

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN SALDIRGAN HASTANIN
YATIŞTIRILMASINDA SAKİNLEŞTİRME
YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DENEYİMLERİ**

YONCA KAHVECİ GÜL

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR 2020

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2016970060

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN
HEMŞİRELERİN SALDIRGAN HASTANIN
YATIŞTIRILMASINDA SAKİNLEŞTİRME
YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DENEYİMLERİ**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

YONCA KAHVECİ GÜL

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman

TEZ KODU: DEU.HSL.MSc-2016970060

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı,
Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Yonca KAHVECİ
GÜL ‘**PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN
SALDIRGAN HASTANIN YATIŞTIRILMASINDA SAKİNLEŞTİRME
YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DENEYİMLERİ**’ konulu Yüksek Lisans
tezini 07.07.2020 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.

Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

BAŞKAN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

Doç. Dr. Duygu HİÇDURMAZ

Hacettepe Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

ÜYE

Doç. Dr. Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN

Dokuz Eylül Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

YEDEK ÜYE

Dr. Öğr. Üyesi Satı BOZKURT

Ege Üniversitesi

Hemşirelik Fakültesi

YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	iii
KISALTMALAR	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ VE AMAÇ	3
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	3
1.2. Araştırmanın Amacı.....	6
1.3. Araştırma Sorusu	7
2. GENEL BİLGİLER.....	8
2.1. Saldırganlık ve İlişkili Kavramlar	8
2.2. Saldırganlığın Etiyolojisi.....	9
2.2.1. Psikanalitik Kuram	9
2.2.2. Dürtü Kuramı (Engellenme-Saldırganlık Kuramı).....	9
2.2.3. Sosyal Öğrenme Kuramı.....	10
2.2.4. Tıbbi ve Nörobiyolojik Faktörler	10
2.3. Psikiyatri Kliniği ve Saldırgan Davranış.....	11
2.4. Saldırgan Davranışı Etkileyen Faktörler	12
2.5. Psikiyatri Hemşireliği ve Saldırganlığın Yönetilmesi.....	15
2.5.1. Sakinleştirme Yöntemleri	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
3.1. Araştırmanın Tipi.....	26
3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı.....	26

3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	27
3.4.	Çalışma Materyali	27
3.5.	Araştırmanın Değişkenleri.....	27
3.6.	Veri Toplama Araçları.....	27
3.6.1.	Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu.....	28
3.6.2.	Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	28
3.6.3.	Veri Toplama Süreci	28
3.6.4.	Araştırmanın Geçerliliği ve Güvenilirliği.....	29
3.7.	Araştırma Planı	31
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.8.1.	Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formlarının Değerlendirilmesi.....	32
3.8.2.	Görüşme Formu ile Yapılan Görüşmelerin Değerlendirilmesi.....	32
3.9.	Araştırmanın sınırlılıkları	33
3.10.	Etik Kurul Onayı.....	33
4.	BULGULAR	34
5.	TARTIŞMA.....	42
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	50
7.	KAYNAKLAR.....	52
8.	EKLER	60
	Ek 1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu.....	60
	Ek 2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu	61
	Ek 3. Bilgilendirilmiş Olur Formu	62
	Ek 4. Etik Kurul Onayı.....	64
	Ek 5. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzni.....	66
	Ek 5. Ege Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzni.....	68
	Ek 6. Araştırmacı Özgeçmişi	70

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Yatan Hastalarda Saldırganlık Modeli.....	15
Tablo 2. Sakinleştirme Yöntemlerinin İlkeleri.....	21
Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	35
Tablo 4. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Saldırgan Hastanın Yatıştırılmasında Sakinleştirme Yöntemlerini Kullanma Deneyimlerinden Elde Edilen Temalar.....	36



KISALTMALAR

APNA: American Psychiatric Nurses Association

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EKT: Elektro Konvülsif Tedavi

ISPN: International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses

NICE: The National Institute for Health and Care Excellence

DEU: Dokuz Eylül Üniversitesi



TEŞEKKÜR

Tez sürecinin her aşamasında fikir ve görüşleriyle gelişimime katkıda bulunan, değerli bilgileriyle bana yol gösteren, beni her aşamada gönülden destekleyen çok değerli danışmanım, Sayın Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'a,

Tezin şekillenmesindeki değerli önerileri için Sayın Doç. Dr. Neslihan PARTLAK GÜNÜŞEN ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN'a,

Bu süreçte verdiği tüm destek ve katkıları ile her daim yanımda hissettiğim değerli hocam Sayın Arş. Gör. Ayşe SARI'ya,

Araştırmaya katılımları ile destek veren psikiyatri kliniğinde görev yapan tüm meslektaşlarıma,

Varlıklarıyla yaşamıma anlam katan sevgili aileme,

Her zaman yanımda olan, sabrı, sevgisi ve ilgisi ile hayatımın her aşamasında beni destekleyen ve yalnız bırakmayan sevgili eşim
Baran GÜL'e

Teşekkürlerimi sunarım.

Yonca KAHVECİ GÜL

PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN SALDIRGAN HASTANIN YATIŞTIRILMASINDA SAKİNLEŞTİRME YÖNTEMLERİNİ KULLANMA DENEYİMLERİ

Yonca KAHVECİ GÜL

Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,

yoncakahveci@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı; psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin saldırgan hastayı yatıştırma amaçlı sakinleştirme yöntemlerini kullanma deneyimlerini açıklamaktır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı kalitatif desende yapılmıştır. Çalışma Türkiye'nin İzmir ilinde iki üniversite hastanesinin Yetişkin Psikiyatri Kliniğinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini amaçlı örnekleme ile seçilen psikiyatri kliniğinde çalışan 12 hemşire oluşturmuştur. Veriler hemşirelerle bireysel görüşmelerle toplanmış, verilerin toplanmasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde ise içerik analizi yönteminden yararlanılmıştır.

Bulgular: Araştırmanın sonucunda 3 tema ortaya çıkmıştır. *Sakinleştirme süreci* temasının altında gereklilikler ve müdahaleler olmak üzere iki alt tema yer almaktadır. Gereklilikler alt teması içerisinde kişisel iletişim farkındalığı ve tepki düzenleme, sıcak ve samimi bir iletişim, değerli ve önemli olduğunu yansıtmaya yer almaktadır. Müdahaleler alt teması içerisinde risk değerlendirme ve önlemler, fark ettirme ve eyleme yöneltme, zaman kazanmaya çalışma, ilaca yönelik müdahaleler, tehdit etmek yer almaktadır. *Sakinleştirmeyi kolaylaştırıcılar* temasının altında hemşireler kendi deneyim ve sezgilerinin olduğu saptanmıştır. *Sakinleştirmeyi zorlaştırıcılar* teması altında ise servisten köken alan faktörler, hasta ile ilgili faktörler ve kısıtlayıcı yöntemlere yönelik inançların yer aldığı belirlenmiştir.

