2006; McChan ve ark., 2014; Sercan ve Bilici, 2009 ve Tekkaş ve ark, 2010).

Türk Dil Kurumu sözlüğünde algı; "bir şeye dikkati yönelterek o şeyin bilincine varma, idrak" olarak tanımlanmaktadır (<http://www.tdk.gov.tr>). Pettersson, (2002) algının, çevreden gelen uyarıcıların bilinçsiz ve devam eden bir çabayla işler duruma girmeye çalışması" olduğunu bildirmiştir (Arğın, 2018). Sandıkçioğlu, (2013), algı kavramını açıklarken; görsel deneyimlerin daha ağırlıklı olduğunu, aynı zamanda dokunsal, işitsel, koku alma ve tat alma deneyimlerinin oluşmasına aracılık yapan duyu organlarımızın, çevreyle etkileşimi sonucu gerçekleştiğini savunmuştur. Bireyler duyumları aracılığıyla uyarlardan aldıkları mesajları zihinsel süreçlerinde işleyip değerlendirerek bir ürün elde ederler. Bu işleme ve değerlendirme sürecine algılama denir. *Algılamak* herhangi bir olayı-nesneyi-ilişkiyi koklamak, görmek, duymak, tatmak, dokunmaktır. Zihinsel süreç sonucu ortaya çıkan ürün de algı olarak tanımlanmaktadır. Bireyde algının oluşması için çevresindeki uyarılara maruz kalması ve tecrübe etmesi gerekir. Algılar bireyin bu tecrübelerine göre şekil alır. Birey tekrar bu tanıdık nesnelere, uyarıcılarla, olaylarla karşılaştığında bu durumlara ilgisi artacaktır. Bireyin algıları çoğu zaman bireyin ihtiyaç, beklenti ve isteklerini etkilemektedir (Arğın, 2018; Arısoy, 2018; Güney, 2015: 11; İnceoğlu, 2010: 67-86). Algılamanın sosyal ve psikolojik yanı önemlidir. Çünkü algılamalar dış müdahalelerle kontrol edilip yönlendirilebilmektedir (Aronson ve ark, 2012: 397; İnceoğlu, 2010: 67- 86).

Hemşirelerin agresyon algısı ve tutumlarıyla ilgili çalışmalarda; Jansen, (1997), psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin hasta agresyonunu genel olarak kabul edilmez olarak algıladıkları sonucuna varmıştır. Jonker ve ark. (2008), psikiyatride hemşirelerin hasta agresyonunu ‘yıkıcı’ olarak algıladıklarını belirtmiştir. Jansen, (2005), hemşirelerin hastaların agresyonunu kabul edilebilen normal bir davranış olarak algıladıklarında daha çok hasta gözlemi yapacaklarını ve kısıtlama uygulamalarını daha az kullanacaklarını bildirmiştir. Awawdeh ve ark. (2016), Filistin’de yaptığı ve çoğunluğunu kadın hemşirelerin oluşturduğu çalışmada; genel olarak hemşirelerin agresyonu olumsuz algıladıklarını, erkek-kadın hemşirelerin agresyonu birbirlerinden farklı algıladıklarını bildirmişlerdir. Çoban, (2011), hemşirelerin alacakları agresyon eğitimi öncesi, agresyon eğitiminden sonra ve eğitimden üç ay sonra agresyon algılarını incelemiş, agresyon eğitimi alan hemşirelerin agresyon algılarının olumlu yönde değişim gösterdiğini bildirmiştir.

## **2.5. Agresyon Davranışlarının Çalışanlar Üzerindeki Etkileri ve Sonuçları**

24 saat hizmet veren sağlık personelinin bakım sürecinde hasta ile yakın temasta olması; onların agresyon gibi çatışma davranışlarıyla daha çok karşılaşmalarına yol açabilmektedir. Agresyon ile karşılaşma bireyleri olumsuz etkileyerek onların olumsuz tutum geliştirmelerine neden olabilmektedir (Bilgin ve ark., 2013; Bilici ve ark., 2013; Öztürk, 2012; Sercan ve Bilici, 2009 ve Şengül ve ark., 2009). İnsanların niyetleri algılanan davranış kontrolünden etkilenir. Örneğin eve dönerken süt almanın kolay olduğuna inanan kişinin bu niyeti yerine getirmesi daha kolay olur (Aronson ve ark, 2012: 395-397). Hasta agresyonunu olumsuz algılayan hemşirelerin agresyon davranışlarına karşı olumsuz niyet göstereceği, bu niyet hem hastayı hem de kişiyi olumsuz etkileyecektir. Literatürde agresyona maruz kalan sağlık çalışanlarında; fiziksel ve psikolojik birtakım sonuçların ortaya çıkabildiği belirtilmektedir. Bunlar; yaralanmaya bağlı travma, ağrı, morluk gibi görünür sonuçlar veya moral düşüklüğü, anksiyete, huzursuzluk, öfke, stres bozukluğu, uyku sorunları, kas spazmı, kronik ağrı, güvensizlik, umutsuzluk, korku, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, alkol-sigara kullanımı, intihar, özgüvende azalma şeklinde duygusal sonuçlar olabilmektedir (Aranson ve ark., 2010, s:861-873; Bilgin ve Özcan, 2012; Jansen, 2005-2006). Altıntaş, (2006), agresyonla karşılaşan hemşirelerin derinden etkilediğini bunun da iş performanslarını ve hemşirelik bakımının kalitesini düşürdüğü belirtmektedir. Yine çalışanlarda çaresizlik duygusu, kendini suçlama, cinsel sorunlar, tükenmişlik duygusu, tekrarlayan saldırı korkusu, kişiler

arası ilişkilerde bozulma, mesleğe saygı inancında azalma, hastayla ilişkilerde bozulma, iş doyumunda azalma, personelin rapor alması ve işi bırakma vb. sorunlar yaşandığı da bildirilmektedir (Alberdenhan, 2008; Bilgin ve ark., 2013; Hills ve ark., 2015; Jansen, 2005-2006; Savaşan ve Mete, 2018; Şahin, 2011; Şengül ve ark., 2009 ve Yalçın ve Erdoğan, 2013). Hasta agresyonu sonucu gelişen; öfke, korku, anksiyete, apati, çaresizlik, kendini suçlama, güvensizlik, sosyal ilişkilerde bozulmanın hemşirelerin agresyon algılamalarını etkilediğini belirtmiştir (Pekriz, 2009). Tekrarlayan agresyon davranışlarına karşı hemşirelerin korku hissetmeleri en yaygın tepkidir (Jansen, 2005; Pekriz, 2009). Hemşirelerin gösterdiği diğer tepkiler ise hemşirelerin hasta bakım sürecinde karar vermede yetersizlik duygusu, hastaya bakım vermektan kaçınma, hastadan uzaklaşma, hastayı reddetme, sonraki agresif davranışa karşı aşırı tetikte olma olarak bildirilmektedir (Alberdenhan, 2008; Bilici ve ark., 2013; Coşkun ve ark., 2010; Öner, 2011 ve Yeşilbaş, 2015).

## **2.6. Psikiyatri Kliniklerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemleri**

Hastanın çatışma davranışları sırasında kendisine ve başkalarına zarar vermesini önlemek için kullanılan (tecrit, tespit, psikotrop ilaç.. vb) uygulamalar tüm dünyada ruh sağlığı hizmetinin temel bir parçası haline gelmiştir. Bu uygulamalar “*Profesyonel Kontrol Yöntemleri (PKY)*” olarak tanımlanmaktadır (Çoşkun ve ark., 2010; McChan ve ark., 2014 ve Tekkaş ve ark., 2010). Türkiye’de yapılan çalışmalarda bu uygulamaların diğer ülkelerle karşılaştırıldığında orta düzeyde kullanıldığı tespit edilmiştir (Çoban., 2011; Günüşen, 2016). Ancak günümüzde bu uygulamalar (tecrit, fiziksel, mekanik ve kimyasal tespit) “*baskıcı ve zorlayıcı yöntemler*” olarak adlandırılmakta, hastalar ve çalışanlar üzerindeki fiziksel ve duygusal etkilerine dikkat çekilmektedir (Çoban, 2011; Ünal, 2011).

*PKY'nin amacı*; hastanın yaşadığı çatışma sonucu oluşabilecek muhtemel intihar davranışını engellemek, gerginlik, huzursuzluk, kuşkuculuk, varsanı gibi belirtilerin denetimini sağlamak, hastayı paranoid düşüncelerini kışkırtan etkileşimlerden uzak tutmak ve duygusal aşırı yükü azaltmaktır (Aydın, 2009; Özdelikara ve Kaya, 2018; Sercan ve Bilici, 2009; Savaşan ve Mete, 2018 ve Tekkaş ve ark., 2010). Bununla birlikte bu uygulamaların amacın dışına çıkılarak yanlış veya gereksiz uygulanması hastaların günlük yaşam aktivitelerini, uygulama becerilerini azaltmakta, agresyon davranışlarını tetikleyebilmekte ve hastaların kişilerarası iletişiminde agresif yollar kullanılmasına örnek teşkil etmekle birlikte, hastalarda ciddi psikolojik etkilere, fiziksel yaralanmalara

ve hatta ölüme sebep olabilmektedir (Çoban, 2011; Gürdoğan ve ark., 2016). Hemşirelerin kontrol yöntemlerini zorlayıcı olarak kullanmaları, hastalarda travma sonrası stres bozukluğu gibi etkilere ve sonuçlara yol açabilmektedir (Alberdenhan, 2008; Bilici ve ark., 2013 ve Coşkun ve ark., 2010).

Psikiyatri kliniklerinde hastaların agresif davranışlarının yönetiminde kullanılan çeşitli kontrol yöntemleri bulunmaktadır. Bunlar;

1. Fiziksel tespit (Tedavi edici tutma, elle tutma)
2. Mekanik tespit
3. Tecrit (izolasyon)
4. Kimyasal Tespit
5. Lüzum hali ilaç uygulaması (Bilgin ve Özcan, 2012 Sercan ve Bilici, 2009).

Bu yöntemler çoğunlukla psikiyatri klinikleri, yoğun bakım, acil servis, nöroloji ve nöroşirürjide hasta güvenliğini sağlamak için uygulanmaktadır (Bilgin ve Özcan, 2012; Coşkun ve ark., 2010; Göktaş ve Buldukoğlu, 2018 ve Özdelikara ve Kaya, 2018).

### **2.6.1. Fiziksel Tespit**

Fiziksel tespit, hastaların yoğun çatışma düşünceleri sonucu ortaya çıkan agresyon davranışlarını kontrol etmek için hastanın izni olmadan güç kullanarak tutmak, hareketini sınırlamaktır (Bilici ve ark., 2012; Göktaş ve Buldukoğlu, 2018; Günüşen, 2016; Özdelikara ve Kaya, 2018 ve Uzun ve ark., 2015).

Fiziksel kısıtlama mekanik ve kimyasal tespitten önce kullanılmaktadır. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) standartlarına göre; fiziksel kısıtlama hekim istemi ile profesyonel kişilerce yapılmalıdır (Özdelikara ve Kaya, 2018; Savaşan ve Mete, 2018). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan hastane hizmet kalite standartları raporunda fiziksel tespite yönelik standartlar belirlenmiştir (Özdelikara ve Kaya, 2018).

### **2.6.2. Mekanik Tespit**

Mekanik tespit, tespit yelekleri, yatak korkulukları ve kemerleri, 4 noktalı tespit kemerleri, hareketli bel yelekleri gibi geliştirilmiş aletler kullanılarak hastanın hareketinin sınırlanması veya tamamen kısıtlanmasıdır (Darçın ve ark., 2017; Günüşen, 2016; Tekkaş ve ark., 2010 ve Uzun ve ark., 2015). Hasta ve çalışanlar açısından olumsuz etkiler oluşturacağı için çalışanların bu konuda eğitilmesi yönünde fikir birliği vardır (Coşkun ve ark., 2010; Karagözoğlu ve ark., 2013; Öztürk, 2012 ve Savaşan ve Mete, 2018).

Coşkun ve arkadaşlarına (2010), göre; kadın ve erkek kliniklerinde hastaların diğer hastalara ve ekibe yönelik şiddet davranışları, hastaların tespit sayısını en çok artıran nedendir.

### **2.6.3. Tecrit (İzolasyon)**

Tecrit, hastanın davranışlarını kontrol altına almaktır. Tecrit ile, hastayı servisteki kalabalıktan, hastanın çatışma davranışlarını artıran uyaranlardan uzak tutmak ve hastanın tedavisi sırasında hastadaki aşırı yükü azaltmak amaçlanmaktadır (Darçın ve ark., 2017; Savaşan ve Mete, 2018).

### **2.6.4. Kimyasal Tespit**

Hastayı fiziki kuvvetle tespit edip, bazı ilaçlar (antipsikotikler, benzodiazepinler) kullanılarak hastanın çatışma düşüncesi ve agresyonunu kontrol altına almak, hastanın hareketini kısıtlamak için yapılan uygulamadır (Bilgin ve Özcan, 2012; Coşkun ve ark., 2010; Darçın ve ark., 2017; Özdelikara ve Kaya, 2018; Tekkaş ve ark., 2010 ve Ucu ve ark., 2015). Ulusal Hasta Güvenliği Ajansı (National Patient Safety Agency=NPSA) gibi kuruluşlar hastanın sağaltımında diğer yaklaşımların başarısız olduğu durumlarda kimyasal tespit, hasta için uygun dozun ayarlanarak uygulanması gerektiğini vurgulamışlardır (Savaşan ve Mete, 2018). McChan ve ark. (2014), çalışanların agresyon yönetiminde kimyasal tespit uygulamalarında, hasta merkezli bir yaklaşımla dikkatli kullanılması gerektiğini bildirmişlerdir.

## **2.7. Hemşirelerin Agresyon Yönetiminde Yöntem ve Tercihleri**

PKY'nin uluslararası uygulamalarında farklılıklar görülmektedir. Çalışmalarda, agresyon yönetiminde hasta merkezli bakım ve çalışan güvenliğine göre hazırlanmış, standart tedavi uygulamasının, agresyon olaylarına karşı yaklaşımların belirlenmesinin, agresyon risk tanılanmasının yapılmasının, olayların bildirilmesinin; agresif davranışın ortaya çıkışının önlenmesi veya en aza indirilmesinin, uygun başetme yöntemlerinin geliştirilmesinin, PKY kullanımlarının azaltılmasının önemi vurgulanmaktadır (Çoban, 2011; Pekriz, 2009; Tekkaş ve ark., 2010 ve Ucu ve ark., 2015). Hills ve ark. (2015), işyerinde saldırganlığın önlenmesi ve azaltılması için en güncel örgütsel bilgi ve yaklaşım geliştirmenin, yeni politikalar oluşturmanın, riski değerlendirmenin, eğitim- öğretim planlamalarının yapılmasının önemini bildirmiştir. Yine kişilerarası ilişkilerde personelleri rollerine yardımcı olacak beceri ve davranış yönetimi teknikleri konusunda desteklemenin, agresyon ve diğer olumsuz davranışları erken dönemde fark edip

önleyebilmenin önemini yararlandığı literatürlerle de desteklemektedir. Çoban, (2011), agresyonu önlemenin önemli bir konu olduğunu, hemşirelerin agresyonun evrelerine göre hastalara yaklaşmanın önemli olduğunu belirtmişlerdir. Çoban, (2011), agresyon eğitimi alan hemşirelerin, hasta tetikleyici aşamaya geçmeden neler yapabileceklerini, hastanın agresyon nedenlerini daha iyi anlayabildiklerini ve nedene yönelik nasıl davranacaklarını öğrendiklerini ifade ettiklerini bildirmiştir.

Agresyon anında hemşirelerin ve diğer çalışanların sorumlulukları büyüktür. Hemşirelerin agresyon davranışları anında, hastaya yardım etmeyi kolaylaştıran veya engelleyen değer, inanç, algılama vb. duygu ve davranışların ayırında olması son derece önemlidir. Hemşirelerin hasta ve bulunduğu çevreyi iyi değerlendirip, terapötik ortamı sağlayabilmesi, ortamdaki her bireyin ve kendisinin güvenliğini ön planda tutabilmesi gerekmektedir. Hemşirelerin ve çalışanların PKY uygulamalarından önce özellikle şiddet riskinin değerlendirilmesi (hasta ile ilgili risk faktörleri, çevresel risk faktörleri), olası şiddetin yönetimi (sakinleştirme, mola verme, gözlem) başlıkları altında agresyon yönetimine alternatif “*baskıcı ve zorlayıcı olmayan yöntemler*” uygulamalara başvurması gerektiği belirtilmektedir (Çoban, 2011).