Sonuç: Saldırgan hastanın sakinleştirilmesi birçok faktörden etkilenen, dinamik ve zorlu bir süreçtir. Hemşirelerin bu yöntemleri kullanma deneyimlerine bakıldığında zorlaştırıcılar ve kolaylaştırıcılar göz önünde bulundurularak saldırgan bireyin yönetimine ilişkin eğitimlerin düzenlenmesi ve bu konuda farkındalık kazandırılması, saldırganlığın yönetilmesi uygulamalarının da bu doğrultuda yapılandırılması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sakinleştirme, Psikiyatri Kliniği, Hemşirelik, Saldırganlık, Kalitatif

EXPERIENCES OF INPATIENT PSYCHIATRIC UNIT NURSES ON THE METHODS USER FOR DE-ESCALATION OF AGGRESSIVE PATIENTS

Yonca KAHVECİ GÜL

Dokuz Eylul University, The Institute of Health Sciences,

yoncakahveci@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: The purpose of the study; to explain the experience of nurses working in psychiatry clinics to use de-escalation methods to escalate the aggressive patient.

Method: Descriptive qualitative was taken in the study. Studies of Turkey's Izmir province Adult Psychiatry, was conducted in two university hospitals. The sample of the study consisted of 12 nurses working in the psychiatry clinic selected by sampling. The data were collected through individual interviews with nurses, and a semi-structured interview form was used to collect the data. In analyzing the data, content analysis method was used.

Results: Three themes emerged as a result of study. The theme of *de-escalation process* includes two sub-themes: requirements and interventions. The requirements sub-theme includes awareness of personal communication and response regulation, warm and sincere communication, reflecting that it is valuable and important. Interventions sub-theme includes risk assessment and measures, noticing and referral to action, trying to save time, drug interventions, threatening. The theme of *facilitators of de-escalation* includes nurses were found to have their own experience and intuition. The theme of *making difficult the de-escalation* includes factors originating from service, patient-related factors, and beliefs about restrictive methods.

Conclusion: De-escalating the aggressive patient is a dynamic and challenging process that is affected by many factors. Considering the experiences of nurses using these methods, it is important to organize trainings on the management of the aggressive individual and to raise awareness and manage aggression accordingly.

Key words: De-escalation, Psychiatry Clinic, Nursing, Aggression, Qualitative

1. GİRİŞ VE AMAC

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Saldırganlık; bir başka kimseye, herhangi bir canlıya veya cansız nesneye zarar vermeye, yaralamaya, yok etmeye yönelik davranış biçimidir (Köroğlu & Güleç, 2007). Saldırganlık için insan kapasitesinin kolaylıkla kontrol edilemeyeceği ve her zaman insan davranış repertuarının bir parçası olacağı açıktır. İnsan saldırgan davranışın hem faili, hem hedefi hem de tanığı olabilir (Björkdahl, 2010). Literatürde şiddet, saldırganlığın alt kümesi olarak kabul edilmekle birlikte saldırganlık ve agresyon terimleri birbirlerinin yerine kullanılmaktadır (Bilgin & Keser Özcan, 2012; Abay & Tuğlu, 2000). Saldırgan davranış bir süreç olarak ele alındığında agresif davranışların ajitasyonla başladığı ve tahmin edilebilir bir taşkınlık (escalation) yörüngesinde ilerlediği belirtilmiştir. Bunun doğrultusunda taşkınlık ajitasyon ile başlayan ve hasta kontrolden çıkana kadar devam eden davranışsal patlamanın doğrusal bir yörüngesi olarak ele alınabilir (Johnson & Delaney, 2007).

Yapılan çalışmalarda agresyon ve şiddete en çok psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin maruz kaldığı ve bu servislerde çalışan hemşirelerin iş bırakma sebeplerinden en önemli faktörün hasta agresyonu olduğu belirtilmiştir (Bilgin & Keser Özcan, 2012; Murphy, 2004). Ülkemizde psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada hemşirelerin son bir yılda tamamının şiddete maruz kaldığı; hemşirelerin %43'ünün sözel şiddete, %17'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (Kavak & Ekinci, 2013). Başka bir çalışmada psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin maruz kaldığı fiziksel şiddet türü olarak %22,3'ü tokat atma, %28,9'u itme, %15,7'si tekme, %21,5'i 'eşya fırlatma, %19,8'i yumruk atma, %9'u ısırma, %6,6'sı cinsel taciz olarak belirlenmiştir (Coşkun Cenk & Tuna Öztürk, 2010). Şiddetle karşılaşan hemşirelerin yarısı "kendi kendilerine olayla baş etmeye çalıştıklarını", şiddet olayından sonra %52,6'sı "öfke", %10,5'i "kızgınlık", %10,5'i "korku" yaşadıklarını, %10,5'inin olaydan sonra "mesleği bırakmak istediklerini" ve %40,4'ü uğradıkları şiddetin "iş performansını etkilediğini" belirtmişlerdir (Kahriman, 2014).

Hem hastalar hem de çalışanlar için, güvenli bir ortam içinde bulunma önemlidir ve bir zorunluluktur. Agresyon ve şiddet, ortamda bulunan herkesi etkilemektedir. Psikiyatri hastalarının servis ortamlarında yaşadıkları travmalarla ilgili çalışmada hastaların %63'ü travmatik olaylara tanık olduğunu, %54'ü korkutucu ya da saldırgan hastalardan kaynaklanan olumsuz deneyimler yaşadıklarını ve %31'i fiziksel saldırıya uğradığını belirtmiştir (Frueh ve ark. 2005). Saldırgan davranış iyi yönetilmediğinde hastalar, sağlık çalışanları ve terapötik

ortam olumsuz etkilenmektedir. Şiddeti önleme ve yönetme psikiyatri kliniklerinde hem çalışanların hem de hastaların güvenliğini sağlamak ve sürdürmek için önemlidir (Stuard, 2013; Ünal, 2011).

Psikiyatri kliniklerinde şiddet durumlarında sıklıkla ilk olarak hasta ile karşılaşan ve kontrol koymaya çalışan, uygulamaların ve devamında hasta üzerindeki etkilerinin takibini yapan hemşiredir (Ünal, 2011). Hasta saldırganlaştığında bunu erken evrede tanımak ve en az sınırlayıcı biçimde yönetmeye çalışmak psikiyatri hemşiresinin görevleri arasındadır. 8 Mart 2010 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde, 19 Nisan 2011 tarihinde yapılan düzenleme doğrultusunda; psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin görev ve sorumluluklarında kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımları uygulaması gerektiği belirtilmektedir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Saldırgan davranışın oluşmasını önlemede ilk basamak önleyici yaklaşımlar olup bunların başında da sakinleştirme teknikleri gelmektedir. (NICE, 2015; NICE, 2005).

Sakinleştirme terimi önceden ‘uyuşturucu kullanımı’ ya da ‘kriz’ gibi durumlarda uygulanan birtakım davranışları tanımlamak için kullanılırken, sağlık ve sosyal bakım kapsamında saldırganlığın önlenmesi ile ilgili ilk olarak 1980’lerin ortalarında kullanılmıştır (Hallett & Dickens, 2017). Sakinleştirme, hastaları daha sakin bir kişisel alana yönlendirmeyi amaçlayan bir dizi interaktif psikososyal müdahaleye ilişkin ortak bir terimdir (Berring, Pedersen, & Buuls, 2016). Stevenson’ un açıklamaları, sakinleştirme yöntemlerinin dört önemli yönünü tanımlar: sağlık personelinin kendini tanıması, hastayı bilmek, durumu bilmek ve nasıl iletişim kuracağını bilmektir. Bu kavramlar genellikle sakinleştirme yöntemlerinin merkezi olarak kabul edilir (Berring, Pedersen, & Buuls, 2016). Sakinleştirme müdahaleleri kapsamında iletişim, duyguları davranışları kontrol etmek (öz-düzenleme) ve değerlendirme yapmak önemli yer tutmaktadır. İletişim ilkeleri hastayla erken bağlantı kurmak, açık uçlu sorular sormak, aktif dinlemek olarak tanımlanabilir. Öz-düzenleme saldırgan davranışı kişisel olarak algılamamak, duygularının farkında olmaktır. Değerlendirme ise saldırganlık riskini değerlendirmeyi içerir (Duperouzel, 2008; Johnson & Delaney, 2007; NICE 2005; NICE 2015; Price & Baker, 2012; Richmond ve ark., 2012).

Uluslararası rehberler tarafından saldırgan davranış için ilk basamak müdahalesi olarak tavsiye edilen sakinleştirme tekniklerine rağmen, son çalışmalar kısıtlayıcı uygulamaların ruhsal sağlık ortamlarındaki duygusal yükselişleri yönetmek için düzenli olarak kullanılmaya devam ettiğini ortaya koymuştur (Price, Baker, Bee, & Lov, 2018). Rehberler ve çalışmalar da

psikiyatri kliniklerinde saldırganlığın önlenmesi açısından sakinleştirme yöntemlerinin kullanımını önermekteyken hala kısıtlama yöntemlerinin kullanılmaya ve ilk seçenek olarak uygulanmaya devam edildiği görülmektedir (MIND, 2013; NICE, 2015). Kısıtlayıcı uygulamaların kullanılmaya devam edilmesinde hemşirelerin tutumları, kültürel önyargılar, personel rol anlayışı ve kurum idaresinin tutumu gibi klinik olmayan faktörler etkili olmaktadır (Bilici, Sercan, & Tufan, 2013; Tekkaş & Bilgin, 2010). Bununla birlikte sakinleştirme yöntemlerinin kullanılmasında da sağlık personeli, hasta ve kurum ile ilgili faktörlerin tümünün engel oluşturabildiği görülmüştür (Price, ve ark., 2018).

Şiddeti önlemek için sakinleştirme yöntemlerinin kullanılması önerilmesine rağmen yapılan çalışmalarda sağlık personelinin nadiren bu konuya değindiği belirtilmektedir (Hallett, Huber, & Di, 2014). Ayrıca klinik personelinin sakinleştirmeyi nasıl tanımladığına bakıldığında hemşire, doktor ve klinik yöneticilerinin %99'u, sakinleştirici bir müdahale olarak sakin bir şekilde konuşmayı ve %97'si hastanın yerini değiştirmeyi, %85'i diğer hastaların yerlerini değiştirmeyi, %87'si problem çözmeyi sakinleştirme yöntemi olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların %7'si tarafından sakinleştirme yöntemi olarak kısıtlayıcı yöntemler tanımlanmıştır. Bir kısıtlayıcı yöntem olan ilaç uygulaması, katılımcıların %53'ü tarafından sakinleştirme yöntemi olarak tanımlanmıştır. Aynı çalışmada katılımcılara sakinleştirme yöntemi olarak en çok hangi yöntemin etkili olduğu ve en fazla hangi yöntemin kullanıldığı sorulmuş, katılımcılar saldırgan hastaların sakinleştirilmesinde en etkili yöntemin sakin konuşmak olduğunu, en çok kullanılan yöntemin ise hastanın yerini değiştirip birebir zaman geçirmek olduğunu ifade etmişlerdir (Hallett & Dickens, 2015). Çalışmalara bakıldığında sakinleştirme teknikleri olarak hangi yöntemlerin kullanıldığı, sağlık çalışanlarının kullanacağı yönetime nasıl karar verdiği belirsiz olup, kısıtlayıcı yöntemlerin sakinleştirme yöntemi olarak kullanıldığı, standart bir uygulama bulunmadığı görülmektedir (Hallett, Huber, & Di, 2014; Hallett & Dickens, 2015). Bununla birlikte, sadece birkaç çalışmada, hasta ve personelin sakinleştirme uygulamalarını nasıl deneyimlediği araştırılmıştır (Berring, Pedersen, & Buuls, 2016; Hallett & Dickens, 2017; Price & Baker, 2012). Ülkemizde yapılan çalışmalar ise genel olarak psikiyatri kliniğinde saldırganlık ve şiddet insidansları, fiziksel tespit kullanım insidansı, kısıtlayıcı yöntemlerin kullanımı ile ilgili görüş ve tutumlar ile ilgilidir (Coşkun & Avlamaz, 2010; Göktaş & Buldukoğlu, 2018; Kaya ve ark., 2008; Tekkaş & Bilgin, 2010; Uzun, Gürhan, & Kaya, 2015).

Saldırgan davranış psikiyatri kliniklerinde bulunan herkesi ve terapötik ortamı etkilemektedir. Saldırgan davranış ortaya çıkmadan potansiyel saldırgan olan hastanın sakinleştirilmesi bu nedenle büyük önem taşımaktadır. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin klasik yaklaşım olarak nitelendirilen tespit ve tecrit kullanmadan saldırgan hastanın yatırılmasında alternatif yaklaşımlar kullanması ve bunları benimsemesi önemlidir (Ünal, 2011; Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Son yıllarda saldırgan hastanın yatırılmasında yeni bir anlayış olarak sakinleştirme yöntemlerinin kullanılmasına yoğunlaşmakta ve standart yaklaşımın nasıl olması gerektiği üzerine durulmaktadır (Hallett & Dickens, 2017; Price & Baker, 2012; Price ve ark., 2017). Sakinleştirme yöntemleri ilk müdahale olarak tercih edilmesi gereken, en iyi uygulama kılavuzları tarafından savunulan, şiddet ve saldırganlığın kısa vadede yönetiminde önemli bir araçtır. Çalışanların uygulamada saldırgan davranışı nasıl sakinleştirdiğini araştırmak ve etkili bir şekilde sakinleştiren şeylerin ne olduğunu tanımlamak için daha fazla çalışma gerekmektedir (Hallett ve Dickens, 2015).