Literatürlerde çalışanların PKY tercihlerine bakıldığında; İngiltere’de mekanik kısıtlama kullanılmazken, Finlandiya’da sık kullanıldığı bildirilmiştir (Bowers ve ark., 2006; McChan ve ark., 2014). Bu uygulamalar, psikiyatri kliniklerinde hastalıkların akut döneminde sık uygulanmaktadır (Çoban, 2011; Günüşen, 2016; Öztürk, 2012; Sercan ve Bilici, 2009). Jansen, (2005), hemşirelerin olumlu agresyon algıları sayesinde agresyonu yönetirken hasta gözlemini daha çok yapacaklarını ve daha az kontrol yöntemlerini uygulayacaklarını bildirmiştir. Duxbury ve ark. (2008), İsviçre ve İngiltere’de psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin ‘hasta agresyonu yönetimi’ tercihlerinin ‘şiddet tutum ölçeği’ görüşlerine etkisini incelediği çalışmaya göre; hastanın agresyon ve şiddet davranışları karşısında ‘tecrit’in en etkili yaklaşım olduğu görüşüne İsviçre’deki hemşireler katılmıştır. İngiltere’deki hemşireler ise kısıtlama yöntemlerini kullanmanın hastaların güvenlikleri için gerekli olduğunu ancak agresyonu yönetirken ikna yönteminin daha etkili olacağını bildirmişlerdir.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda; Sercan ve Bilici, (2009), bir ruh sağlığı bölge hastanesinde hasta tespitlerinin değişkenlerini incelediği çalışmada; akut psikiyatri servislerinde tedavi gören ve mekanik bağlama uygulanan hastalar araştırmaya alınmış; kadın hastaların %50.0’sinin, erkeklerin %61.0’inin, tüm hastaların %56,6’sının en az bir kez bağlandığı tespit edilmiştir. Tekkaş, (2010) psikiyatri servislerinde uygulanan PKY

ve kullanım özellikleri kapsamında, bu yöntemlere karşı hemşirelerin görüşlerini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile gerçekleştirdiği çalışmaya göre; en fazla uygulanan PKY; lüzum hali (LH) ilaç uygulama ve zorla intaramüsküler (İM) sedasyondur. İzolasyon en az kullanılan yöntemdir. Hastaların agresyon davranışları veya tehdidi, kontrol yöntemlerinin kullanımını en fazla gerektiren durumlardır. Uysal'a (2014), göre; yatış süresince meydana gelen fiziksel agresif davranışların kontrol altına alınmasında mekanik tespit %82.0, zorla IM ilaç uygulama %69.1, gözlem %43.5 ile ilk sıralarda uygulanan girişimlerdir. Hemşirelerin şiddet anında kullandıkları alternatif yöntemleri araştırdığı çalışmasında Göktaş ve Buldukoğlu, (2017), hemşirelerin %33.9'unun kullandıklarını, %29.0' unun hastalarla iletişim kurarak sakinleştirmeyi tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Savaşan ve Mete, (2018), bir eğitim araştırma hastanesinde gerçekleşen 554 olaya müdahalede kullanılan kontrol yöntemleri tercihlerini incelediği araştırmasında; hemşirelerin %37.9'unun bu yöntemleri kullanmadığını, terapötik görüşme yaptıklarını bildirmiştir.

Sonuçta agresyon yönetiminde hemşirelerin ve çalışanların özellikle PKY seçimlerinden önce agresyon riskini değerlendirmesi ve olası agresyon yönetimi uygulamalarına yer vermesi gerektiği belirtilmektedir (Çoban, 2011; Ünal, 2011).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, hasta agresyonuna ilişkin algıları ve profesyonel kontrol yöntemlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma İstanbul il sınırları içinde Anadolu Yakasında bulunan bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinde 2019 yılı içerisinde yapılmıştır.

Bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinde; psikiyatri, nöroloji ve bağımlılık alanlarında toplam 260 yatak kapasitesi ile polikliniklerle birlikte günlük yaklaşık 1700 hastaya hizmet vermektedir. Hastanede toplam 120 hemşire görev yapmaktadır. Hastanenin hasta bakımının verildiği klinikler; dahili tıp bilimlerinden (erişkin psikiyatri, erkek kapalı kliniği, kadın kapalı kliniği, nöroloji, özellikli hizmetler; Alkol ve Madde Tedavi Merkezi (AMATEM), Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (ÇEMATEM), Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, Uyku Bozuklukları Merkezi) oluşmaktadır. Hastanede bir kalite birimi bulunmaktadır. Araştırmanın verileri etik kurul izinleri (Ek.6.) alındıktan sonra, Haziran 2019 - Eylül 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

#### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Araştırmanın evreni, bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim araştırma hastanesinde görevli 120 hemşire oluşturmuştur. Hemşirelerin tamamının örnekleme alınması planlanmıştır. Ancak bazı hemşirelerin farklı görevlendirmelerle kurumda olmaması; hemşirelerin mesai saatleri içerisinde yoğun olmaları; nöroloji kliniğinde çalışan 12 hemşirenin meslekte yeni olduğunu ve agresyonla hiç karşılaşmadıklarını çalışmaya katılmak istemediklerini ifade etmeleri nedeniyle araştırmanın örneklemi 74 hemşireden oluşmuştur.

### 3.4.Verilerin Toplanması

Araştırmada, araştırmacı tarafından literatür incelenerek oluşturulan "Hemşire Bilgi Formu" (Tekkaş, 2010) ile Türkçe psikometrik değerlendirmesi Bilgin, Tulek ve Özcan (2011) tarafından yapılan, orijinali 'Perception of Aggression Scale' olan 'Agresyon Algılamaları Ölçeği' kullanılmıştır (Bilgin ve ark., 2011; Çoban, 2011).

#### 3.4.1. Hemşire Bilgi Formu (Ek-1)

Bu form psikiyatride çalışan hemşirelerin bireysel, çalışma özellikleri ile agresif hastalara müdahalede kullanılan profesyonel kontrol yöntemleri ile ilgili görüş ve uygulamalarını belirlemeye yönelik maddeleri içeren aşağıdaki üç bölümden oluşmaktadır (Tekkaş, 2010).

1. **Bölüm;** kişisel ve mesleki bilgiler içeren altı maddeden oluşur. Hemşirelerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, toplam çalışma süresi, psikiyatride çalışma süresi, psikiyatri alanında çalıştığı birim ile ilgili toplam altı madde yer almaktadır.

2. **Bölüm;** psikiyatri kliniği ile ilgili sorulardan oluşan üç maddeden oluşur. Bu bölümde hemşirelerin hastaların agresif davranışları ile karşılaşma durumları (iki madde) ve çalışırken kendilerini güvende hissetme durumları ile ilgili (bir madde) sorular yer almaktadır (Tekkaş, 2010).

3. **Bölüm;** hemşirelerin Profesyonel Kontrol Yöntemleri (PKY) hakkındaki görüşlerinin sorulduğu 2 (iki) sorudan oluşmaktadır.

1- PKY türü ve kullanım sıklığı ile ilgili kapalı uçlu 1 soru yer almaktadır.

2- Hemşirelerin PKY hakkındaki görüşleri ve algılamalarını öğrenmek amacıyla hazırlanmış 17 maddelik bir ankettir. Form, PKY'nin her birisi için Katılıyorum (1), Kararsızım (0), Katılmıyorum (-1) derecelerinde, 3'lü Likert tipinde oluşmuştur (Tekkaş, 2010). PKY'ye karşı görüşleri toplam üç alt gruptan (olumsuz, olumlu ve uygulama yönleri) oluşmaktadır.

**Olumsuz Yönler alt grubu;** toplam beş maddeden (8,9,10,12,14) oluşmakta ve kontrol yöntemlerinin hasta hakları/çalışanla iletişim/kurum maliyeti açısından olumsuz yönleri ile ilgili görüşleri kapsamaktadır. Bu alt grubun Cronbach Alpha iç Tutarlık Katsayısı 0.93 bulunmuştur.

**Olumlu Yönler alt grubu;** toplam altı maddeden (1,2,4,5,6,13) oluşmakta ve PKY hasta/çalışan/servis güvenliği/hastalarda davranış kontrolü açısından olumlu yönleri ile ilgili görüşleri kapsamaktadır. Bu alt grubun Cronbach Alpha iç Tutarlık Katsayısı 0.91

bulunmuştur.

**Uygulama Yönleri alt grubu;** toplam dört maddeden (11,15,16,17) oluşmakta, kontrol yöntemlerinin uygulanmasına yönelik uygun veya acil kullanım, karar verme ve uygulayıcıya işlem öncesi eğitim ile ilgili koşulları kapsayan görüşleri yansıtmaktadır. Bu alt grubun Cronbach Alpha iç Tutarlık Katsayısı 0.88 bulunmuştur. Bu formun toplam Cronbach Alpha katsayısı ise 0,86 olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada, olumsuz yönler alt boyutu; toplam beş maddeden (8,9,10,12,14) oluşmakta, bu alt grubun Cronbach Alpha iç Tutarlık Katsayısı 0.911 bulunmuştur. Olumlu yönler alt grubu toplam altı maddeden (1,2,4,5,6,13) oluşmakta, bu alt grubun Cronbach Alpha iç Tutarlık Katsayısı 0,919 bulunmuştur. Uygulama yönleri alt grubu toplam dört maddeden (11,15,16,17) oluşmakta, bu alt grubun Cronbach Alpha iç Tutarlık Katsayısı 0,822 bulunmuştur.

**Şekil 1: Profesyonel Kontrol Yöntemleri Hakkındaki Görüşlerinin Cronbach's Alpha Katsayıları**

<b>Cronbach's Alpha Katsayıları</b>			
<b>PKY Görüşleri</b>	<b>Olumlu Yönler</b>	<b>Olumsuz Yönler</b>	<b>Uygulama Yönleri</b>
<b>Sorular</b>	<b>(1,2,4,5,6,13)</b>	<b>(8,9,10,12,14)</b>	<b>(11,15,16,17)</b>
<b>Cronbach's Alpha</b>	0,919	0,911	0,822

### 3.4.2. Agresyon Algılamaları Ölçeği (EK-2)

Psikiyatri hemşirelerinin agresyon algılamasını değerlendirmek adına kullanılan Agresyon Algılamaları Ölçeğinin orijinal adı 'Perception of Aggression Scale' dir. Türkçe psikometrik değerlendirmesi Bilgin, Tulek ve Özcan tarafından 2011 yılında yapılmıştır. Ölçekte; kesinlikle katılıyorum (5), katılıyorum (4), kararsızım (3), katılmıyorum (2), kesinlikle katılmıyorum (1) şeklinde 5'li likert tipi derecelendirme sisteminden oluşmaktadır. 29 maddeden oluşan ölçek 2 alt gruptan oluşmaktadır.

1. Fonksiyonel (kabul edilebilir-sağlıklı reaksiyon-işlevsel) olarak belirtilmiştir. Toplam 12 madde (3, 6, 7, 8, 16, 18, 20, 23, 24, 25, 27, 28) analizi ile doğrulanmıştır.

2. Disfonksiyonel (kabul edilmeyen-istenmeyen agresyon-işlevsiz) toplam 17 madde (1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 26, 29) analizi ile doğrulanmıştır. Ölçekte; fonksiyonel alt grup puanı daha yüksek ise agresyonun "işlevsel/kabul edilebilir" olarak algılandığını, tersi disfonksiyonel alt boyut puanı daha yüksek ise agresyonun "işlevsiz/kabul edilemez" şekilde algılandığını ifade eder (Bilgin ve ark., 2011; Çoban, 2011). Güvenilirlik analizi, fonksiyonel (işlevsel/kabul edilebilir) için 0.85 ve disfonksiyonel (işlevsiz/kabul edilemez) için 0.81 Cronbach alfa değeri ile tatmin edici bir iç tutarlılık göstermiştir. POAS'ın Türkçe versiyonundaki anlamlı korelasyonları belirlemek için Bilgin ve arkadaşları, (2011), Pearson korelasyon analizine parametrik olmayan bir alternatif olarak Spearman testi kullanıldı. POAS'ın tüm bileşenleri için güvenilirlik katsayıları (Cronbach's alpha) hesaplanmıştır (Bilgin ve ark.,2011; Çoban, 2011).

Bu çalışmada, Agresyon Algılamaları Ölçeği alt boyutlarına ait Cronbach's Alpha katsayıları fonksiyonel "işlevsel/kabul edilebilir" 0,886 ve disfonksiyonel "işlevsiz/kabul edilemez" 0,884 olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

Şekil 2: Agresyon Algılamaları Ölçeği Cronbach's Alpha Katsayıları

	Soru sayısı	Ölçek puan aralığı	Cronbach's Alpha
Fonksiyonel	12	1-5	0,886
Disfonksiyonel	17	1-5	0,884

### 3.5. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma verileri, bir ruh ve sinir hastalıkları eğitim araştırma hastanesinin psikiyatri kliniklerinde Haziran- Temmuz 2019 tarihlerinde hemşirelerin mesai saatleri içerisinde toplanmıştır. Öncelikle hemşirelere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve sözel olarak her birinden izin alınmıştır. Ardından çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere “Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu” imzalatılarak yazılı izinleri alınmıştır. Veri toplama araçları olan ‘Hemşirelere yönelik bilgi formu’ ve ‘Agresyon Algılamaları Ölçeği’ hemşireler tarafından bireysel olarak cevaplanmıştır ve hemşirelerin veri toplama araçlarını doldurma süresi yaklaşık (15 dakika)’dır.

### 3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ile sınanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde, Student-t testi, normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni testi; normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi ve ikili karşılaştırmalarında Bonferroni-Dunn testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edilmiştir.

#### Alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

$0 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir

$0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise oldukça güvenilirdir.

$0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

(Y.KARAGÖZ; “SPSS 21.1 uygulama, Biyoistatistik; 1.basım; 2014; sf:698)

**Korelasyon katsayısının (r) değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:**

0 - 0,25	Çok zayıf
0,26 - 0,49	zayıf
0,50 - 0,69	orta
0,70 - 0,89	iyi
0,90 - 1,00	çok iyi

-Akgül A. Çevik O. (2003) “İstatistiksel Analiz Teknikleri”, Emek Ofset, Ankara

**3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın etik uygunluğu, Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın örnekleme ulaşabilmek için araştırmanın yapıldığı hastaneden ve araştırmaya katılan hemşirelerden sözlü ve yazılı izin alınmıştır (EK.6).

**3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışmanın sonuçları, araştırma kapsamındaki kurum ve örnekleme sınırlıdır. Araştırma izin/onay belgelerinin izinlerinin uzun zaman alması ve Anadolu yakasında bulunan bir ruh sağlığı ve sinir hastalıkları eğitim ve araştırma hastanesinden yazılı izin alınamaması nedeniyle, ankete katılan kişi sayısı (örneklem sayısı) kısıtlı kalmıştır.