Ülkemizde de saldırgan davranışa yaklaşımda hala tespit ve tecrit kullanılmaya devam edilmekte, saygı ve empatiyi içeren girişimlerde bulunan birimlerdeki uygulamalar da kişisel bilgi ve deneyimler doğrultusunda olup hemşirelerin saldırgan davranışın yatırılmasına yönelik nasıl bir yaklaşımda bulunduğu belirsizliğini sürdürmektedir (Ayhan, 2017). Bunun sonucunda hastalar, sağlık personelleri ve terapötik ortam olumsuz etkilenmektedir. Bu bağlamda psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin saldırgan davranışın yatırılmasında kullandıkları sakinleştirme yöntemlerinin ve bu yöntemlerin hasta davranışlarına, tedavi sürecine etkisinin belirlenmesi gerekmektedir. Hemşirelerin sakinleştirme yöntemlerine ilişkin deneyimlerinin ve uygulamalarının belirlenmesi hemşirelerin bu uygulamalarının terapötik ortamın sağlanması ve hemşire-hasta ilişkisinin olumlu yönde devamlılığına etkisinin değerlendirmesi açısından önemlidir. Ayrıca bu çalışmadan elde edilen veriler saldırgan davranışla oldukça sık karşılaşan psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin saldırgan davranışı yatırma süreçlerini, bu yöntemleri uygulamalarını etkileyen faktörleri açıklığa kavuşturarak, saldırgan davranış önleme ve yönetim konusunda eğitim programları ve klinik uygulama rehberleri oluşturmak için zengin ve benzersiz kaynak oluşturmaktadır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin saldırgan hastanın yatırılmasında sakinleştirme yöntemlerini kullanılması ile ilgili deneyimlerinin belirlenmesidir.

1.3. Araştırma Sorusu

- Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin saldırgan hastanın yatıştırılmasında sakinleştirme yöntemlerini kullanması ile ilgili deneyimleri nelerdir?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Saldırganlık ve İlişkili Kavramlar

Tüm ırklarda ve kültürlerde sosyal yaşamın her alanında yaygın olan saldırganlık, bireylere fiziksel ve / veya duygusal olarak zarar veren herhangi bir fiziksel, duygusal veya cinsel davranış olarak tanımlanır (Anderson & West, 2011). Saldırganlık ile ilgili davranışlar, antropoloji, biyoloji, ekonomi, siyaset bilimi, iletişim araştırmaları, tarih ve sosyoloji gibi çok çeşitli disiplinlerde incelenmiştir (Björkly, 2006). Saldırganlık, karmaşık insan davranışları olarak binlerce yıllık insan evrimi için, bireyin ve grubun hayatta kalmasını, güvenliğini ve ilerlemesini desteklemeye temel bileşenlerdir. Saldırganlık için insan kapasitesinin kolaylıkla kontrol edilemeyeceği ve her zaman insan davranış repertuarının bir parçası olacağı bilinmektedir (Björkdahl, 2010).

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

Saldırganlık kavramını açıklarken ele alınması gereken bir diğer kavram ise ajitasyondur. Ajitasyon çoğu psikiyatrik hastada klinik bulguya eşlik edebilen sözlü veya motor davranışlar kümesidir. Şizofreni, bipolar-manik atak, anksiyete bozuklukları, depresyon gibi hemen hemen tüm psikiyatrik tanımlı hastalarda ortaya çıkabilen bu davranışlar yıkıcıdır ve hastanın toplum içi uyumunu bozar (Yıldız & Alptekin, 2003). Eksitasyon ise ajitasyon halinin

artmış hali olup bu durumda, huzursuzluk ve gerginlik hissinin eşlik ettiği psikomotor hareketliliğin artması sonucu hastalar saldırganlığa yatkın hale gelmektedirler (Ayhan, 2017).

2.2. Saldırganlığın Etiyolojisi

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

2.2.1. Psikanalitik Kuram

Saldırganlık kavramı psikanalitik kuramla açıklanırken tam olarak fikir birliği olmadığı bilinmelidir. Orijinal teori modifiye edildikçe ve genişledikçe, yavaş yavaş birkaç farklı yaklaşıma dönüşmüştür (Björkly, 2006). Bu kuramın temelinde Freud ikili içgüdü kuramında kutuplaşmış olan yaşamak ve ölüm içgüdüsünden bahsetmekte, ölüm içgüdüsünü bireyin ve insan yaşamının parçalanmasını dürtüleyen bir güç olarak ele almaktadır (Ayhan; 2017; Bilgin & Özcan, 2012). Freud ayrıca, öfke ve düşmanlık duygularının cinsel isteklerin yaptığı gibi çatışma ve bilinçsiz suçluluk ile sonuçlandığını ve bu etkilerin savunma faaliyetini başlattığını iddia etmiştir (Björkly, 2006). Kısacası Freud'a göre saldırganlık ölüm içgüdüsünün dış dünyaya ve başkalarına yöneltilmesi sonucunda ortaya çıkar.

2.2.2. Dürtü Kuramı (Engellenme-Saldırganlık Kuramı)

Freud birçok dürtünün hem cinsel hem de saldırgan bileşenler içerdiğini ve sadizm, mazoşizm ve zıt duygulanım (ambivalan) dahil olmak üzere birçok klinik belirtinin, bu dürtüler veya bunların kaynaşması sonucu değişen çatışma dereceleriyle açıklanabileceğini gözlemlemiştir. Freud'un görüşüne göre, ölüm içgüdüsü, bireyi kendilerini yok olmaktan kurtarmak için sosyal ve fiziksel çevreye karşı saldırgan eylemlere yönlendirmeye zorlar (Björkly, 2006). Bu kurama göre saldırganlık bireyin hedefine ulaşmasının önündeki engellere yönelik dürtüsel olarak ortaya çıkmaktadır. Bireyin hedeflerine ulaşmasını engelleyen faktörlerin içsel veya dışsal olmasına bağlı olarak saldırganlık davranışı bireyin kendisine ya da dışsal faktörlere yönelik olmaktadır. Ayrıca bu kuramda saldırganlık ile tahrik kavramları arasındaki ilişki de ortaya konmuştur. Saldırganlık dürtüsünün tahrik gücü ise üç faktöre bağlıdır: yaşanan hayal kırıklığının önemi, hedeflerinin engellenme derecesi ve yaşanan hayal kırıklığı sayısıdır. Sosyal öğrenme teorileri açısından, saldırganlık bir içgüdü değildir, deneyim veya gözlem yoluyla öğrenilmektedir ve ayrıca olumlu bir sonuç beklentisi ile teşvik

edilir. Hem biyolojik hem de sosyal faktörler, saldırgan davranışın geliştirilmesinde eşit derecede önemli görünmektedir ve sonuç olarak, engellenme-saldırganlık hipotezine göre, bireysel saldırgan davranış etiolojisinde genetik veya çevresel faktörlerin hangisinin öncü olduğu net değildir (Björkly, 2006).

2.2.3. Sosyal Öğrenme Kuramı

Aydın (2009)'un bildirdiğine göre ilk kez Bandura ve Walters tarafından 1963 yılında öne sürülen sosyal öğrenme kuramına göre saldırganlık sonradan kazanılan bir davranıştır (Aydın, 2009). Sosyal öğrenme kuramı açısından, saldırganlık bir içgüdü değildir, deneyim veya gözlem yoluyla öğrenilmektedir (Björkdahl, 2010).

Bebeklik döneminden itibaren insanlar fiziksel ve sosyal ortamdaki olayları nasıl algılayabileceklerini, yorumlayacaklarını, yargılayabileceklerini ve yanıtlayabileceklerini öğrenirler. Saldırganlığa neden olan faktörler sosyal çevreden gelmektedir. Bu uyaranlara tepki olarak ortaya çıkan saldırgan davranış da yine çevreden öğrenilmektedir. Diğer kuramlardan farklı olarak sosyal öğrenme kuramında içgüdülerin aktive olmasında “tahrik” kadar “teşvik kavramı da önemlidir. Bireyin eylem sonucunda beklediği fayda davranışı pekiştirmektedir. Bu kuramda pekiştireçler incelenmiş ve “araçsal öğrenme” ve “gözlem ve model alma yolu ile öğrenme” kavramları ile saldırganlık açıklanmıştır (Anderson & Bushman, 2002; Ayhan, 2017; Köroğlu, 2006).

Araçsal Öğrenme Kuramı'na göre, saldırgan davranış ne kadar pekiştirilir ve ödüllendirilirse, bireyin bu davranışını farklı durum ve ortamlar karşısında da tekrarlama sıklığı da artmaktadır (Anderson & Bushman, 2001). Bandura'ya göre, gözlem yoluyla öğrenme birbiriyle ilişkili dört süreci içerir. İlk olarak, birey modellenen olayın ipuçlarını, davranışlarını ve sonuçlarını fark eder ve bunları dikkatle izler. Daha sonra gözlemler bir çeşit bellek temsiline kodlanır. Üçüncüsü, bu bilişsel süreçler yeni taklit yanıt kalıplarına dönüştürülür. Son olarak, uygun teşvikler göz önüne alındığında, modellenen davranış gerçekleştirilecektir. Modelin özellikleri doğrultusunda Bandura, aile üyelerinin, bireysel alt kültürlerin ve kitle iletişim araçlarının agresif modellemenin üç temel kaynağı olduğunu iddia eder (Björkly, 2006).

2.2.4. Tıbbi ve Nörobiyolojik Faktörler

Saldırganlığın nedenini inceleyen çalışmalarda bu davranışın oluşmasına neden olan sosyal ve çevresel faktörlerin yanı sıra biyolojik, genetik ve nörofizyolojik faktörlerin de etkili olduğu görülmüştür. Elde edilen veriler birlikte değerlendirildiğinde saldırganlık davranışının

biyolojik ve sosyoekonomik faktörlerin etkileşimi sonucu ortaya çıktığı kabul edilmektedir (Mendes ve ark. 2009).

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

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

2.3. Psikiyatri Kliniği ve Saldırgan Davranış

Çalışmalarda agresyon ve şiddetle en çok psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin karşılaştığı ve bu servislerde çalışan hemşirelerin iş bırakma sebeplerinden en önemli faktörün saldırgan davranış olduğu belirtilmiştir (Bilgin & Keser Özcan, 2012; Murphy, 2004).

Psikiyatri Kliniklerinde Saldırganlığın Epidemiyolojisi

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelere yönelik yaşam boyu saldırı riskinin yaklaşık %75 olduğu bildirilmiştir (Lozzino ve ark. 2015). Ata ve Kelleci tarafından 2012'de psikiyatri kliniğinde yatan bir grup hastanın saldırganlık potansiyelini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada hastaların %58.6'sının saldırganlık potansiyeli çok yüksek olarak bulunmuştur (Ata & Kelleci, 2012). Erkek cinsiyet, şizoaffektif veya şizofrenik bozukluk, gönülsüz yatış ve madde kullanım bozukluğunun olması gibi faktörlerin saldırganlık riskini arttırdığı bilinmektedir (Lozzino ve ark. 2015; Olupona ve ark., 2017).

Ülkemizde psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada hemşirelerin %100'ünün son 1 yılda şiddete uğradığı; hemşirelerin %43'ünün sözel şiddete, %17'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin %61,7'si saldırı esnasında tedavi yaptığını, %45'i saldırı nedeninin kötü çevresel ortam olduğunu ifade etmiştir

(Kavak & Ekinci, 2013). Şiddetle karşılaşan hemşirelerin yarısı “kendi kendilerine olayla baş etmeye çalıştıklarını”, şiddet olayından sonra öfke, kızgınlık, korku” yaşadıklarını, olaydan sonra mesleği bırakmak istediklerini ve uğradıkları şiddetin iş performansını etkilediğini belirtmişlerdir (Kahriman, 2014).

Hem hastalar hem de çalışanlar için, güvenli bir ortam içinde bulunma önemlidir ve bir zorunluluktur. Agresyon ve şiddet, sağlık çalışanlarını olduğu kadar ortamda bulunan diğer hasta ve hasta yakınlarını da etkilemektedir. Psikiyatri hastalarının servis ortamlarında yaşadıkları travmalarla ilgili çalışmada hastaların %63’ü travmatik olaylara tanık olduğunu, %54’ü korkutucu ya da saldırgan hastalardan kaynaklanan olumsuz deneyimler yaşadıklarını ve %31’i fiziksel saldırıya uğradığını belirtmiştir (Frueh ve ark. 2005). Saldırgan davranış iyi yönetilmediğinde hastalar, sağlık çalışanları ve dolayısıyla terapötik ortam olumsuz etkilenmektedir. Şiddeti önleme ve yönetme psikiyatri kliniklerinde hem çalışanların hem de hastaların güvenliğini sağlamak ve sürdürmek için önemlidir (Ünal, 2011; Stuard, 2013).

2.4. Saldırgan Davranışı Etkileyen Faktörler

Saldırgan davranışını ortaya çıkmasını ve kısıtlayıcı yöntemlerin kullanılmasını önlemek için bu davranışın ortaya çıkmasını etkileyen faktörlerin bilinmesi önemlidir. Bu faktörleri bilmek riskleri belirlemek ve bu doğrultuda önlem almak için gereklidir. Bu faktörler hasta ile ilgili, sağlık çalışanı ile ilgili ve çevreyle ilgili olmak üzere 3 başlıkta incelenecektir.

Hasta ile ilgili faktörler

Saldırganlığın ortaya çıkmasında hasta ile ilgili risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikler, genetik ve hormonal özellikler, hastalık tanısı ve hastalık belirtileri gibi özellikler incelenmiştir. Yaş, cinsiyet, tanı/psikopatoloji, sosyoekonomik durum, çocukluktaki kötüye kullanım ve şiddet öykülerinin olması, hastalık durumu gibi faktörler bireyin doğasında var olduğu için hemşirelik müdahaleleriyle ortadan kaldırılamayacak faktörlerdir. Bu nedenle bu faktörler hemşirelerin saldırgan davranışın yönetilmesi için daha fazla kısıtlayıcı yöntem kullanmalarına neden olmaktadır (Bilgin & Özcan, 2012).

Yapılan bir sistematik incelemelerde hastanın genç, erkek, bekar olması, şizofreni ya da kişilik bozukluğu tanısının olması, tedaviye uyumsuz, daha önce kendisine veya çevresine zarar verme ve dürtüsellik öyküsünün, istismar öyküsünün olması, zorunlu yatış, madde kullanım öyküsünün olmasının saldırganlık riskini artırdığı bulunmuştur (Asikainen ve ark., 2020; Dack ve ark., 2013, Dickens ve ark., 2012; Iozzino ve ark., 2015). Ayrıca hasta ile iletişim kurulması

zorsa, paranoid ve halüsinasyon belirtileri görülüyorsa, duygu durumu öfkeli, kaygılı ya da korkmuşsa yine saldırgan davranış gösterme riski artmaktadır (Asikainen ve ark., 2020).