#### 4. BULGULAR

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin agresyona ilişkin algıları ve PKY'ne ilişkin görüşlerini incelemek amacıyla bu çalışma kapsamında elde edilen verilerin istatistiksel analizlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

**Tablo 1: Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özelliklerinin Dağılımı (n=74)**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	20-25 yaş	24	32,4
	26-30 yaş	27	36,5
	>30 yaş	23	31,1
<b>Yaş ortalaması</b>	29,28 yıl	74	100,0
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	54	<b>73,0</b>
	Erkek	20	27,0
<b>Eğitim durumu</b>	Meslek lisesi/Ön lisans	9	12,2
	Lisans	54	<b>73,0</b>
	Yüksek lisans	11	14,8
<b>Toplam çalışma süresi (yıl)</b>	0-1 yıl	7	9,5
	2-3 yıl	22	29,7
	4-5 yıl	18	24,3
	≥6 yıl	27	36,5
<b>Ortamala çalışma süresi</b>	7,013 yıl	74	100,0
<b>Psikiyatride çalışma süresi (yıl)</b>	0-1 yıl	22	<b>29,7</b>
	2-3 yıl	21	<b>28,4</b>
	4-5 yıl	12	16,2
	≥6 yıl	19	25,7
<b>Psikiyatride çalışma süresi</b>	4,589 yıl	74	100,0
<b>Hemşirelerin Çalıştıkları Klinik</b>	Acil kliniği	11	14,9
	Kadın kliniği	18	24,3
	Erkek kliniği/Erkek Kapalı Kliniği	28	<b>37,8</b>
	Diğer(ÇAMATEM/AMATEM Kliniği/Terapi merkezi)	17	23,0

Tablo 1'e göre; araştırmaya katılan hemşirelerin kişiisel ve mesleki özelliklerinin dağılımları incelendiğinde; örnekleme grubunun %73.0' kadını, %68.9'u  $\leq 30$  yaşında, yaş ortalaması 29.28'dir. Hemşirelerin mesleki özelliklerine bakıldığında; %73.0' lisans mezunu, %14.8'i yüksek lisans mezunu, %60.8'i  $\geq 4$  yıllık mesleki tecrübeye sahip, hemşirelerin ortalama meslekte çalışma süreleri 7.01'dir. Hemşirelerin %58.1'i psikiyatride  $\leq 3$  yıldır çalışmakta, psikiyatride ortalama çalışma süreleri ise 4.58 yıldır. Hemşirelerin %24.3' kadını kliniğinde, %37.8'si erkek/erkek kapalı kliniğinde çalışmaktadır.



**Tablo 2: Hemşirelerin Hastaların Agresyon Davranışları ile Karşılaşma Durumlarının Dağılımı (n=74)**

	Her zaman/ Sık sık		Arasıra/ Nadiren	
	n	%	n	%
<b>Klinikte hastaların agresyon Davranışları ile karşılaşma</b>	74	100	0	0
<b>Sözel agresyon</b>	52	<b>70,3</b>	22	29,7
<b>Fiziksel agresyon</b>	24	32,5	50	<b>67,5</b>

Tablo 2'ye göre; hemşireler çalıştıkları kliniklerde hastaların agresif davranışlarıyla %100.0 karşılaştıklarını, %70.3'ü "Sözel agresyon" ile her zaman/ sık sık; %67.5'i "Fiziksel agresyon" ile ara sıra/ nadiren karşılaşmaktadır.

**Tablo 3: Hemşirelerin Klinikte Güvende Hissetme Düzeylerinin Dağılımı (n=74)**

<b>Serviste Güvende Hissetme Durumu</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Hiçbir zaman /Nadiren</b>	26	<b>35,1</b>
<b>Bazen</b>	33	<b>44,6</b>
<b>Sık sık/Her zaman</b>	15	20,3

Tablo 3'e göre; hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde güvende hissetme durumları sorulduğunda; %35.1'i hiçbir zaman/ nadiren, %44.6'sı bazen ve %20.3'ü sık sık/ her zaman güvende hissettiklerini belirtmişlerdir.

**Tablo 4: Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Ölçeği Puanlarının Dağılımı (n=74)**

	<b>Soru sayısı</b>	<b>Ölçek Puan aralığı</b>	<b>Min-Maks (Medyan)</b>	<b>Puan Ort±Ss</b>
<b>Fonksiyonel</b>	12	1-5	1,1-4,7 (3)	3,00±0,67
<b>Disfonksiyonel</b>	17	1-5	2,6-4,9 (3,5)	<b>3,56±0,56</b>

Tablo 4’te agresyon algılamaları ölçeği puanlarının dağılımı görülmektedir. Agresyon Algılamaları Ölçeği “Fonksiyonel” puanları 1,1 ile 4,7 arasında değişmekte olup ortalama (3,00±0,67); “Disfonksiyonel” puanları 2,6 ile 4,9 arasında değişmekte olup, ortalama (3,56±0,56)’dır. Disfonksiyonel puanları fonksiyonel puanlarından yüksek bulunmuştur.

**Tablo 5: Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Ölçeği Puanları ile Hemşirelerin Kişisel ve Mesleki Özellikleri veya Çalıştıkları Klinik Birim Özelliklerine göre Karşılaştırılması**

		Agresyon (Saldırganlık) Algılamaları Ölçeği				
		Fonksiyonel		Disfonksiyonel		
		Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	Min-Maks (Medyan)	Ort±Ss	
		n				
Yaş (yıl)	20-25 yaş	24	1,5-4,7 (3)	3,04±0,80	2,6-4,9 (3,4)	3,49±0,62
	26-30 yaş	27	1,1-3,9 (2,8)	2,88±0,66	2,6-4,6 (3,6)	3,61±0,53
	>30 yaş	23	1,9-4,3 (3,1)	3,11±0,53	2,7-4,8 (3,5)	3,57±0,54
<i>Test değeri; <sup>b</sup>p</i>			<i>F:0,800; 0,453</i>		<i>F:0,297; 0,744</i>	
Cinsiyet	Kadın	54	1,5-4,5 (3)	2,98±0,65	2,6-4,8 (3,5)	3,58±0,52
	Erkek	20	1,1-4,7 (3)	3,08±0,75	2,6-4,9 (3,5)	3,51±0,65
<i>Test değeri; <sup>c</sup>p</i>			<i>t:-0,565; 0,574</i>		<i>t:0,414; 0,680</i>	
Eğitim durumu	Lise-Ön lisans	9	2,5-3,9 (3)	2,94±0,50	2,7-4,5 (3,1)	3,28±0,54
	Lisans	54	1,1-4,7 (3)	3,06±0,72	2,6-4,9 (3,6)	3,61±0,56
	Yüksek lisans	11	1,9-3,5 (2,9)	2,77±0,54	2,7-4,4 (3,5)	3,55±0,52
<i>Test değeri; <sup>a</sup>p</i>			<i>χ<sup>2</sup>:1,918; 0,383</i>		<i>χ<sup>2</sup>:3,163; 0,206</i>	
Psikiyatride çalışma süresi (yıl)	0-1 yıl	22	1,1-4,3 (3)	2,82±0,78	3-4,8 (3,7)	3,75±0,49
	2-3 yıl	21	1,5-4,7 (2,9)	3,07±0,81	2,6-4,9 (3,1)	3,38±0,70
	4-5 yıl	12	2,5-3,8 (3)	3,05±0,36	3,1-4,5 (3,5)	3,56±0,44
	≥6 yıl	19	1,9-4,2 (3,1)	3,11±0,50	2,7-4,4 (3,5)	3,53±0,47
<i>Test değeri; <sup>b</sup>p</i>			<i>F:0,4060; 0,749</i>		<i>F:0,470; 0,704</i>	
Klinik birimleri	Acil Kliniği	11	2,5-4,5 (3,2)	3,14±0,60	2,7-4,5 (3,8)	3,71±0,53
	Kadın kliniği	18	1,7-4,7 (3,1)	3,22±0,79	2,6-4,9 (3,5)	3,60±0,60
	Erkek kliniği/	28	1,1-4,2 (3)	2,89±0,69	2,7-4,6 (3,4)	3,48±0,53
	Erkek kapalı kliniği					
	ÇAMATEM/ Kliniği/Terapi merkezi/ AMATEM	17	1,9-3,6 (2,9)	2,85±0,48	2,7-4,3 (3,3)	3,54±0,57
<i>Test değeri; <sup>a</sup>p</i>			<i>χ<sup>2</sup>:3,103; 0,376</i>		<i>χ<sup>2</sup>:2,233; 0,526</i>	

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Test

<sup>b</sup>Oneway ANOVA Test

<sup>c</sup>Student t Test

Tablo 5’de hemşirelerin AAÖ puan ortalamaları hemşirelerin kişisel ve çalışma özellikleri değerlendirildiğinde; hemşirelerin yaşına, cinsiyetine, eğitim durumuna, psikiyatride çalışma süresine, klinik birimine göre; fonksiyonel ve disfonksiyonel puanlarında istatistiksel olarak anlamlı f saptanmamıştır (p>0,05).

**Tablo 6: Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Ölçeği Puan Ortalamaları ile Hastaların Agresyon Davranışlarıyla Karşılaşma ve Klinikte Güvende Hissetme Durumlarının Karşılaştırılması (n=74)**

		Agresyon Algılamaları Ölçeği	
		Fonksiyonel	Disfonksiyonel
<b>Güvende hissetme düzeyi</b>	<b>r</b>	0,202	0,190
	<b>p</b>	<b>0,084</b>	<b>0,105</b>
<b>Hastaların agresyon davranışları</b>			
<b>Sözel agresyon</b>	<b>r</b>	-0,138	-0,029
	<b>p</b>	<b>0,241</b>	<b>0,809</b>
<b>Fiziksel agresyon</b>	<b>r</b>	-0,080	-0,015
	<b>p</b>	<b>0,497</b>	<b>0,899</b>

*r: Spearman's Korelasyon Katsayısı*

Tablo 6'da hemşirelerin AAÖ puanları ile hemşirelerin hastaların agresyon davranışlarıyla karşılaşma durumları ve klinikte güvende hissetme durumları karşılaştırıldığında; hemşirelerin hastalar tarafından agresyona (fiziksel, sözel) uğrama düzeyi ve kendini güvende hissetme düzeyleri ile fonksiyonel ve disfonksiyonel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 7: Hemşirelerin Profesyonel Kontrol Yöntemlerini Kullanma Sıklıklarının Dağılımı (n=74)**

PKY	Hiçbir zaman		Nadiren/Bazen		Sık sık/ Her zaman	
	n	%	n	%	n	%
Mekanik kısıtlama	17	23,0	26	35,2	31	<b>41,9</b>
Fiziksel kısıtlama	9	12,2	35	47,3	30	<b>40,5</b>
İzolasyon	23	31,1	23	31,1	28	<b>37,8</b>
Lüzum hali ilaç uygulaması	3	4,1	22	29,8	49	<b>66,3</b>
Zorla/İstem dışı intramuskuler sedasyon	8	10,8	32	43,3	34	<b>46,0</b>
Diğer (İkna yöntemi)	70	94,6	2	2,8	2	2,8

Tablo 7'ye göre; hemşireler en fazla “Lüzum hali ilaç uygulaması” (%66.3) uyguladıklarını belirtirken, bunu “Zorla/istem dışı İM sedasyon” (%46.0), “Mekanik kısıtlama” (%41.9), “Fiziksel kısıtlama” (%40.5) ve “İzolasyon” (%37.8) sık sık/ her zaman kullanılmaktadır. “Diğer (İkna yöntemi)” (%94.6) hiçbir zaman kullanılmamaktadır.

**Tablo 8: Hemşirelerin Profesyonel Kontrol Yöntemleri Hakkındaki Görüşlerinin Dağılımı (n=74)**

PKY Görüşleri		Olumlu Yönler	Olumsuz Yönler	Uygulama Yönleri
<b>Mekanik</b>	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-0,7-1 (0,5)	-1-1 (-0,2)	-0,3-1 (1)
<b>kısıtlama</b>	<i>Ort±Ss</i>	0,45 ± 0,48	-0,12 ± 0,56	0,78 ± 0,36
<b>Fiziksel</b>	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-1-1 (0,5)	-1-1 (-0,2)	-1-1 (1)
<b>kısıtlama</b>	<i>Ort±Ss</i>	0,43 ± 0,44	-0,14 ± 0,54	0,76 ± 0,38
<b>İzolasyon</b>	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-1-1 (0,5)	-1-1 (-0,3)	-1-1 (1)
	<i>Ort±Ss</i>	0,48 ± 0,43	-0,20 ± 0,56	0,72 ± 0,40
<b>Lüzum hali ilaç</b>	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-1-1 (0,6)	-1-1 (-0,6)	-1-1 (0,3)
<b>uygulaması</b>	<i>Ort±Ss</i>	0,44 ± 0,48	-0,59 ± 0,41	0,54 ± 0,46
<b>Zorla/İstem dışı</b>	<i>Min-Maks (Medyan)</i>	-1-1 (0,5)	-1-1 (-0,2)	-0,3-1 (1)
<b>intramuskuler</b>	<i>Ort±Ss</i>	0,37 ± 0,51	-0,14 ± 0,59	0,77 ± 0,36
<b>sedasyon</b>				

Tablo 8'e göre; hemşirelerin PKY görüşlerinin dağılımları incelendiğinde;

PKY'ye karşı *olumlu yöndeki* tüm görüşlere ( $0,37 \pm 0,51$ –  $0,48 \pm 0,43$ ) katıldıkları, bu yöntemlerin ortalamalarına göre “Mekanik kısıtlama” ( $0,45 \pm 0,48$ ), “Fiziksel kısıtlama” ( $0,43 \pm 0,44$ ); “İzolasyon” ( $0,48 \pm 0,43$ ), “Lüzum hali ilaç uygulaması” ( $0,44 \pm 0,48$ ); “Zorla/istem dışı İM sedasyon” ( $0,37 \pm 0,51$ )’ dir.

PKY'ye karşı *olumsuz yöndeki* görüşlere ( $-0,59 \pm 0,41$ –  $-0,12 \pm 0,56$ ) katılmadıkları; bu yöntemlerin ortalamalarına göre “Mekanik kısıtlama” ( $-0,12 \pm 0,56$ ); “Fiziksel kısıtlama” ( $-0,14 \pm 0,54$ ); “İzolasyon” ( $-0,20 \pm 0,56$ ); “Lüzum hali ilaç uygulaması” ( $-0,59 \pm 0,41$ ); “Zorla/istem dışı İM sedasyon” ( $-0,14 \pm 0,59$ )’dur.

PKY'ye karşı *uygulama yönündeki* görüşleri incelendiğinde yöntemlerin tümüne büyük oranda ( $0,78 \pm 0,36$ –  $0,54 \pm 0,46$ ) katıldıkları, bu yöntemlerin ortalamalarına göre “Mekanik kısıtlama” ( $0,78 \pm 0,36$ ); “Fiziksel kısıtlama” ( $0,76 \pm 0,38$ ); “İzolasyon” yöntemi ( $0,72 \pm 0,40$ ); “Lüzum hali ilaç uygulaması” ( $0,54 \pm 0,46$ ); “Zorla/istem dışı İM sedasyon” ( $0,77 \pm 0,36$ )’dır.

**Tablo 9: Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Ölçeği Puanları ile Profesyonel Kontrol Yöntemleri Kullanma Sıklığı İlişkisinin Dağılımı (n=74)**

		Agresyon (Saldırganlık) Algılamaları Ölçeği	
		Fonksiyonel	Disfonksiyonel
<b>Mekanik kısıtlama</b>	<b>r</b>	-0,060	-0,125
	<b>p</b>	<b>0,610</b>	<b>0,287</b>
<b>Fiziksel kısıtlama</b>	<b>r</b>	0,121	0,012
	<b>p</b>	<b>0,305</b>	<b>0,918</b>
<b>İzolasyon</b>	<b>r</b>	-0,006	-0,111
	<b>p</b>	<b>0,960</b>	<b>0,346</b>
<b>Lüzum hali ilaç uygulaması</b>	<b>r</b>	-0,063	-0,073
	<b>p</b>	<b>0,595</b>	<b>0,537</b>
<b>Zorla/İstem dışı İM sedasyon</b>	<b>r</b>	0,064	0,037
	<b>p</b>	<b>0,587</b>	<b>0,756</b>

*r: Spearman's Korelasyon Katsayısı*

Tablo 9'da hemşirelerin AAÖ fonksiyonel ve disfonksiyonel puan ortalamaları ile PKY kullanma sıklığı arasında ilişki olup olmadığı değerlendirildiğinde, agresyon algılamaları ölçeğindeki fonksiyonel ve disfonksiyonel puanları ile PKY kullanma sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 10: Hemşirelerin Agresyon Algılamaları Ölçeği Puanları ile Profesyonel Kontrol Yöntemleri Görüşlerinin İlişkinin Dağılımı (n=74)**

		Agresyon Algılamaları Ölçeği		
		Fonksiyonel	Disfonksiyonel	
Olumlu Yöneler	Mekanik kısıtlama	r	-0,004	0,132
		p	<b>0,971</b>	<b>0,261</b>
	Fiziksel kısıtlama	r	0,110	0,246
		p	<b>0,352</b>	<b>0,035*</b>
	İzolasyon	r	0,067	0,111
		p	<b>0,571</b>	<b>0,348</b>
	Lüzum hali ilaç uygulaması	r	0,204	0,123
		p	<b>0,081</b>	<b>0,295</b>
	Zorla/İstem dışı intramuskuler sedasyon	r	0,201	0,182
		p	<b>0,085</b>	<b>0,120</b>
Olumsuz Yöneler	Mekanik kısıtlama	r	-0,080	-0,063
		p	<b>0,497</b>	<b>0,592</b>
	Fiziksel kısıtlama	r	-0,086	-0,110
		p	<b>0,464</b>	<b>0,349</b>
	İzolasyon	r	-0,073	-0,061
		p	<b>0,539</b>	<b>0,604</b>
	Lüzum hali ilaç uygulaması	r	0,030	-0,235
		p	<b>0,797</b>	<b>0,044*</b>
	Zorla/İstem dışı intramuskuler sedasyon	r	-0,043	-0,120
		p	<b>0,716</b>	<b>0,310</b>
Uygulama Yönleri	Mekanik kısıtlama	r	0,000	0,008
		p	<b>0,998</b>	<b>0,944</b>
	Fiziksel kısıtlama	r	0,131	0,008
		p	<b>0,266</b>	<b>0,943</b>
	İzolasyon	r	0,064	0,007
		p	<b>0,587</b>	<b>0,953</b>
	Lüzum hali ilaç uygulaması	r	0,152	0,051
		p	<b>0,195</b>	<b>0,663</b>
	Zorla/İstem dışı intramuskuler sedasyon	r	0,119	0,085
		p	<b>0,313</b>	<b>0,474</b>

r: Spearman's Korelasyon Katsayısı

\* $p < 0,05$

Tablo 10'da agresyon algılamaları ölçeği puan dağılımlarının hemşirelerin PKY hakkındaki görüşlerine göre dağılımı görülmektedir.

*PKY'ne karşı olumlu yöndeki görüşlerde*; Mekanik kısıtlama, izolasyon, lüzum hali ilaç uygulaması, zorla/istem dışı intramuskuler sedasyon skorları ile fonksiyonel ve disfonksiyonel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Fiziksel kısıtlama skorları ile disfonksiyonel puanı arasında pozitif yönlü (disfonksiyonel puanı arttıkça olumlu yönde katılım artan)  $r:0,246$  düzeyinde *istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır* ( $r:0,246$ ;  $p=0,035$ ;  $p<0,05$ ). Fiziksel kısıtlama skoru ile fonksiyonel puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

*PKY'ne karşı olumsuz yöndeki görüşlerde*; Mekanik kısıtlama, fiziksel kısıtlama, izolasyon, zorla/istem dışı intramuskuler sedasyon skorları ile fonksiyonel ve disfonksiyonel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ). Lüzum hali ilaç uygulaması skoru ile disfonksiyonel puanı arasında negatif yönlü (disfonksiyonel puanı arttıkça olumsuz yönde katılım azalan)  $r:-0,235$  düzeyinde *istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır* ( $r:-0,235$ ;  $p=0,044$ ;  $p<0,05$ ). Lüzum hali ilaç uygulaması skoru ile fonksiyonel puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

*PKY'ne karşı uygulama yönündeki görüşlerde*: Mekanik kısıtlama, fiziksel kısıtlama, izolasyon, lüzum hali ilaç uygulaması, zorla/istem dışı İM sedasyon skorları ile fonksiyonel ve disfonksiyonel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

## 5. TARTIŞMA

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin agresyona ilişkin algıları ve PKY'ye ilişkin görüşlerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen bulgular, aşağıda ilgili literatür bulguları doğrultusunda tartışılmıştır.

Elde edilen bulgulara göre psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin (n=74) kişisel ve mesleki özellikleri incelendiğinde; örneklem grubunun büyük çoğunluğu (%73.0) kadın, %68.9'u  $\leq 30$  yaşındadır. Hemşirelerin %73.0'ü lisans mezunu, %14.8'i yüksek lisans mezunu, %60.8'i  $\geq 4$  yıllık mesleki tecrübeye sahiptir ve ortalama meslekte çalışma süreleri 7.01 yıldır. Hemşirelerin %58.1'i psikiyatride  $\leq 3$  yıldır çalışmaktadır, psikiyatride ortalama çalışma süreleri 4.58 yıldır. Hemşirelerin %24.3'ü kadın kliniğinde, %37.8'i erkek/erkek kapalı kliniğinde çalışmaktadır. Çalışmada hemşirelerin eğitimlerinin yüksek (%87.8 lisans ve lisansüstü) düzeyde olduğu göze çarpmaktadır (**Tablo 1**).

Çalışmada hemşirelerin çalıştıkları kliniklerde hastaların agresyon davranışları ile karşılaşma durumlarının dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin tümü hastaların agresif davranışlarıyla karşılaştıklarını, %70.3'ü "Sözel agresyon" ile her zaman/ sık sık karşılaştıklarını belirtmiştir (**Tablo 2**). Literatür incelendiğinde, Pekriz, (2009), psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin agresyon algılamalarını etkileyen faktörleri araştırdığı çalışmada; hemşirelerin sözel ve fiziksel agresyon ile en az bir kez karşılaştıklarını, fiziksel agresyonun (%78.7) ve sözel agresyonun (%94.5) yüksek oranda olduğunu bildirmiştir. Agresyon yönetimi konusunda verilen eğitimin hemşirelerin bilgi ve tutumlarına etkisini araştıran Çoban, (2011), hemşirelerin çalışma ortamlarında %70.0'inin çok defa sözel agresyona maruz kaldıklarını, hemşirelerin %87.5'inin birçok kez fiziksel agresyon ile karşılaştıklarını belirtmiştir. Bowers ve ark. (2003)'de psikiyatri servisinde meydana gelen personel hasta çatışmalarını ve sonuçlarını incelediği çalışmada sağlık çalışanlarının %52.0'sinin sözel agresyon ile karşılaştıklarını bildirmiştir. Jonker ve ark. (2008), psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin hastaların agresyon davranışlarına karşı algılarını araştırdığı çalışmada; genelde hemşirelerin agresyon davranışlarıyla karşılaştıklarını, "tehdit edici olmayan sözel agresyon" ile sık (%60.0) karşılaştıklarını bildirmişlerdir. Literatür sonuçları bu çalışma sonucuyla benzerlik göstermektedir. Psikiyatri hastalarının birçoğu akut dönemde kendine, diğer hastalara, çevresine ve çalışanlara agresif davranış göstermektedirler. Bu doğrultuda psikiyatri hastanelerinin acil ve psikiyatri kliniklerinde özellikle hastaların akut alevlenme dönemlerinde hemşirelerin

veya diğ er ç alışanların hastaların agresyon davranışlarıyla sık karşılaşmalarının normal olduğu dűřünülebilir.

Hemşirelerin ç alıştıkları klinikte güvende hissetme düzeylerinin dağılımları incelendiğinde; hemşireler çoğunlukla serviste kendilerini güvende hissetmediklerini (%44.6 “bazen hissederim”, %35.1 “hiçbir zaman/ nadiren hissederim”) iletirken yalnızca %20.3’ü her zaman/ sık sık güvende hissettiklerini ifade etmiştir (**Tablo 3**). Literatür bilgileri incelendiğinde; Pekriz, (2009)’in, psikiyatri kliniklerinde ç alışan hemşirelerin agresyon algılamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesine yönelik yaptığı ç alışmada, hemşirelerin %46.1’i “sık sık/ her zaman” güvende hissettiklerini söylerken %10.9’u ise güvende hissetmediklerini bildirmiştir. Jansen, (2005), psikiyatrik bakımda hemşirelerin yatan hasta saldırganlığına karşı tutumlarını araştırdığı ç alışmada; hemşirelerin %80’i ç alıştıkları kliniklerde güvende olduklarını ifade etmişlerdir. Bu ç alışmada hemşirelerin çoğunun güvende hissetmediklerini belirtmesi yukarıdaki ç alışmalarla uyumsuz bulunmuştur. Hemşirelerin güvende hissetmemelerinin sebebi; psikiyatri alanında tecrübeli, uzmanlaşmış hemşire sayısının az olmasıyla agresyon yönetimi bilgilerinin eksik olmasına bağlı olabileceği gibi hemşirelerin, terapötik olmayan bir koğuş ortamı, aşırı kalabalık ve sınırlı alanlarda ç alışma koşullarıyla ç alışmalarına bağlı olabilir. Kliniğin fiziki yapısının koğuş şeklinde olması ve hastaların odalarının konumları nedeniyle hemşirelerin hastaları gözlemleyememesi, gelişebilecek agresyon belirtilerini fark etmemelerine ani gelişen agresyon davranışlarıyla karşı karşıya kalmalarına ve güvenlik görevlilerinin ulaşılabilir yakınlıkta olmamasıyla da ilişkili olabilir. Terapötik olamayan ortamlarda güvende hissetmeyen hemşireler endişe ve korku hissedebilirler, bu duygular hemşirelerin ç alışırken tedirgin olmalarına ve hastalara karşı olumsuz bir tutum ve algı geliştirmelerine neden olabilir.

Ç alışmada hemşirelerin AAÖ puanlarının dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin AAÖ disfonksiyonel (kabul edilmeyen) puan ortalamaları (3.56±0,56), fonksiyonel (kabul edilebilir) puan ortalamalarından (3,00±0,67) yüksek bulunmuştur. Bu sonuç hemşirelerin hastaların agresyonu ile ilgili olumsuz algılarının olumlu algılarından yüksek olduğunu göstermektedir (**Tablo 4**). Oysa öfke ve öfkenin davranışa yansıyan yönü olan agresyon bir hemşirelik tanısıdır ve psikiyatri hemşirelerinin agresyon yönetimini etkili bir şekilde yerine getirmesi beklenir. Psikiyatri kliniklerinde agresyon davranışlarıyla sık karşılaşan psikiyatri hemşireleri, agresyonu da normal bir duygu olarak algıarlarsa, hastanın duygularını bastırıp var olan enerjinin içe dönmesine engelolabilirler. Sonuçta hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini önleyebilirler.

Yine psikiyatri hemşirelerinin agresyonu normal algılamaları, oluşacak riski önceden fark edip agresyonu doğru yönetebilmelerine, baskıcı-zorlayıcı olmayan alternatif yöntemleri daha fazla tercih etmelerine ve mekanik ve kimyasal tespit gibi PKY kullanım tercihlerinin azalmasına sebep olabileceği düşünülebilir. Literatür incelendiğinde diğer çalışmalarda hemşirelerin genel olarak agresyonu “kabul edilmez/ işlevsiz” algıladıklarını bildirmektedir (Çoban, 2011; Jansen, 2005; Pekriz, 2009). Çoban, (2011), psikiyatri hemşirelerine verilen agresyon yönetimi eğitiminin hemşirelerin bilgi ve tutumlarına etkisini incelediği çalışmada, hemşirelerin eğitimden önce agresyon algıları olumsuz bulunmuştur. Jansen, (2005), hemşireler agresyonu bir şiddet eylemi olarak algıladıklarında, bu eylemleri kabul etmeyeceklerini; hemşireler agresyonu kabul edilen normal bir durum olarak algıladıklarında ise hasta gözlemini daha çok yapacaklarını, kısıtlama yöntemlerini daha az kullanacaklarını bildirmiştir. Awawdeh ve arkadaşları (2016), tarafından Filistin’de ruh sağlığı hastanesinde hemşirelerin hasta agresyonuna karşı tutum ve uygulamalarının araştırıldığı çalışmada, hemşireler hasta agresyonunun kabul edilen bir reaksiyon olmadığını bildirmişlerdir.

Çalışmada hemşirelerin AAÖ puan ortalamaları ile hemşirelerin kişisel ve mesleki özellikleri ve çalıştıkları klinik birim özellikleri birlikte incelendiğinde, hemşirelerin kişisel ve çalışma özellikleri yönünden fonksiyonel ve disfonksiyonel olarak fark bulunmamıştır (**Tablo 5**). Bu faktörler literatür doğrultusunda ayrı ayrı incelendiğinde, hemşirelerin *eğitim düzeyleri* ve aldıkları eğitimlerle ilgili; Pekriz, (2009), hemşirelik eğitimlerinin (meslek lisesi, ön lisans, lisans ve lisansüstü) farklı olmasının, hemşirelerin hasta agresyonunu farklı algılamalarında etkili olduğunu bildirmiştir. Öztunç, (2001), hastaların sözel, fiziksel agresyon davranışlarıyla, sağlık meslek lisesi ve önlisans mezunu olan hemşirelerin daha fazla karşılaştıklarını belirtmiştir. Jonker ve arkadaşları (2008), eğitim oranı yükseldikçe hemşirelerin agresyonu yönetmeye daha istekli olduklarını ve daha az kısıtlayıcı yöntem kullandıklarını bildirmiştir. Literatür bilgileri ışığında, eğitilmiş hemşirelerin hastanın agresyon davranışlarını daha iyi gözlemleyip ele alması beklenirken, çalışmada hemşirelerin eğitim seviyelerinin yüksek olmasına rağmen agresyon algılamalarının olumsuz olmasının, özellikle psikiyatri alanında uzmanlaşmış hemşirelerin sayısının az olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Bununla birlikte fark çıkmaması grupların dağılımının dengeli olmamasından da kaynaklanabilir.

Hemşirelerin *mesleki deneyimleri* ile ilgili literatürde; hemşirelerin deneyimleri artıkça daha az saldırıya uğradıklarını, öğrenci hemşireler ve mesleki deneyimi az olan hemşirelerin daha çok saldırıya uğradıklarını bildirmişlerdir (Awawdeh ve ark., 2016; Duxbury, 2002 ve Jansen, 2005). Agresyon algıları ve *cinsiyet* ile ilgili literatürde; kadın hemşireler erkek hemşirelere göre agresyon davranışlarını, daha müdahaleci ve şiddetli bir tepki olarak algıladıklarını ifade ederken; erkek hemşireler ise agresyona daha çok maruz kalmasına karşın agresyonu daha az korkutucu bulduklarını ve kendilerini koruyabildiklerini bildirmişlerdir. (Awawdeh ve ark., 2016; Öztürk, 2012). Çalışmada hemşirelerin yaşına, cinsiyetine, eğitim durumuna, psikiyatride çalışma süresine, klinik birimine göre fonksiyonel ve disfonksiyonel puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Bu durumun, hemşirelerin %60.8'inin  $\geq 4$  yıllık mesleki deneyimlerinin olması; %58.1'inin psikiyatride  $\leq 3$  yıldır çalışıyor olması ve %68.9'unun  $\leq 30$  yaşında olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir.

Hemşirelerin, AAÖ puan ortalamaları ile hastaların agresyon davranışlarıyla karşılaşma durumları ve klinikte güvende hissetme durumlarının karşılaştırılması yapıldığında; hemşirelerin hasta agresyonu (fiziksel, sözel) ile karşılaşma ve serviste kendilerini güvende hissetme özellikleri ile AAÖ "Fonksiyonel" ve "Disfonksiyonel" puan ortalamaları arasında ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (**Tablo 6**). Agresyonun tanımında bireylerin güvenliğini tehdit etme temel unsurlardan bir tanesidir. Sürekli agresyonla karşılaşma çalışanların güvenli ortamda çalışma hissine zarar vermektedir. Çalışanların ve hastaların güvende hissetmeleri için agresyonun önlenmesi önemlidir. Literatürde psikiyatri kliniklerinde hasta, çalışan güvenliğinin ön planda tutulmasının gerekliliğinin önemi vurgulanmaktadır (Bilici ve ark., 2012; McChan ve ark., 2014; Sabancıoğulları ve ark., 2014 ve Ünal, 2011).