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

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

Sağlık çalışanı ile ilgili faktörler

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

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

Çevre ile ilgili faktörler

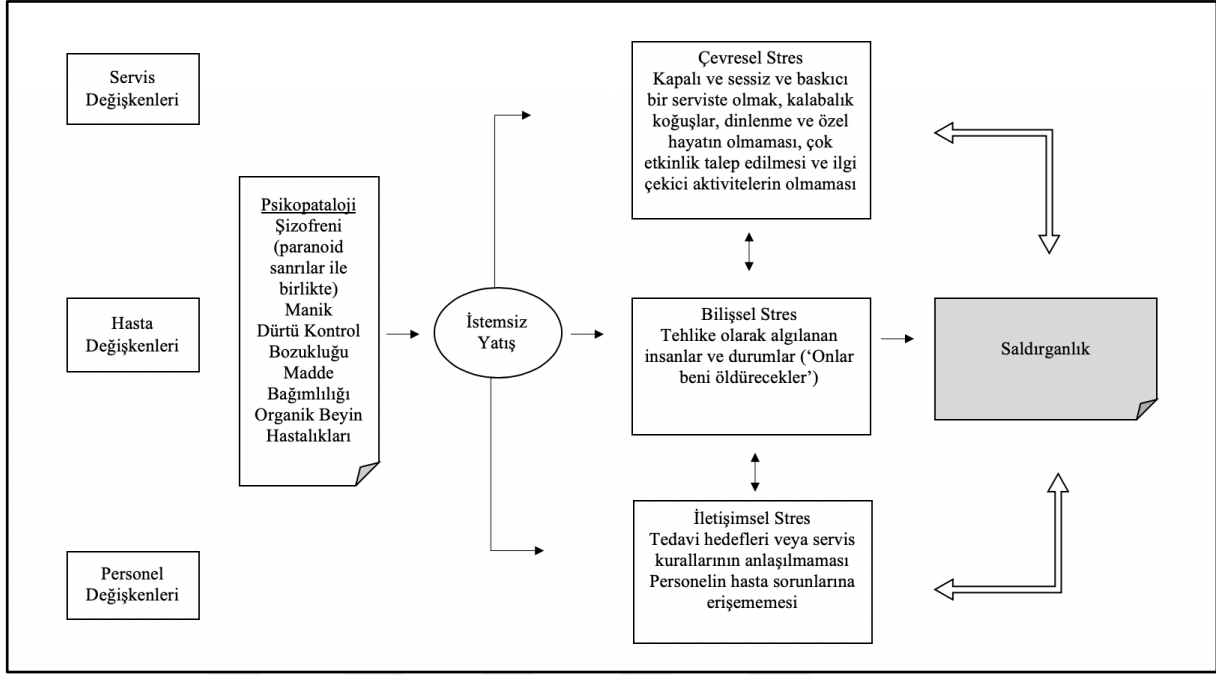
Fiziksel çevrenin gürültülü, kalabalık olması, mahremiyetin sağlanmamış olması, kilitli tutulması, aşırı sıcak olması gibi özellikler barındırması saldırgan davranışın ortaya çıkmasında

etkili olmaktadır (Bilgin & Özcan, 2012). Servis aktivite ve toplantılarının, hasta görüşmelerinin, çalışan işlevlerinin belirsiz olduğu yerler saldırganlık açısından daha riskli gösterilmektedir.

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

Saldırgan davranışın ortaya çıkmasında birçok faktörün etkili olduğu görülmektedir. Tablo 1.' de yatan hastalarda saldırganlık ile ilgili faktörleri gösteren bir model sunulmaktadır.

Tablo 1. Yatan Hastalarda Saldırganlık Modeli (Nijman ve ark., 1999).



2.5. Psikiyatri Hemşireliği ve Saldırganlığın Yönetilmesi

Psikiyatri kliniklerinde saldırgan davranış durumunda hasta ile genellikle ilk karşılaşan, kontrol etmeye çalışan, devamında da hastanın takibini yapan hemşiredir (Ünal, 2011). Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler genellikle ani, beklenmedik ve bazen mantıksız şiddet davranışlarına yol açabilecek psikiyatrik hastalarla yüz yüze daha fazla zaman geçirdikleri için diğer sağlık çalışanlarından daha yüksek saldırganlık riskiyle karşı karşıyadır (Merecz ve ark., 2006). Psikiyatri servisi çalışanları tarafından hastaların bu saldırganlık durumlarını yönetmek, kendisine ve çevresindekilere ve ortama zarar vermesine engel olmak amacıyla birtakım yöntemler uygulanır (Bilgin ve ark., 2013; Bilici, Sercan, Tufan; 2012). Bu kontrol yöntemleri baskıcı ve zorlayıcı yöntemler ve bu yöntemlere alternatif yaklaşımlar olarak incelenmektedir.

NICE 2015 rehberine göre belirlenen saldırganlık ve şiddetin önlenmesi ve yönetilmesi sürecinde hastaların onuruna, bağımsızlığına, insani haklarına saygı gösterilmelidir. Bu süreçte hem hasta hem de sağlık çalışanının güvenliği sağlanmalıdır. Hastalar da karar verme sürecine dahil edilmelidir. Sağlık çalışanı hastanın bakımı ile risk yönetimi ile ilgili planlamalar yaparken hastalar ile yapmalıdır. Hastalar ile servise yatışları sırasında veya sürecinde kısıtlayıcı yöntemler ile ilgili açıklama yapılmalı ve hastaların ya da onların vasilerinin bu yöntemler ile ilgili kararlarını bildirmeleri istenmelidir. Hastalara onların hak ve onuruna saygı

duyulacak şekilde en az kısıtlayıcı yöntemlerin uygulanacağı bilgisi verilmelidir. Bu rehberde özellikle saldırganlığın ve kısıtlayıcı yöntemlerin kullanılmasını azaltmak için personel eğitimi, kısıtlayıcı yöntemleri azaltmaya yönelik programlar, risk değerlendirmesi yapılmasına vurgu yapılmıştır (NICE, 2015)

Baskıcı ve Zorlayıcı Yöntemler

Psikiyatri kliniklerinde kullanılan fiziksel, kimyasal, mekanik tespit ve tecrit baskıcı zorlayıcı yöntemler olarak adlandırılmaktadır. Bu yöntemler hem uygulanan hastada hem de uygulayan sağlık çalışanında hem fiziksel hem de ruhsal olarak olumsuz etkilere yol açmakta ve bu nedenle bu uygulamaların etik ikileme neden olduğu bilinmektedir (Goethals ve ark., 2011; Uzun ve ark., 2015). Dolayısıyla baskıcı ve zorlayıcı yöntemlerin kullanımını en aza indirmek hedeflenmektedir (Uzun ve ark., 2015).