Tüm dünyada psikiyatri hastalarının hastane kabul ve taburculuk süreçlerinde kaliteli hizmet anlayışı, bütüncül hasta yaklaşımı ön planda tutulmaya çalışılmaktadır. Bu yaklaşımla PKY'nin kullanımını en aza indirme çalışmalarıyla ilgili yasal, kurumsal düzenlemeler yapılmakta, terapötik ortamların oluşturulduğu yaklaşımlar tercih edilmektedir. (Bowers ve ark., 2006; Coşkun ve ark., 2010). Akut psikiyatrik bakımda hemşirelik gözlemlerini incelediği çalışmada Sabancıoğulları ve arkadaşları (2014), psikiyatrik bakımda İngiltere, İskoçya, İrlanda ve Danimarka gibi ülkelerin kontrol yöntemi olarak hemşirelik gözlemlerini sık kullandıklarını belirtmişlerdir. Çalışmada hemşirelerin psikiyatri kliniklerinde PKY kullanma sıklıklarının dağılımı incelendiğinde; hemşireler %94.6 oranında "diğer" yöntemlere "hiçbir zaman" başvurmadıklarını

belirtmişlerdir. Hemşireler en fazla ‐LH ilaç uygulaması‐ (%66.3) uyguladıklarını belirtirken bunu ‐zorla/istem dışı İM sedasyon‐ (%46.0), ‐mekanik kısıtlama‐ (%41.9), ‐fiziksel kısıtlama‐ (%40.5), ‐izolasyon‐ (%37.8) uygulamaları takip etmiştir (**Tablo 7**). Çalışma literatür doğrultusunda tartışıldığında; Sercan ve Bilici, (2009), tüm hastaların %56.6’sına en az bir kez mekanik tespit uygulandığını bildirirken, Coşkun ve arkadaşları (2010), üç aylık dönemde 1014 mekanik tespit vakasını bildirmiş, bu müdahalelerin özellikle hastanın hastaneye yatışının ilk günü gerçekleştiğini tespit etmiştir. Bu kliniklerde mekanik tespite ek olarak kimyasal kısıtlamanın (kadın %38.6; erkek %46.2) uygulandığını bildirmiştir. Tekkaş, (2010), psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin tüm PKY’ri (%78,2-%91,5) uyguladıklarını belirtmiştir. Göktaş ve Buldukoğlu, (2017), hemşirelerin en fazla fiziksel tespiti (%81.3), kimyasal tespiti (%31.7) ve tecriti (%29.6) kullandıklarını bildirmişlerdir. Çalışmada hemşireler yüksek oranda tüm PKY’ri kullandığını belirtmişlerdir. Diğer çalışmalarla sonuçlar benzer bulunmuştur.

Hemşirelerin, PKY hakkındaki görüşleri incelendiğinde; hemşireler *olumlu yöndeki* görüşlere ( $0,37 \pm 0,51 - 0,48 \pm 0,43$ ) katıldıklarını belirtmiştir. Hemşireler ‐hastaların ve çalışanların güvenliği için yapılması gerekli girişimlerdir‐, ‐serviste huzur ve düzenin sağlanmasına yardım eder‐, ‐hastaların davranış kontrolünü yeniden kazanmasını sağlar‐ görüşüne katıldıklarını belirtmişlerdir. ‐Terapötik değere sahip girişimlerdir‐ görüşü (%45.9-%50.0) konusunda kararsız olduklarını bildirirken ‐çalışanların hastalar üzerinde en fazla kontrol sağladığına‐ inanılan yöntemin izolasyon (%44,6) olduğunu bildirmişlerdir. *Olumsuz yöndeki görüşlerde* hemşireler tüm yöntemlerde ‐hastaların haklarının ihlalidir‐, ‐hastaları küçük düşürücü yöntemlerdir‐ ve ‐ekonomik maliyeti yararından fazla olan uygulamalardır‐ şeklindeki görüşlere katılmadıkları veya kararsız oldukları yönünde görüş bildirmişlerdir. Yani yöntemlerin zarar verdiğini düşünmemektedirler. *Uygulama yönündeki görüşlerde* ise hemşireler, yöntemlerin tümüne ( $0,78 \pm 0,36 - 0,54 \pm 0,46$ ) büyük oranda katıldıklarını belirtirlerken, PKY’nin uygun şekilde kullanılmazsa hastalara zarar verebilen, karar verilmesi zor olan, sadece acil durumlarda kullanılması ve çalışanlara mutlaka eğitim verilmesi gereken bir müdahale olduğuna inanılmaktadır (**Tablo 8- Ek 4**).

Literatür incelendiğinde; Tekkaş, (2010), hemşirelerin genel olarak PKY’ye karşı *olumlu* yöndeki tüm görüşlere katıldıklarını, özellikle ‐terapötik değere sahip olduğu‐ yönündeki görüşe (%69,3) katılımın diğer yöntemlere göre yüksek olduğunu bildirmiştir. PKY’ye karşı *olumsuz* yöndeki görüşlere katılmadıkları, tüm yöntemler arasında olumsuz yönleri olmadığına en fazla inanılan yöntemin LH ilaç uygulaması olduğu bildirilmiştir.

PKY'ye karşı uygulama yönündeki görüşlere daha yüksek oranda katıldıklarını bildirmiştir. Uzun ve arkadaşları (2015)'nin çalışmasında, psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler “hastanın şiddet davranışında artış olmaması için fiziksel kısıtlama ve kimyasal kısıtlama yöntemleri kullanılmalıdır” görüşüne (%88.7) katılmışlardır. Hemşirelerin (%47.2; %52.8)'si fiziksel kısıtlama ve kimyasal kısıtlama yöntemlerinin kullanımını savunmuştur. Çalışmada hemşirelerin yöntemlerin tümüne olumlu görüş ilettiği ve yöntemlerin tümünün uygulamada kullanılması gerektiği görüşünde oldukları, en fazla mekanik kısıtlama, istem dışı İM enjeksiyon ve fiziksel kısıtlamanın gerekli olduğu yönünde görüşleri tespit edilmiştir. Bir ruh sağlığı bölge hastanesinde Bilici ve arkadaşlarına göre (2006), bağlama nedenleri arasında etkin saldırgan davranış %40'a yakındır. Çalışmada hemşireler PKY kullanımının gerekli olduğunu ve yöntemlerin uygunsuz kullanımında hastalara zarar verebileceğini savunmuştur. Yukarıdaki çalışmalarla büyük oranda uyumlu bulunmuştur.

AAÖ puan ortalamaları ile hemşirelerin PKY kullanma sıklığı puanları incelendiğinde; hemşirelerin hasta agresyonuna karşı PKY kullanım sıklığı ile agresyon algılamaları ölçeğindeki fonksiyonel ve disfonksiyonel puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (**Tablo 9**). Bir ruh sağlığı bölge hastanesinde Bilici ve arkadaşları (2006)'nin yaptığı çalışmaya göre; bağlama nedenleri arasında etkin saldırgan davranış %40'a yakındır. Coşkun ve arkadaşları (2010)'na göre; erkek ve kadın servislerinde PKY uygulamalarının nedenleri arasında “hastanın ekibe ve/veya başka bir hastaya şiddet davranışı göstermesi” (%38.6 tedavi ekibine saldırı, %22.6 başka hastaya saldırı) en çok kısıtlama gerektiren eylemlerdir. Tekkaş, (2010), bazı davranışların (tehdit edici tavırlar, vurma, tekmeleme, itme, hastanın kendisine zarar vermesi, çevresindeki eşyalara zarar verme, aşırı gürültü, servis düzenini bozma vb..) hastaya uygulanan kontrol yöntemlerinin kullanımını en fazla gerektiren durumlar olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada AAÖ puan ortalamalarının PKY kullanımlarını etkilemediği bildirilmiştir. Yukarıdaki çalışmalarda agresyon davranışlarının özellikle çalışanlara karşı agresyon davranışlarının hastaya uygulanan kontrol yöntemlerini etkilediği bildirilmektedir. Çalışmada anlamlı ilişki çıkmaması; tekrarlayan agresyon davranışlarının hemşirelerin agresyon algısını olumsuz etkilemesi, sağlık personelinin PKY tercihlerinde farklı tutum sergilemeleri ve algılarının yaşadıkları deneyimlere göre şekillenebilmesi olarak açıklanabilir. Literatür incelendiğinde PKY kullanım sıklığı ile ilgili olarak ülkelerin birçoğunda özellikle birkaç yöntemin benimsendiği ve sıklıkla başvurulan yöntemler oldukları görülmektedir. İngiltere'de mekanik kısıtlama

kullanılmazken, Finlandiya’da sık kullanıldığı, hastaların hastalıklarının akut döneminde sık kullanıldığı bildirilmiştir (Bowers ve ark., 2006; Çoban, 2011; Günüşen, 2016; McChan ve ark., 2014; Öztürk, 2012; Sercan ve Bilici, 2009). Çalışmada izolasyon yönteminin diğer yöntemlere göre en az kullanılan yöntem olmasının, hastanede izolasyon odalarının çoğunlukla bulunmaması ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Yukarıdaki çalışmalarla benzer bulunmuştur.

Hemşirelerin agresyon algılamaları ölçeği fonksiyonel ve disfonksiyonel puan ortalamaları ile PKY görüşlerinin alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşirelerin fonksiyonel puanları ile hemşirelerin PKY görüşleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hemşirelerin disfonksiyonel agresyon algılama puan ortalamaları ile fiziksel kısıtlama görüşleri arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Yani hemşirelerin olumsuz agresyon algılamaları fiziksel kısıtlama görüşlerini artırdığı düşünülebilir. Hemşirelerin disfonksiyonel agresyon algılarının “Lüzum hali ilaç uygulama” görüşlerini de negatif yönde azalttığı saptanmıştır. Agresyonu olumsuz olarak değerlendiren hemşirelerin “Lüzum hali ilaç uygulama” yerine diğer yöntemleri tercih edebilecekleri düşünülebilir (**Tablo 10**). Çalışma literatür doğrultusunda tartışıldığında; Duxbury, (2002), hemşirelerin hasta agresyonu nedeniyle mağdur olduklarını ifade etmiştir. Hemşireler agresyon davranışları için kısıtlayıcı yöntemlerin kullanımını desteklerken, alternatif yollar ve buna uygun eğitimin olması gerektiği ile ilgili görüş bildirmişleridir. Jansen, (2005), hemşirelerin görüşlerinin deneyimledikleri agresyonun derecesine göre değiştiğini bildirmiştir. Bowers ve arkadaşları (2006), hemşirelerin agresyon ve şiddete yönelik olumsuz inanç, algılama ve duygulara sahip olduklarında, olumsuz tutum ve olumsuz davranışlara sahip olduklarını böylece agresyon davranışlarını önleyici girişimlere başvurmadan ziyade PKY’ni tercih ettiklerini belirtmiştir (Bowers ve ark., 2006; Tekkaş, 2010). Duxbury ve ark. (2008), İsviçre ve İngiltere’de psikiyatri kliniklerinde hemşirelerin ‘hasta agresyonu yönetimi’ tercihlerinin ‘şiddet tutum ölçeği’ görüşlerine etkisini incelediği çalışmaya göre; agresyon ve şiddet ile ilgili her iki ülkede hemşireler benzer görüşleri bildirmiştir. Agresyon davranışında bulunan hastaların yalnız bırakılırlarsa sakinleşecekleri görüşüne İngiltere’deki hemşireler katılmadığını bildirirken, hastaların hastalıkları nedeniyle saldırgan olduğu görüşüne İsviçre’li hemşirelere göre daha az katılım göstermişlerdir. Hastanın agresyon ve şiddet davranışları karşısında ‘tecrit’in en etkili yaklaşım olduğu görüşüne İsviçre’deki hemşireler katılırken, İngiltere’deki hemşireler ise kısıtlama yöntemlerini kullanmanın hastaların güvenlikleri için gerekli olduğunu ancak agresyonu yönetirken ikna yönteminin

daha etkili olacağını bildirmişlerdir. Her iki grup da fiziksel agresyona karşı kontrol yöntemlerinin kullanması görüşünü bildirmiştir. Bilici ve arkadaşları (2006)'nın, bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenlerini araştırdıkları çalışmaya göre bir ayda 14 akut servise yatırılan 810 akut psikotik hastanın, hastane genelinde %23.9' u bağlanmıştır. Bağlama nedenleri arasında etkin saldırgan davranış %40'a yakındır. Bu çalışmada hemşirelerin agresyon algılarının olumsuz olması "Lüzum hali ilaç uygulama" görüşlerini azaltmaktadır. Agresyonu olumsuz olarak değerlendiren hemşirelerin "Lüzum hali ilaç uygulama" yerine diğer yöntemleri tercih edebildiği düşünülebilir. Yine hemşirelerin olumsuz agresyon algıları fiziksel kısıtlama hakkındaki görüşlerini artırdığı düşünülebilir. Yukarıdaki çalışmalar hastaların uygunsuz davranışlarının hemşirelerin kontrol yöntem tercihlerinde belirleyici olduğu bildirilmiştir. Bu belirleyici unsurların hemşirelerin hasta agresyonunu kabul edilebilir olarak algılamadığı düşünülebilir. Bu çalışma yukarıdaki literatüre göre kısmen uyumlu bulunmuştur.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuç

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin agresyona ilişkin algıları ve profesyonel kontrol yöntemlerine ilişkin görüşlerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada ulaşılan sonuçlar şöyledir:

- Hemşirelerin çoğunluğu 30 yaş ve altında, kadın, lisans mezunu, 4 ve daha fazla yıldır çalışmakta, psikiyatride ise 3 yıldan kısa süredir çalışmaktadır (Tablo 1).
- Hemşirelerin tamamı çalıştıkları kliniklerde hastaların agresyon davranışları ile karşılaşmış olup en fazla sözel agresyona maruz kalmışlardır (Tablo 2).
- Hemşireler çoğunlukla klinikte kendilerini güvende hissetmediklerini (%35.1'i "hiçbir zaman/nadiren", %44.6'sı "bazen") belirtmiştir (Tablo 3).
- Hemşirelerin AAÖ puanlarının dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin AAÖ disfonksiyonel puan ortalamaları, fonksiyonel puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur. Bu sonuç hemşirelerin agresyonu "Kabul edilmez/ işlevsiz" algıladığını göstermektedir (Tablo 4).
- Hemşirelerin agresyon algıları kişisel ve mesleki özelliklere göre farklılık göstermemektedir (Tablo 5).
- Hemşirelerin agresyon algılamaları, kendilerini klinikte güvende hissetme ve hastaların agresif davranışlarıyla karşılaşma sıklıklarına göre farklılık göstermemektedir (Tablo 6).
- Hemşireler psikiyatri kliniklerinde hastalar agresif olduklarında en fazla ilaç uygulama, fiziksel ve mekanik kısıtlama, enjeksiyon uygulamalarını yaptıklarını belirtirken, hastaları ikna etme vb. yöntemleri çoğunlukla kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 7).
- Hemşirelerin profesyonel kontrol yöntemleri ile ilgili olumlu görüş ilettiği ve yöntemlerin tümünün uygulamada kullanılması gerektiği görüşünde oldukları (mekanik kısıtlama, zorla istemdisi İM enjeksiyon ve fiziksel kısıtlama) belirlenmiştir.(Tablo 8).
- Hemşirelerin agresyon algılarına göre profesyonel kontrol yöntemi kullanma sıklıklarında fark olmadığı görülmüştür (Tablo 9).
- Hemşirelerin agresyon algılamaları ölçeği alt grup puan ortalamaları ile PKY görüşlerinin alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında; hemşirelerin olumlu

agresyon algıları ile hemşirelerin PKY görüşleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Hemşirelerin olumsuz agresyon algıları puanları ile PKY görüşlerinin alt grup puanları karşılaştırıldığında; hemşirelerin olumsuz agresyon algılarının “Fiziksel kısıtlama” hakkındaki görüşlerini artırdığı saptanmıştır. Hemşirelerin olumsuz agresyon algıları “Lüzum hali ilaç uygulama” görüşlerini azaltmaktadır. Agresyonu olumsuz olarak değerlendiren hemşirelerin “Lüzum hali ilaç” uygulamalarını tercih etmedikleri saptanmıştır (Tablo 10).

## 6.2. Öneriler

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, agresyona ilişkin algıları ve PKY’ye ilişkin görüşlerini incelemek, hemşirelere genel bir farkındalık ve anlayış sağlamak amacıyla tanımlayıcı nitelikte planlanan bu çalışmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur.

Araştırma bulgularına göre psikiyatri hemşirelerinin klinikte hastaların agresif davranışlarıyla sık karşılaştıkları, hemşirelerin güvende hissetmedikleri, olumsuz agresyon algılarının fazla olduğu, hastaların agresyonuna müdahalede profesyonel kontrol yöntemlerini sıklıkla tercih ettikleri görülmektedir. Buna bağlı olarak;

- Hemşirelere hastaların agresif davranışlarına bakış açılarını olumlu yönde geliştirecek, agresif hastaya yaklaşım, agresyon risk yönetimi vb. konularında sürekliliği olan eğitimler verilmesi,
- Hemşirelerin agresyon algılamaları ile klinikte hastanın agresif davranışları karşısında tutum ve davranışlarını ortaya koyan geniş örnekleme araştırmalar yapılması,
- Hemşirelerin klinikte kendilerini güvende hissetmemeleri ve agresyon algılarının olumsuz olması nedeniyle klinikte hastalar ve çalışanlar açısından güvenli ortam oluşturulması için gerekli düzenlemelerin yapılması,
- Hemşirelerin çalıştıkları alanlarda güvende hissedip/hissetmediklerini inceleyen araştırmalar yapılması,
- PKY’nin doğru zamanda ve doğru yerde kullanımıyla ilgili çalışmaların yapılması,

- Hemşirelerin olumsuz agresyon algılamalarının hastaların agresyon eylemlerini yönetmede uyguladıkları yöntemlerin seçiminde etkili olabilmesi nedeniyle hemşirelerin bu durumlarda olay bildirimini, alternatif yaklaşımlar ve PKY kullanma sıklıklarının belirlenmesi amacıyla daha çok sayıda hemşire ve diğer sağlık çalışanları ile çalışmaların yapılması önerilir.



## 7. KAYNAKLAR

- Abay, E., Tuğlu, C. (2000). Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojisi. KLİNİK PSİKİYATRİ 2000;3:21-26
- Abderhalden, C. (2008) The Systematic Assessment of the Short-Term Risk for Patient Violence on Acute Psychiatric Wards, ISBN 978 90 5278 703 9
- Açıkgöz, E., Gençarslan, D.Ö. (2019) Ruhsal Hastalıklarda Agresyon. *SBÜ Hemşirelik Dergisi 1(1)*, 61-65.
- Altıntaş, N. (2006) Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi.
- Anderson C. A., Bushman B. J. (2002) Human Aggression. *Annu. Rev. Psychol.*53:27-51
- Aronson E., Wilson T.D., Akert M.R. (2012). Sosyal Psikoloji. İstanbul: Kaknüs Yayınları
- Annagür, B. (2010) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Current Approaches in Psychiatry* 2010;2(2):161-173
- Arđın, E. (2018) Algı Yönetimi Ve Sosyal Medya: 2017Anayasa Referandumu Üzerinden Bir İnceleme. T.C. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Doktora Tezi.
- Arısoy, A. (2008) Sosyal Politika Uygulamalarına Yönelik Halkın Algı ve Tutumlarının Araştırılması: Burdur İli Kent Merkezi Örneği. T.C. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı. Doktora Tezi.
- Ata, E.E., Kelleci, M. (2012) Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bir Grup Hastada Saldırganlık Potansiyeli ve Etkileyen Bazı Etkenler. *Npakademi.* 2012; 1(1):7-15
- Awawdeh, H., Russo, S., Alkaissi, A. (2016) Nurses' Attitudes and Practices Towards Inpatient Aggression in a Palestinian Mental Health Hospital. *ISSN(Paper)2224-5766 ISSN (Online)2225- 0484 (Online)Vol.6, No.6, 2016.*
- Aydın, S., (2009) Bir Psikiyatri Kliniğinde Kapalı Serviste Yatan Psikoz Hastalarının Agresyonunun Değerlendirilmesi. T.C. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Bandura, A., Ross, D.O., Ross, S.A. (1961) Transmission of Aggression Through Imitation of Aggressive Models *Journal of Abnormal and Social P&ychoh.* 1961, Vol. 63, No. 3, 575-582
- Bilge, F., (1992) Bilişsel ve Davranışsal Yaklaşımlarda Kızgınlık. H. Ü. Eğitim Fakültesi, Eğitim Bilimleri Bölümü. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, Cilt 1, Sayı 3,1992*
- Bilgin, H., Tulek, Z., Ozcan, N. (2011) Validation of the Turkish version of the Perception of Aggression Scale (POAS), Violence in Clinical Psychiatry Proceedings of the 6th European Congress,p.99-105
- Bilgin, H., Özcan, N.K. (2012) Psikiyatri Servislerinde Agresyon. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2012;3(1):42-47
- Bilgin, H., Özcan, N.K., Boyacıoğlu, N.E. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinin Mekanik Tespit Yöntemi Hakkındaki Görüşleri. *Türkiye Kilinikleri J Nurs Sci;*5(2):85-92.
- Bilici, R, Sercan, M, Tufan, AE, (2012) Psikiyatri Kliniklerinde Yalıtım Bağlama Uygulamaları. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2013;26:80-88
- Bilici, R., Sercan, M., Tufan, A.E. (2013) Psikiyatrik Hastalarda Saldırganlık ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2013;26:190- 198

- Bowers, L., Simpson, A., Alexander, J. (2003) Patient-Staff Conflict: Results of a Survey on Acute Psychiatric Wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (2003)38:402–408
- Bowers, L., Whittington, R., Nolan, P., David, P., Curtis, S., Bhui, K., Allan, T., Hackney, D., Simpson, A., Flood, C. (2006) The City 128 Study of Observation and Outcomes on Acute Psychiatric Wards. *Department of Mental Health and Learning Disability City University London E1 2EA*
- Bradley N.g., Kumar S., Ranclaud, M., Robinson, E. (2001) Ward Crowding and Incidents of Violence on an Acute Psychiatric Inpatient Unit. New Zealand. *Psychiatric Services* 52:521–525, 2001
- Bushman, B. J., Anderson C.A. (2001) Is It Time To Pull The Plug On The Hostile Versus Instrumental Aggression Dichotomy? *Psychological Review* 2001, Vol. 108, No., 273-279
- Buss, A.H., Perry M. (1992) The Aggression Questionnaire. University of Texas at Austin. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 63. No.3. 452-459 Copyright 1992 by the American Psychological Association. Inc. 0022-3514/92.
- Camadan, F., Yazıcı, H. (2016) Üniversite Öğrencilerinde Gözlenen Saldırganlık Eğilimlerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. DOI: 10.5961/jhes.2017.202
- Chang, J.C., Lee C.S. (2004) Risk Factors For Aggressive Behavior Among Psychiatric Inpatients. *Psychiatric services*; <http://ps.psychiatryonline.org>; vol. 55 no. 11
- Chen S.C, Hwu H.G, Williams R.A. (2005) Psychiatric Nurses' Anxiety and Cognition in Managing Psychiatric Patients' Aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 19, No. 3 (June), 2005: pp 141–149
- Cheung, P., Schweitzer, I., Tuckwell, V., Crowley, K.C. (1997) A Prospective Study of Assaults on Staff by Psychiatric In-patients. *Med. Sci. Law* Vol. 37, NO.1
- Coşkun, S., Öztürk A.T. (2008) Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. *18 Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:3,Sayı:3.Muğla*.
- Coşkun, S., Avlamaz, F., Genç, H. (2010) Akut Psikoz Kliniklerinde Mekanik Tespit Uygulamasında Cinsiyete Özgü Farklılıklar. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*;1(3):108-114.
- Coşkun, S, Avlamaz, F. (2010) Akut Psikiyatri Kliniklerinde Uygulanan Mekanik Tespit Sayı ve Süresinin Bir Yıl İçinde Gösterdiği Değişimin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* -52 2010;1(2):51-55.
- Çatel, M. (2015) Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Olgusunun Bir Üniversite Hastanesi Ölçeğinde İncelenmesi. T.C. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane Ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi
- Çelik, H., Otrar, M. (2009) Saldırganlık Envanterinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışmaları; M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi Yıl: Sayı: 29, Sayfa: 101-120
- Çoban, S.A. (2011) Agresyon Yönetimi Konusunda Verilen Eğitimin Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi. T.C. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı. Doktora Tezi.
- Darçın, A.E., Noyan C.O., Nurmedov, S., Kaya, H., Dilbaz, N. (2017) Özel Bir Psikiyatri Hastanesinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Akut Ajitasyon Durumlarında Uygulanan Tedavi ve Yaklaşımlar. *Current Addiction Research*;1(1):26-32.

- Doğan, S., Güler, H., Kelleci, M. (2001) Hastaların Öfkeli Davranışları Karşısında Hemşirelerin Yaklaşımları. Sivas C.Ü. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5 (1).
- Duxbury, J. (2002) An Evaluation Of Staff And Patient Views Of And Strategies Employed To Manage Inpatient Aggression And Violence On One Mental Health Unit: A Pluralistic Design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 9, 325–337
- Duxbury, J., Whittington, R., (2005) Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 50(5), 469–478
- Duxbury, J., Hahn, S., Needham, I., Pulsford, D. (2008) The Management of Aggression and Violence Attitude Scale (MAVAS):a cross-national comparative study. *Journal of Advanced Nursing* 62(5), 596–606; doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04629.x
- Efiliti, E. (2016). Saldırganlıkla İlgili Kuramsal Yaklaşımlar. İçinde, N. Sargın, S. Avşaroğlu & A. Ünal(Ed.), *Eğitim ve Psikolojiden Yansımalar*, (ss.17-35). Konya: Çizgi Kitabevi
- Erkiran, M., Erkiran, G.K., Evren, C. (2001) İlaç Kullanmayan Şizofreni Hastalarında Saldırganlık ve Serum Kolesterol Düzeyi: Kontrollü Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 12(4):261-272
- Erkol, H., Gökdoğan, M.R., Zerrin, E., Boz, B. (2007) Aggression and Violence Towards Health Care Providers–A Problem in Turkey? doi:10. 1016/ j.jflm. 2007.03.004.
- Eroğlu, S.E. (2009) Saldırganlık Davranışının Boyutları ve İlişkili Olduğu Faktörler: Lise ve Üniversite Öğrencileri Üzerine Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 21 / 2009.
- Eroğlu, F., İrdem, Ş. (2016) Örgütlerde Öfke Olgusu ve Öfke Yönetimi. YIL: 7 SAYI: 17
- Esen, H., Aykal, G. (2020) Sağlık Kurumlarında Yaşanan Şiddetin Değerlendirilmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ORCID: 0000-0003-1164-9086
- Finnema, E.J., Dassen, T., Halfens, R. (1994) Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Lournul Of Ah? Nced Nursing* 19, 1088-1095.
- Gökçe, T., DüNDAR, C. (2008) Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 15 (1) 25-28 (2008)
- Göktaş, A., Buldukoğlu, K. (2017) Psikiyatri Kliniklerinde Fiziksel Tespit Uygulaması ve Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı. *Journal of Human Sciences*, 14(4), 206-4218. Doi.
- Göktaş, A., Buldukoğlu, K. (2018) Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Tespit Kullanımına İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, DOI: 10.14744/phd.2017.38247 J 9(1):1-10.
- Gustavsson, P.J., Pedersen, N.L., Asberg, M., Schalling, D. (1996) Exploration into the sources of individual differences in Aggression-, Hostility- and Anger-related (AHA) personality traits. *Person. n & id OfflV. ol. 21,N o. 6.p p. 1067-1071. 1996/ Copyright Q 1996 Elsevier Science Ltd Printed in Great Britain. All rights reserved SO191-8869(96)00146-8 0191~8869/96*
- Gül, H. (2010) Saldırgan Davranışlar ve Örgütsel Mağduriyet Üzerine Kavramsal Bir Araştırma. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 12 (18): 91-98, 2010; ISSN: 1309 - 9132, [www.kmu.edu.tr](http://www.kmu.edu.tr)
- Gültekin, F. (2008) Saldırganlık ve Öfkeyi Azaltma Programının İlköğretim İkinci Kademe Öğrencilerinin Saldırganlık ve Öfke Düzeyleri Üzerindeki Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal

Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı.  
Doktora Tezi.

- Günüşen, N.P. (2016) Öfke, Saldırganlık ve Psikiyatri Hemşireliği. *Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics*;2(2):36-43.
- Gürdoğan, E.P., Uğur, E., Kımcı, E., Aksoy, B. (2016) Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *Yoğun Bakım Derg* 2016; 7: 83-8
- Güney, S. (2015) Sosyal Psikoloji. (3. Baskı). Ankara: Nobel Yayıncılık
- Hills, D.J., Ross H.M., Pich, J., Hill, A.T., Dalsbø, T.K., Riahi, S., Guay, S., Martínez J.B. (2015) Education And Training For Preventing And Minimising Workplace Aggression Directed Toward Healthcare Workers(Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No: CD011860. DOI: 10.1002/14651858.CD011860
- İnceoğlu, M. (2010) Tutum Algı İletişim (5. Baskı). Beykent Üniversitesi Yayınları
- Jansen, G.J. (2005) The Attitude Of Nurses Towards Inpatient Aggression İn Psychiatric Care. Chapter 1.The Attitude of Nurses towards Inpatient Aggression in Psychiatric Care. ISBN 90-77113-33-04.
- Chapter 2. Jansen G.J, Dassen, T.H.W.N., Jebbink, G.G., (2005) Staff Attitudes towards Aggression in Health Care: a Review of the Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 12, 3-13.
- Chapter 3. Jansen, G.J, Dassen, T.H.W.N, Moorer, P. (1997) The Perception of Aggression. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 11, 51-55.
- Chapter 4. Jansen, G.J., Dassen, T.H.W.N., Burgerhof, J.G.M.B. Psychiatric Nurses' Attitudes towards Inpatient Aggression Preliminary Report of the Development of Attitude Towards Aggression Scale (ATAS). Middelink press: Aggressive Behavior
- Chapter 5. 2005. An International Comparative Study on the Reliability and Validity of the Attitudes towards Aggression Scale International. *Journal of Nursing Studies* 42, 467-477.
- Chapter 6. Jansen, G.J., Middel, B., Dassen, THWN. (2006) Cross-Cultural Differences in Psychiatric Nurses' Attitudes to Inpatient Aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, Vol. 20, No. 2 (April), 2006: pp 82-93.
- Jonker, E.J., Goossens, P.J.J., Steenhuis, I.H.M., Oud, N.E. (2008) Patient Aggression İn Clinical Psychiatry: Perceptions Of Mental Health Nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2008, 15, 492-499.
- Karaca, B.K. (2014) Samsun İlinde Hekimlerin Şiddete Uğrama Sıklığı Uğradıkları Şiddetin Özellikleri ve Şiddet Konusundaki Düşünceleri. T.C Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi
- Karagözoğlu, Ş., Özden, Ş. (2013) Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Fiziksel Kısıtlamaya İlişkin Bilgi ve Uygulamaları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2013-1.
- Liu, J. (2004) Concept Analysis: Aggression. Published İn Final Edited Form As: *Issues Ment Health Nurs*. Author manuscript; available in PMC 2006 September 18.
- Mccann, T.V, Baird, J., Muir-Cochrane E. (2014) Attitudes Of Clinical Staff Toward The Causes And Management Of Aggression İn Acute Old Age Psychiatry İnpatient Units. *BMC Psychiatry*, 14:80, 1471-244X/14/80.