Hastanın hareket etmesini kısıtlamak amacıyla elle tutulmasına fiziksel tespit adı verilir (Tekkaş & Bilgin, 2010; Ünal, 2011). Fiziksel tespit; tecrit, mekanik ya da kimyasal tespit öncesinde kullanılmaktadır (Bowers ve ark., 2006). Fiziksel tespit hastanın onuruna saygı duyularak, mahremiyet, kişisel gereksinimleri ve farklılıkları göz önünde bulundurularak, risklerle orantılı olarak uygulanmalıdır (Ayhan, 2017).

Mekanik tespit; hareketi kısıtlamak amacıyla bant, kemer, bileklik gibi malzemeler kullanılarak uygulanan kısıtlama yöntemidir (Ünal; 2011). Mekanik kısıtlama yalnızca son çare olarak ve başkalarına yöneltilmiş aşırı şiddeti yönetme veya aşırı yaralanma davranışını önlemek amacıyla kullanılmalıdır (NICE, 2015). Buna karşın mekanik tespitin çok daha erken dönemde ve huzursuzca etrafta dolaşma, iletişimde öfkeli tepki verme, gürültülü rahatsız edici eylemlerde bulunma ve servisten kaçma girişimi şeklindeki hasta ajitasyonu gibi nedenlerle kullanıldığı görülmektedir (Sercan ve Bilici, 2009; Ünal, 2011). Ülkemizde yapılan bir çalışmada hemşirelik öğrencileri mekanik tespit yöntemini hastalar açısından olumsuz olarak değerlendirmiş, bu uygulamada endikasyon belirsizliği, denetim eksikliği ve çalışan eğitiminin yetersiz olmasını uygulayan sağlık çalışanı açısından da zorlayıcı olarak ifade etmişlerdir (Bilgin ve ark., 2013).

Kimyasal tespit, ilaç kullanılarak hastanın sedatize edilmesi, ajitasyonun ve saldırganlığın kontrol altına alınmasıdır (Randy ve ark., 2014). Kimyasal tespit, daha insancıl görünse de cezalandırma amaçlı kullanıldığında hasta kendisine karşı güç kullanıldığı ve kontrolünü kaybettiği hissi yaşar. Dolayısıyla kimyasal tespit mümkün olduğunca gönüllülük esasıyla yapılmalıdır (Fisher, 2003). Ayrıca kimyasal tespit saldırganlık anında işe yarasa da

saldırganlığın ortaya çıkmasını önleme açısından etkisizdir, çünkü hasta ilaç etkisinden çıktığında tekrar aynı davranış girişiminde bulunabilmektedir (Randy ve ark., 2014).

Tecrit, saldırgan davranışı kontrol altına almak, bakım ve tedaviyi yapabilmek amacıyla hastanın tek başına bir odaya kilitlenip izole edilmesidir (Bower ve ark., 2012; Ünal, 2011). Tecrit yalnızca hastanın başkalarına zarar verecek muhtemel bir davranışı olduğunda kullanılmalıdır. Tecrit uygulanan birimlerin, sağlık çalışanı tarafından gözlemlenebilen, iletişim kurulabilecek, ısı ve havalandırma olanaklarının uygun olduğu, tuvalet ve banyo ihtiyaçlarının karşılanabileceği, zarar görmeye dayanıklı kapı, pencere ve mobilyaların bulunduğu bir tecrit odası olmalıdır (NICE, 2015). Bu uygulama hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini önlese de hastalar tecrit edilmeleri sonucu kendilerini terk edilmiş, cezalandırılmış, öfkeli ve depresif hissettiklerini bildirmişlerdir (Bowers ve ark., 2012).

Baskıcı ve Zorlayıcı Yöntemlere Alternatif Yaklaşımlar

Hastanın saldırgan davranışının azaltılması amacıyla uygulanan, baskıcı ve zorlayıcı yöntemlerden farklı olarak terapötik iletişime dayalı olan yöntemler alternatif yaklaşımlar olarak adlandırılmaktadır (Ayhan, 2017; Ünal 2011). Zorlayıcı müdahalelerin kullanımı genellikle etik ve bazen yasal ikilemleri içerir ve hem hastalar hem de personel için fiziksel yaralanma ve psikolojik zararın yaygın bir nedenidir (Björkdahl, 2010). Kısıtlayıcı yöntemler hasta ve çalışanları korumayan hatta yaralanma ve ölüm gibi sonuçlara yol açacak riskleri barındıran, dava açılmasına yol açabilen uygulamalardır ve maliyeti de düşük değildir (Sercan & Bilici, 2009). Björkdahl ve ark. psikiyatride zorlamanın daima olacağını ancak bunların uygulanacak reformlarla azaltmanın gerektiğini ifade etmektedir (Björkdahl ve ark., 2010). Sağlık çalışanları da genellikle kısıtlayıcı müdahaleleri uygulamayı; hem yaralanma riski içerdiğinden hem de savunmasız durumdaki hastalar için daha insancıl müdahalelerde bulunmak istediklerinden duygusal olarak zorlayıcı bulmaktadır (Moran ve ark., 2009). Son yıllarda kısıtlayıcı yöntemlerin kullanımının azaltılması giderek artan bir istek olmuştur ve bu yönde birçok çalışma yapılmaktadır (Arotimi 2019; Bilici ve ark., 2012; Björkdahl, 2010; Brever, Beech & Simbani, 2017).

Alternatif yöntemler, saldırganlığın işaretlerinin açığa çıktığı henüz erken aşamada temelde iletişim olmak üzere hastanın gereksinimlerini belirleyip, hastayı sakinleştirme, çevreyi düzenleme, ortamı yapılandırma, gözlem gibi çok yönlü müdahaleleri içerir (Ayhan, 2017). Saldırgan davranışın oluşmasını önlemede ilk basamak önleyici alternatif yaklaşımlar olup bunların başında da sakinleştirme yöntemleri gelmektedir (NICE, 2015; NICE, 2005)

2.5.1. Sakinleştirme Yöntemleri

Sakinleştirme kavramı

Sakinleştirme terimi önceden ‘uyuşturucu kullanımı’ ya da ‘kriz’ gibi durumlarda uygulanan birtakım davranışları tanımlamak için kullanılırken, sağlık ve sosyal bakım kapsamında saldırganlığın önlenmesi ile ilgili ilk olarak 1980’lerin ortalarında kullanılmıştır (Hallett & Dickens, 2017).