- Merjonen, P., Keltikangas, L., Jokela, M., Seppala, I., Lyytikainen, L.P., Pulkki, L.R., Kivimaki, M., Elovainio, M., Kettunen, J., Ripatti, S., Kahonen, M., Viikari, J., Palotie, A., Peltonen, L., Raitakari, O. T., Lehtima Kit. (2011) Hostility In Adolescents And Adults: A Genome-Wide Association Study Of The Young Finns. Citation: *Transl Psychiatry* (2011)1, e11, doi:10.1038/tp.2011.13&2011 Macmillan Publishers Limited All rights reserved 2158-3188/11
- Nijman, H., Bowers, L., Oud, N., Jansen, G. (2005) Psychiatric Nurses' Experiences With Inpatient Aggression Volume 31, pages 217–227 (2005) Published online in Wiley Interscience. DOI:10.1002/ab.20038
- Oral, R., Günaydın, H. (2018) Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimlerinin İşleyişi ile Beyaz Kod Başvurularının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi(Konya ili örneği); DOI: 10.5455/sad.13-1510901110
- Önen, E. (2009) Saldırganlık Ölçeği'nin Psikometrik Niteliklerinin Türk Ergenleri için İncelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (32), 75-84.
- Öner, S. (2011) Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Agresyonuna Gösterilen Tepkiler ile Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. T. C. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- Özdelikara, A., Kaya, E. (2018) Kısıtlama Altındaki Hastanın Bakımında Bir Yol Haritası. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*;22(1):37-43.
- Özdemir, K., Güler, D.S. Şahin, S., Ünsal, A., Kuni, F. (2019) Hemşirelerde Empati ve Öfke Kontrolünün Değerlendirilmesi. *Journal of Health Science and Profession 2019*; 6(3): 470-8.
- Özenoğlu, A., Ünal, G. (2015) Açlık ve Yoksulluğun Çocuklarda Saldırganlık ve Şiddet Davranışları ile ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi/ Gümüşhane University Journal of Health Sciences: 2015*;4(1)
- Özerkmen, N., Gölbaşı, H. (2010) Toplumsal Bir Olgu Olarak Şiddet. Sayı 15, Sh. 23 – 37.
- Özmen, A. (2006) Öfke: Kuramsal Yaklaşımlar ve Bireylerde Öfkenin Ortaya Çıkmasına Neden Olan Etmenler. *Ankara University, Journal of Faculty of Educational Sciences, year: 2006, vol: 39, no: 1, 39-56.*
- Öztürk, A. (2012) Psikiyatride Bireysel Savunma ve Agresyona Müdahale Teknikleri Eğitiminin Etkinliğini Belirlemeye Yönelik Bir Çalışma: Bakırköy Örneği. *Nöropsikiyatri Arşivi*; 49: 86-91.
- Pekriz, Ş. (2009) Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Algılamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı/Psikiyatri Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi.
- Raine, A., Phil D., Stoddard, J., Bihrl, S., Buchsbaum, M. (1998) Prefrontal Glucose Dedicits In Murderers Lacking Psychosocial Deprivation. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology Vol. 11, No. 1, pp.1-7*
- Ramirez, J.M., Andreu, J.M. (2003) Aggression's Typologies. *RIPS / IRSP, 16 (3), 125-141 © 2003, Presses Universitaires de Grenoble*
- Ramirez, J.M., Andreu, J.M. (2005) Aggression, and some related psychological constructs (Anger, Hostility, and Impulsivity).Some comments from a research Project. PO Box 2, 28792 Miraflores (Spain).
- Ramirez, J.M. (2009) Some dychotomous classifications of aggression according to its function. OTSC\_6-2-02- 090006 12:20 PM Page 86.
- Sabancıoğulları, S., Anıl, A.A., Hallaç, S. (2014) Akut Psikotik Bakımda Bir Profesyonel Kontrol Yöntemi: Hemşirelik Gözlemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6 (1):79-91

- Sandıkçıoğlu, P.A. (2013) Perception With and Without Concepts: Searching For A Nonconceptualist Account Of Perceptual Content. A Thesis Submitted To The Graduate School Of Social Sciences Of Middle East Technical University
- Savaşan, A., Mete, L. (2018) Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniklerinde Agresyonun ve Kısıtlama Yöntemlerinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri* 2018;21:130-136.
- Sercan, M., Bilici, R. (2009) Türkiye’de Bir Ruh Sağlığı Bölge Hastanesindeki Hasta Bağlama Uygulamalarının Değişkenleri, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 20(1):37-48
- Şahin, H. (2011) Öfke ve Öfke Denetiminin Kuramsal Temelleri. *Burdur Eğitim Fakóltesi Dergisi*
- Şener, D. K., Ocakçı, A. F. (2014) Yoksulluğun Çocuk Sağlığı Üzerine Çok Boyutlu Etkileri. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt 13, Sayı 1, 2014*
- Şengül, C., Şimşek, D., Seringen, M. (2009) Acil Serviste Şiddet Yönetimi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 9(3):139-143
- Tekkaş, K., Bilgin, H. (2010) Psikiyatri Servislerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemleri: Kullanım Nedenleri, Türleri, Uluslararası Uygulamalar ve Algılamalar. *Türk Psikiyatri Dergisi*;21(3):235-42.
- Tekkaş, K. (2010) Psikiyatri servislerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemlerine Karşı Hemşirelerin Görüşleri ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi.
- Ucun, Y., Gürhan, N., Kaya, B. (2015) Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin ve Hekimlerin Hasta Kısıtlama Yöntemleri ile İlgili Görüşleri. *Hemşirelerin Araştırma Geliştirme Dergisi*; 17(2- 3):10-20.
- Uysal, S. (2014) Akut Psikiyatri Servislerinde Fiziksel Agresyon Riskinin Tanılanması. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı. Yüksek Lisans Tezi.
- Uzun, U., Sancak, B., Özer, Ü., Özen, Ş. (2015) Tespit Uygulamalarını Etkileyen Değişkenler: Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Örneği. *Yeni Symposium Aralık 2015 • Cilt: 53 • Sayı: 4*
- Ünal, S. (2011) Psikiyatri Kliniklerinde Şiddet Yönetimi. *İ.U.F.N. Hem. Derg (2011) Cilt 19 - Sayı 2: 116-121*
- Yalçın, Ö., Erdoğan, A. (2013) Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojik, Psikososyal ve Çevresel Nedenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2013; 5(4):388-419
- Yeşilbaş, H. (2015) Hemşirelerin Hasta ve Hasta Yakınlarından Şiddet Görme Durumları. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi
- Yıldız, A., Alptekin, K. (2003) Akut Ajitasyon Tedavisinde Doğrular ve Yanlışlar: Acil Servis Antiajitasyon Tedavi Rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, Cilt: 13, Sayı: 1, 2003*
- Yıldız, M.S. (2019) Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2019; 22(1): 135-156*
- Yılmaz, O. (2017) İstanbul 112 Çalışanlarında Sürekli Öfke Ölçeği ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Kullanılarak Öfke Düzeyi ve Kontrol Edilebilirliğinin Hesaplanması. Uzmanlık Tezi; İstanbul
- Yöyen, E. (2012) Yatan Ve Poliklinikten Takip Edilen I. Eksen Psikiyatrik Bozukluk Tanısı Almış Kişilerde Şiddet Davranışı ve Eğilimlerinin Karşılaştırılması İstanbul. Yüksek lisans Tezi
- Zhu, W., Zhou X., Xia, L.X. (2019) Brain Structures And Functional Connectivity Associated With Individual Differences İn Trait Proactive Aggression. 9:7731; [https://doi.org/ 10.1038/ s41598-019-44115-4](https://doi.org/10.1038/s41598-019-44115-4).

Zorlu, E. (2017) Öfke Denetimi Eğitim Programının Lise Öğrencilerinin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzlarına Etkisi. T.C. Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Psikolojik Danışma ve Rehberlik Bilim Dalı. Doktora Tezi.



## 8. EKLER

### Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

**Tezin Adı:** Psikiyatri Kliniğinde Hemşirelerin Hasta Agresyonuna İlişkin Algıları ve Profesyonel Kontrol Yöntemlerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı size aittir. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, Çalışmaya Katılma Onayı Formunu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir ödeme talep edilmeyecek ya da sizden herhangi bir katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

**Çalışmanın Konusu Ve Amacı:** *Agresyon davranışları* her ortamda sıklıkla karşılaşılan, bireylerin sağlığını, güvenliğini tehdit eden önemli bir sorundur. Hastanelerde agresyon davranışlarının sıklıkla yaşandığı birimlerden birisi de psikiyatri klinikleridir. Psikiyatri kliniklerinde agresyon davranışlarıyla karşılaşma oranı diğer tıp dallarına göre iki kat daha fazladır. Agresyon davranışları genel olarak fiziksel ya da psikolojik zarara neden olan, kişinin kendisine ve diğerlerine zarar verici sözel, fiziksel davranışların dışı vurulması olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları arasında hemşirelerin ilk sırada agresyon davranışlarıyla karşılaştığı belirtilmiştir. Agresyon davranışlarıyla karşılaşmak bireylerde olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Bu etkiler; moral düşüklüğü, iş doyumunda azalma-kayıp, anksiyete, öfke, stres bozukluğu, uyku sorunları, kronik ağrı, kas spazmı, güvensizlik, korku, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, alkol-sigara kullanımı, intihar, fiziksel yaralanma, özgüvende azalma, mesleğe saygı inancında azalma, kendini suçlama, çaresizlik duygusu, cinsel sorunlar, tükenmişlik duygusu, kişilerarası ilişkilerde bozulma, tekrarlayan saldırı korkusu ve işi bırakma gibi etkilerdir. Hemşirelerin agresyona ilişkin algılarının; hastaya verdikleri tepkilerde önemli rol oynadığı bildirilmektedir. **Algılamak** herhangi bir olayı nesneyi-ilişkiyi görmek, dokunmak, duymak, tatmak, koklamak, hissetmektir. Algılamalar dış müdahalelerle kontrol edilip yönlendirilebilmektedir. Hasta ve çalışan güvenliğinin önem kazandığı bu süreçte hemşirelerin edindikleri değer, inanç, algılama vb. duyguların profesyonel yaşamlarındaki davranışlarını belirlemede etkili olacağı göz önünde bulundurulduğunda, hastanın agresyon davranışlarıyla karşılaştıklarında; hastaya yardım etmeyi engelleyen duygu, inanç, algılama durum ve davranışların ayırında olması son derece önemlidir. Hastaların agresyon davranışlarının kontrolünde, hemşirelerin agresyon yönetiminde profesyonel kontrol yöntemlerine ilişkin görüşlerini tespit etmek amacıyla psikiyatri kliniklerinde hemşirelere yönelik bu çalışmanın yapılması planlandı.

**Çalışma İşlemleri:** Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size 2 form verilecektir. Bunların ilkinde araştırmacı tarafından literatürlerden yararlanılarak hazırlanmış "Bilgi formu üç kısımdan oluşmaktadır.

1. Bölüm Kişisel ve Mesleki Bilgiler (yedi madde); 2. Bölüm: Servisle İlgili Sorular (üç madde); 3. Bölüm: Profesyonel Kontrol Yöntemleri ile İlgili (2 soru) sorulmaktadır. Diğer form, standardize bir ölçek olan Agresyon (Saldırganlık) Algılamaları Ölçeğidir. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin agresyon algılamasını değerlendirmede kullanılmaktadır. Tüm formları eksiksiz doldurmanız gerekmektedir.

### **Çalışmaya Katılmamın Olası Yararları Nelerdir?**

Çalışmaya katılımınız dahilinde literatüre katkı sağlamış olacaksınız.

### **Kişisel Bilgilerim Nasıl Kullanılacak?**

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait veriler gizli tutulacaktır. Araştırma sonuçları başka bir amaç için kullanılmayacaktır. Katılımınız dahilinde kayıtlarınız gizli kalacaktır. Bununla birlikte verileriniz kurumun etik kurul komitesine açık tutulacaktır. Kişisel bilgileriniz yalnızca araştırma kapsamında kullanılacaktır. Çalışma verileri çalışmada kullanırken isminiz kullanılmayacak, veriler izlenerek size ulaşılmayacaktır.

### **Soru Ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler**

Gülsüm ÇİFÇİ

### **Çalışmaya Katılma Onayı**

Hemşirenin beyanı; ‘‘Gülsüm Çifçi’’ tarafından ‘‘psikiyatri kliniğinde hemşirelerin hasta agresyonuna ilişkin algıları ve profesyonel kontrol yöntemlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi’’ isimli bir çalışmanın yapılacağı tarafıma bildirildi. Araştırmanın nasıl uygulanacağı ve gizliliği konusunda yeterli açıklama yapıldı. Araştırma esnasında temas kurabileceğim ‘‘05301305586’’ telefon numarası verildi. İstedğim zaman kendisiyle temasa geçebileceğimi, çalışmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu çalışmaya kendi gönüllü olurumla katılmayı kabul ediyorum ve bu formu hür irademle imzalıyorum.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Telefon:</i>		

<i>Araştırmacının Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

## Ek 2. Bilgi Formu

Bu araştırma; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna ilişkin algıları ile agresyon yönetiminde kullanılan profesyonel kontrol yöntemlerine ilişkin görüşlerinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın yararlı olması ve gerçeği yansıtması için lütfen her soruyu içtenlikle yanıtlayınız. Bilgi formunda isim belirtilmeyecek ve tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Yardımlarınız için teşekkürler.

Tezi Hazırlayan Çalışmacı

Gülsüm ÇİFÇİ

### I. BÖLÜM: KİŞİSEL VE MESLEKİ BİLGİLER

1. Yaşı : .....

2. Cinsiyet:

Kadın

Erkek

3. Eğitim Durumunuz:

Meslek lisesi

Ön lisans

Lisans

Yüksek lisans

4. Toplam çalışma süreniz: .....

5. Psikiyatride çalışma süreniz : .....

6. Psikiyatri alanında çalıştığınız klinik/ biriminiz :

### II. BÖLÜM: SERVİSLE İLGİLİ SORULAR

12. Çalıştığınız serviste kendinizi güvende hissediyor musunuz?

Hiçbir zaman

Nadiren

Bazen

Sık sık

Her zaman

13. Çalıştığınız serviste hastaların agresif davranışları ile karşılaşma durumunuzu belirtiniz?

Evet

Hayır

**14. Hastaların agresif davranışları ile ne sıklıkla karşılaştınız?**

	<b>Her zaman</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Ara sıra</b>	<b>Nadiren</b>
<b>Sözel agresyon</b> Aşağılayıcı, korkutucu, tehdit edici veya tiksindirici sözler/jestler, bağırıp çağırma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fiziksel Saldırı</b> Tekmeleme, tırmalama, tükürme, yumruklama, itme, saç çekme, dayak atma ya da bir obje ile saldırma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**III. BÖLÜM: PROFESYONEL KONTROL YÖNTEMLERİ İLE İLGİLİ MADDELER**

**15. Çalıştığınız serviste aşağıdaki profesyonel kontrol yöntemleri ne sıklıkla kullanılmaktadır?**

<b>Profesyonel Kontrol Yöntemleri</b>	<b>Hiçbir zaman</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Bazen</b>	<b>Sık sık</b>	<b>Her zaman</b>
<b>Mekanik Kısıtlama /Tespit</b> (Hareketleri kısıtlamak amacıyla, kemer, gömlek vb. araçların kullanılarak hastaların yatağa veya sandalyeye tespit edilmesi)					
<b>Fiziksel Kısıtlama /Tespit</b> (Hareket etmesini önlemek amacıyla, hastanın fiziksel olarak elle tutulması)					
<b>İzolasyon (Tecrit)</b> (Kilitli bir odada hastanın yalnız tutulması)					
<b>Zorla/İstem dışı İntramusküler Sedasyon</b> (Hasta istemese de sakinleştirmek amacıyla, intramusküler ilaç uygulanması)					
<b>Lüzum Hali İlaç Uygulanması</b> (Rutin tedaviye ek olarak, gerektiğinde, herhangi bir şekilde ve hastanın rızasıyla uygulanan ilaç tedavisi)					
<b>Diğer</b> (Belirtilen yöntemler dışında kullandığınız yöntemler varsa açıklayınız.) .....					

**16. Aşağıda, Profesyonel Kontrol Yöntemleri hakkındaki görüşlerinizi ve algılarınızı öğrenmek amacıyla hazırlanmış ifadeler bulunmaktadır. Her birini dikkatle okuyarak, her bir yöntem için ayrılan bölümde görüşünüzü en iyi yansıtan seçeneği işaretleyiniz.**

Profesyonel Kontrol Yöntemleri;	Mekanik Kısıtlama/ Tespit			Fiziksel Kısıtlama/ Tespit			İzolasyon (Tecrit)			Lüzum Hali İlaç Uygulaması			Zorla / İstem Dışı İM Sedasyon			Diğer (Açıklayınız) .....		
	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum
1.Hastaların güvenliği için yapılması gerekli girişimlerdir.																		
2. Çalışanların güvenliği için yapılması gerekli girişimlerdir																		
3.Çalışanlarda stres ve anksiyeteye yol açan uygulamalardır.																		
4.Terapötik (iyileştirici) değere sahip girişimlerdir																		
5.Çalışanların hastalar üzerinde kontrol kazanmasını sağlar																		
6.Serviste huzur ve düzenin sağlanmasına yardım eder																		
7.Uygulanması zor ve zaman alıcı girişimlerdir																		
8.Hastaların haklarının ihlalidir.																		
9.Hastaları küçük düşürücü yöntemlerdir.																		
10.Ekonomik maliyeti yararından fazla olan uygulamalardır.																		
11.Uygun şekilde kullanılmazsa hastalara zarar veren uygulamalardır.																		
12.Hastalar için bir tür tutsaklıktır.																		
13.Hastaların davranış kontrolünü yeniden kazanmasını sağlar.																		
14.Hastalar ile çalışanlar arasındaki ilişkiye zarar verir.																		
15.Karar verilmesi zor olan uygulamalardır.																		
16.Sadece acil durumlarda kullanılması gereken girişimlerdir.																		
17.Uygulamadan önce mutlaka çalışanlara eğitim verilmelidir.																		

### Ek 3. Agresyon Algılamaları Ölçeği

Aşağıda agresyon (saldırganlık) ile ilgili 29 ifade vardır. Sizden her ifadeye katılım derecenizi belirtmeniz istenmektedir. Her ifadeyi dikkatle okuduktan sonra, sizin için en geçerli olan seçeneği işaretleyiniz. Soruları cevaplarken, çalıştığımız servislerde agresif (saldırgan) hastalarla yaşadığımız deneyimleri esas alınız. Veri toplama sürecindeki işbirliğiniz, isim belirtilmeksizin ve gizlilik ilkelerine uyularak, bilimsel araştırma amaçları doğrultusunda verilerin kullanılmasına izin vermeniz anlamına gelmektedir. Katılımınız için teşekkür ederiz.

	AGRESYON;	Hastaların	Kesinlikle	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle
1.	Hasta, kendisine veya başkalarına fiziksel zarar verecek duygulara sahipse ortaya çıkar.							
2.	Kendisine veya başkalarına yönelik şiddet davranışıdır.							
3.	Enerjinin duygusal olarak boşaltılmasıdır.							
4.	Birisini dövmektir.							
5.	Diğer insanlara veya eşyalara zarar verme tehdididir.							
6.	Hemşirelik bakımında yeni olanaklar sağlar.							
7.	İnsanların amaca ulaşmak için kullandıkları bir enerjidir.							
8.	Engelleri kaldırma girişimidir.							
9.	Kişisel çıkar sağlamak için yapılan, uygunsuz, uyumsuz, etkili sözel ve/veya fiziksel eylemdir.							
10.	Gerçeği değerlendiremeyen (psikotik olan) bir kişinin agresif davranışı hariç, kasıtlı olarak yapılmaktadır.							
11.	Diğer insanlara üstünlük sağlamak veya onları incitmek amacıyla müdahale veya rahatsız etme dürtüsüdür.							
12.	Gereksiz ve kabul edilemez bir davranıştır.							
13.	Başkalarına ruhsal veya fiziksel olarak acı vermektir.							
14.	Bir fiziksel şiddet eylemidir.							
15.	İğrenç (tikindirici) bir davranıştır.							
16.	Sağlık profesyonellerinin hastayı farklı bir bakış açısından görmesine yardım eder.							
17.	Hastanın diğer kişide yaralanmaya yol açabileceğini bildiği bir davranıştır.							
18.	Gülme veya ağlama gibi bir tür duygu ifadesidir.							
19.	Servis ortamını olumsuz etkiler ve tedaviyi engeller.							
20.	Kendini korumaktır.							
21.	Hangi biçimde olursa olsun, her zaman olumsuz ve kabul edilemez bir davranıştır: duygular başka bir şekilde ifade edilmelidir.							
22.	Hastaların diğer insanlar üzerinde güç gösterisi yapmak için kullandığı bir araçtır.							
23.	Bir iletişim şeklidir ve bu yüzden yıkıcı değildir.							
24.	Kişinin kendi alanını ve mahremiyetini korumasıdır.							
25.	Daha olumlu bir hemşire-hasta ilişkisinin başlangıcıdır.							
26.	Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır.							
27.	Hastanın sakinleşmesini sağlar.							
28.	Öfkeye karşı sağlıklı bir tepkidir.							
29.	Hoş görülemeyecek bir şeydir.							

## Ek 4. Profesyonel Kontrol Yöntemleri Hakkındaki Görüşlerin Dağılımları

PKY Görüşleri		Mekanik kısıtlama		Fiziksel kısıtlama		İzolasyon		Lüzum hali ilaç uygulaması		Zorla/İstem dışı İMsedasyon	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
		<b>Olumlu yöner</b>									
1. Hastaların güvenliği için yapılması gerekli girişimlerdir.	Katılmıyorum	6	8,1	2	2,7	1	1,4	2	2,7	2	2,7
	Kararsızım	8	10,8	6	8,1	11	14,9	72	97,3	20	27,0
	Katılıyorum	60	81,1	66	89,2	62	83,8	0	0	52	70,3
2. Çalışanların güvenliği için yapılması gerekli girişimlerdir.	Katılmıyorum	10	13,5	8	10,8	7	9,5	19	25,7	11	14,9
	Kararsızım	12	16,2	10	13,5	13	17,6	10	13,5	16	21,6
	Katılıyorum	52	70,3	56	75,7	54	73,0	45	60,8	47	63,5
4. Terapötik (iyileştirici) değere sahip girişimlerdir	Katılmıyorum	10	13,5	13	17,6	11	14,9	9	12,2	15	20,3
	Kararsızım	34	45,9	37	50,0	34	45,9	19	25,7	31	41,9
	Katılıyorum	30	40,5	24	32,4	29	39,2	46	62,2	28	37,8
5. Çalışanların hastalar üzerinde kontrol kazanmasını sağlar.	Katılmıyorum	17	23,0	18	24,3	13	17,6	18	24,3	18	24,3
	Kararsızım	25	33,8	26	35,1	28	37,8	26	35,1	30	40,5
	Katılıyorum	32	43,2	30	40,5	33	44,6	30	40,5	26	35,1
6. Serviste huzur ve düzenin aklanmasına yardım eder.	Katılmıyorum	8	10,8	8	10,8	5	6,8	3	4,1	12	16,2
	Kararsızım	21	28,4	24	32,4	25	33,8	13	17,6	22	29,7
	Katılıyorum	45	60,8	42	56,8	44	59,5	58	78,4	40	54,1
13. Hastaların davranış kontrolünü yeniden kazanmasını sağlar.	Katılmıyorum	9	12,2	13	17,6	9	12,2	8	10,8	9	12,2
	Kararsızım	31	41,9	33	44,6	34	45,9	21	28,4	35	47,3
	Katılıyorum	34	45,9	28	37,8	31	41,9	45	60,8	30	40,5
<b>Toplam</b>	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	<b>-0,7-1 (0,5)</b>		<b>-1-1 (0,5)</b>		<b>-1-1 (0,5)</b>		<b>-1-1 (0,6)</b>		<b>-1-1 (0,5)</b>	
		<b>0,45±0,48</b>		<b>0,43±0,44</b>		<b>0,48±0,43</b>		<b>0,44±0,48</b>		<b>0,37±0,51</b>	
<b>Olumsuz Yöner</b>											
8. Hastaların haklarının ihlalidir.	Katılmıyorum	33	44,6	34	45,9	38	51,4	53	71,6	33	44,6
	Kararsızım	20	27,0	23	31,1	19	25,7	15	20,3	21	28,4
	Katılıyorum	21	28,4	17	23,0	17	23,0	6	8,1	20	27,0
9. Hastaları küçük düşürücü yöntemlerdir.	Katılmıyorum	29	39,2	30	40,5	32	43,2	58	78,4	32	43,2
	Kararsızım	23	31,1	25	33,8	25	33,8	11	14,9	21	28,4
	Katılıyorum	22	29,7	19	25,7	17	23,0	5	6,8	21	28,4
10. Ekonomik maliyeti yararından fazla olan uygulamalardır.	Katılmıyorum	42	56,8	41	55,4	45	60,8	46	62,2	44	59,5
	Kararsızım	21	28,4	23	31,1	22	29,7	16	21,6	22	29,7
	Katılıyorum	11	14,9	10	13,5	7	9,5	12	16,2	8	10,8
12. Hastalar için bir tür tutsaklıktır.	Katılmıyorum	25	33,8	29	39,2	26	35,1	50	67,6	28	37,8
	Kararsızım	25	33,8	22	29,7	23	31,1	17	23,0	23	31,1
	Katılıyorum	24	32,4	23	31,1	25	33,8	7	9,5	23	31,1
14. Hastalar ile çalışanlar arasındaki ilişkiye zarar verir.	Katılmıyorum	14	18,9	15	20,3	16	21,6	43	58,1	17	23,0
	Kararsızım	42	56,8	34	45,9	37	50,0	24	32,4	29	39,2
	Katılıyorum	18	24,3	25	33,8	21	28,4	7	9,5	28	37,8
<b>Toplam</b>	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	<b>-1-1 (-0,2)</b>		<b>-1-1 (-0,2)</b>		<b>-1-1 (-0,3)</b>		<b>-1-1 (-0,6)</b>		<b>-1-1 (-0,2)</b>	
		<b>-0,12±0,56</b>		<b>-0,14±0,54</b>		<b>-0,20±0,56</b>		<b>-0,59±0,41</b>		<b>-0,14±0,59</b>	
<b>Uygulama Yönerleri</b>											
11. Uygun şekilde kullanılmazsa hastalara zarar veren uygulamalardır.	Katılmıyorum	8	10,8	10	13,5	12	16,2	11	14,9	6	8,1
	Kararsızım	9	12,2	11	14,9	12	16,2	9	12,2	13	17,6
	Katılıyorum	57	77,0	53	71,6	50	67,6	54	73,0	55	74,3
15. Karar verilmesi zor olan uygulamalardır.	Katılmıyorum	5	6,8	5	6,8	4	5,4	26	35,1	4	5,4
	Kararsızım	9	12,2	11	14,9	13	17,6	12	16,2	14	18,9
	Katılıyorum	60	81,1	58	78,4	57	77,0	36	48,6	56	75,7
16. Sadece acil durumlarda kullanılması gereken girişimlerdir.	Katılmıyorum	5	6,8	5	6,8	4	5,4	26	35,1	4	5,4
	Kararsızım	9	12,2	11	14,9	13	17,6	12	16,2	14	18,9
	Katılıyorum	60	81,1	58	78,4	57	77,0	36	48,6	56	75,7
17. Uygulamadan önce mutlaka çalışanlara eğitim verilmelidir.	Katılmıyorum	0	0	1	1,4	1	1,4	4	5,4	0	0
	Kararsızım	4	5,4	3	4,1	6	8,1	3	4,1	7	9,5
	Katılıyorum	70	94,6	70	94,6	67	90,5	67	90,5	67	90,5
<b>Toplam</b>	<i>Min-Mak (Medyan) Ort±Ss</i>	<b>-0,3-1 (1)</b>		<b>-1-1 (1)</b>		<b>-1-1 (1)</b>		<b>-1-1 (0,3)</b>		<b>-0,3-1 (1)</b>	
		<b>0,78±0,36</b>		<b>0,76±0,38</b>		<b>0,72±0,40</b>		<b>0,54±0,46</b>		<b>0,77±0,36</b>	

## Ek 5. Agresyon Algılamaları Ölçeğine Verilen Cevapların Dağılımları

	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Ort±Ss
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1.Hasta, kendisine veya başkalarına fiziksel zarar verecek duygulara sahipse ortaya çıkar.	0	0,0	5	6,8	11	14,9	34	45,9	24	32,4	4,04±0,87
2.Kendisine veya başkalarına yönelik şiddet davranışıdır.	0	0,0	0	0,0	7	9,5	44	59,5	23	31,1	4,22±0,60
3.Enerjinin duygusal olarak boşaltılmasıdır.	2	2,7	6	8,1	16	21,6	36	48,6	14	18,9	3,73±0,96
4.Birisini dövmektir.	3	4,1	25	33,8	21	28,4	18	24,3	7	9,5	3,01±1,07
5.Diğer insanlara veya eşyalara zarar verme tehdididir.	0	0,0	2	2,7	9	12,2	48	64,9	15	20,3	4,03±0,66
6.Hemşirelik bakımında yeni olanaklar sağlar.	2	2,7	15	20,3	30	40,5	21	28,4	6	8,1	3,19±0,95
7.İnsanların amaca ulaşmak için kullandıkları bir enerjidir.	2	2,7	12	16,2	20	27,0	36	48,6	4	5,4	3,38±0,92
8.Engelleri kaldırma girişimidir.	4	5,4	13	17,6	17	23,0	33	44,6	7	9,5	3,35±1,05
9.Kişisel çıkar sağlamak için yapılan, uygunsuz, uyumsuz, etkili sözel ve/veya fiziksel eylemdir.	3	4,1	5	6,8	15	20,3	38	51,4	13	17,6	3,72±0,97
10.Gerçeği değerlendiremeyen (psikotik olan) bir kişinin agresif davranışı hariç, kasıtlı olarak yapılmaktadır.	0	0,0	14	18,9	34	45,9	19	25,7	7	9,5	3,26±0,88
11.Diğer insanlara üstünlük sağlamak veya onları incitmek amacıyla müdahale veya rahatsız etme dürtüsüdür.	0	0,0	16	21,6	15	20,3	33	44,6	10	13,5	3,50±0,98
12.Gereksiz ve kabul edilemez bir davranıştır.	5	6,8	15	20,3	19	25,7	25	33,8	10	13,5	3,27±1,14
13.Başkalarına ruhsal veya fiziksel olarak acı vermektir.	0	0,0	6	8,1	16	21,6	41	55,4	11	14,9	3,77±0,80
14.Bir fiziksel şiddet eylemidir.	3	4,1	9	12,2	11	14,9	39	52,7	12	16,2	3,65±1,03
15.İğrenç (üksindirici) bir davranıştır.	7	9,5	21	28,4	25	33,8	16	21,6	5	6,8	2,88±1,07
16.Sağlık profesyonellerinin hastayı farklı bir bakış açısından görmesine yardım eder.	3	4,1	9	12,2	15	20,3	39	52,7	8	10,8	3,54±0,98
17.Hastanın diğer kişide yaralanmaya yol açabileceğini bildiği bir davranıştır.	1	1,4	9	12,2	20	27,0	34	45,9	10	13,5	3,58±0,92
18.Gülme veya ağlama gibi bir tür duygu ifadesidir.	3	4,1	17	23,0	17	23,0	30	40,5	7	9,5	3,28±1,05
19.Servis ortamını olumsuz etkiler ve tedaviyi engeller.	0	0,0	2	2,7	12	16,2	37	50,0	23	31,1	4,09±0,76
20.Kendini korumaktır.	7	9,5	20	27,0	26	35,1	16	21,6	5	6,8	2,89±1,07
21.Hangi biçimde olursa olsun, her zaman olumsuz ve kabul edilemez bir davranıştır: duygular başka bir şekilde ifade edilmelidir.	3	4,1	16	21,6	22	29,7	21	28,4	12	16,2	3,31±1,11
22.Hastaların diğer insanlar üzerinde güç gösterisi yapmak için kullandığı bir araçtır.	3	4,1	10	13,5	25	33,8	30	40,5	6	8,1	3,35±0,96
23.Bir iletişim şeklidir ve bu yüzden yıkıcı değildir.	10	13,5	21	28,4	32	43,2	8	10,8	3	4,1	2,64±0,99
24.Kişinin kendi alanını ve mahremiyetini korumasıdır.	9	12,2	26	35,1	24	32,4	12	16,2	3	4,1	2,65±1,03
25.Daha olumlu bir hemşire-hasta ilişkisinin başlangıcıdır.	18	24,3	29	39,2	17	23,0	8	10,8	2	2,7	2,28±1,04
26.Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır.	1	1,4	6	8,1	33	44,6	26	35,1	8	10,8	3,46±0,85
27.Hastanın sakinleşmesini sağlar.	9	12,2	34	45,9	18	24,3	9	12,2	4	5,4	2,53±1,04
28.Öfkeye karşı sağlıklı bir tepkidir.	8	10,8	34	45,9	17	23,0	12	16,2	3	4,1	2,57±1,02
29.Hoş görülemeyecek bir şeydir.	5	6,8	7	9,5	28	37,8	24	32,4	10	13,5	3,36±1,05