Eğer mevcut durum zorlaşırsa ve hasta saldırganlaşmaya başlarsa, hastayı sakinleştirmek (de-escalate) gerekmektedir. Amaç hastayı daha az sıkıntılı ve daha güven verici bir duruma getirmektir (Harwood, 2017). NICE (2005) rehberinde sakinleştirmeyi, saldırganlaşma aşamasında saldırı döngüsünü durdurmak için kullanılabilecek bir beceri kümesi olarak tanımlanmıştır. Tipik saldırı döngüsü tetikleme, yükselme, kriz evresi, sakinleştirici evre ve depresyon evresi olmak üzere beş aşamalı olarak tanımlanmıştır. Hastanın saldırganlığı tetiklendiğinde, hızlı bir şekilde yükselse de uygun sakinleştirme becerilerinin kullanılması, saldırı döngüsünün tetikleme aşamasından yükselme aşamasına dönmesini önlemede etkili olabilmektedir. Sakinleştirme fiziksel müdahalelere göre saldırganlık ve şiddet içeren davranışları daha insancıl ve daha az tartışmalı şekilde yöneten bir yaklaşımdır (Bilgin & Özaslan, 2018). Sakinleştirme hastaları daha sakin bir kişisel alana yönlendirmeyi amaçlayan bir dizi interaktif psikososyal müdahalelerin ortak bir terimidir (Berring, Pedersen, & Buuls, 2016).

NICE 2015’teki güncellenen rehberinde sakinleştirme, öfkeyi etkisiz hale getirmeyi ve saldırganlığı durdurmayı amaçlayan sözlü ve sözsüz iletişim becerilerini kapsayan tekniklerin kullanımı olarak tanımlanmıştır. Buna ek olarak, bu kılavuz lüzum hali ilaçların da tırmanma stratejisinin bir parçası olarak nasıl kullanılabileceğini vurgular, ancak ilaç kendi başına sakinleştirememektedir (NICE, 2015; Bilgin & Özaslan, 2018). Hasta ile ilgili saldırganlığı gidermeyi veya azaltmayı hedefleyen, iletişim, özdenetim, değerlendirme, eylemler ve güvenlik bakımından oluşan çeşitli bileşenlerin ortak bir terimidir (Hallett & Dickens, 2017).

Sakinleştirme, hemşireler tarafından artan saldırganlık ve şiddet sorunlarına karşı koymak için kullanılabilecek değerli bir müdahale olup hastayı daha sakin bir kişisel alana yönlendirerek potansiyel saldırganlık durumlarını aşamalı olarak çözmek için sözlü ve sözsüz becerilerin kullanılmasını içerir (Cowin ve ark., 2003). Genellikle, tecrit ve kısıtlamaların

kullanımının azaltılması bakımından, ruh sağığı ortamlarında saldırganlık yönetiminin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (Roberton ve ark., 2012).

Sakinleştirme seçici ve uygun şekilde kullanıldığında öfkeyi yatıştırarak ve uyarılmayı azaltarak saldırganın düşmanlığını azaltabilecek bir dizi sözlü ve sözsüz becerinin kullanımından oluşur. Sakinleştirmenin sonucu olarak, bir kriz durumunda saldırgan davranış riskinin azalacağı önerilmektedir. 'Sakinleştirme' terimi, 'konuşma' veya 'savunma' gibi terimlere alternatif olarak tercih edilir, çünkü ilgili süreci daha doğru bir şekilde açıklamaktadır. Kullanılan beceriler ne sezgisel ne de içgüdüsel ve her zaman deneyimden kaynaklanmaz. Uygulanan girişimlerde başarı sağlamak için nitelikli eğitim ve denetimli uygulama gerekmektedir (Paterson & Leadbetter, 1999).

Saldırgan davranışın önlenmesinde sakınleştirme yöntemleri

Ruh sağığı ortamlarında sakınleştirme yöntemlerinin kullanılması ile ilgili yapılan gözlemsel/fenomenolojik ve kalitatif çalışmaların meta sentezinin yer aldığı birçok çalışma yapılmıştır (Cowin ve ark., 2003; Johnson & Delaney, 2007; Price ve ark., 2018; Spielfogel & McMillen, 2017). Bu çalışmalar, bir dizi önemli sakınleştirme tekniklerini tanımlamak için ruh sağığı hemşirelerinin ve diğer ruh sağığı personelinin deneyimlerinden faydalanmıştır. Bu çalışmaların gözden geçirilmesi, yaygın bir şekilde sakınleştirmenin önemli bileşenleri olduğu düşünülen birtakım teknikleri ortaya koymaktadır (Roberton ve ark., 2011).

Stevenson' un açıklamaları, sakınleştirme yöntemlerinin dört önemli yönünü tanımlar: sağlık personelinin kendini tanıması, hastayı bilmek, durumu bilmek ve nasıl iletişim kuracağını bilmektir. Bu kavramlar genellikle diğer yazarlar tarafından sakınleştirme yöntemlerinin merkezi olarak kabul edilmektedir (Berring, Pedersen, & Buuls, 2016; Roberton ve ark., 2011). Sakınleştirme müdahaleleri kapsamında iletişim, duyguları davranışları kontrol etmek (öz-düzenleme) ve değerlendirme yapmak önemli yer tutmaktadır. İletişim ilkeleri hastayla erken bağlantı kurmak, açık uçlu sorular sormak, aktif dinlemek olarak açıklanabilir Hemşire ve hasta arasındaki ilişki ve etkileşim, terapötik bakım açısından primardir ve herhangi bir saldırganlık durumunun ortaya çıkması durumunda ilk adımdır. Öz-düzenlemeden kastedilen saldırgan davranışı kişisel olarak algılamaması ve duygularının farkında olmaktır. Değerlendirme saldırganlık riskini değerlendirmeyi içerir (Duperouzel, 2008; Johnson & Delaney, 2007; NICE 2005; NICE 2015; Price & Baker, 2012; Richmond ve ark., 2012; Richter, 2006).

Bir hasta ajite olursa sakinleştirme teknikleri doğrultusunda bir personel, onunla iletişimde birincil rolü üstlenmelidir. Bu personel durumu güvenlik açısından değerlendirmeli, hastayla birlikte durumu netleştirmeli ve durumu çatışmasız bir şekilde çözmek için görüşmelidir. Fiziksel kısıtlama yapıldıysa da o sırada sakinleştirme yöntemlerinin kullanımına devam edilmelidir. Ayrıca olay sonrası gözden geçirme, sakinleştirme tekniklerinin nasıl ve neden işe yarayıp yaramadığını araştırılması açısından önemlidir. Bu gözden geçirme; gelecekteki uygulamalar için bilgi sağlar (NICE, 2005; NICE, 2015).

Ajite hastanın sözel sakinleştirilmesi ile ilgili ortak raporda ajite hasta ile çalışırken, dört ana amaç olduğu belirtilmiştir: (1) hastanın, personelin ve bölgedeki diğer kişilerin güvenliğini sağlamak; (2) hastanın duygularını ve üzüntülerini yönetmesine ve davranışlarının kontrolünü sürdürmesine ya da kontrol altına almasına yardımcı olmak; (3) mümkün olduğunca kısıtlama kullanmaktan kaçınmak; ve (4) ajitasyonu artıran zorlayıcı müdahalelerden kaçınmaktır (Richmond ve ark., 2012). İlgili literatür (Berring, Pedersen, & Buuls, 2016; Bilgin & Özaslan, 2018; Chingbudu, 2015; Duperouzel, 2008; Hallet & Dickens, 2015; Hallett & Dickens, 2015; 2017; Johnson & Delaney, 2007; NICE 2005; NICE 2015; Price & Baker, 2012; Richmond ve ark., 2012) incelenerek hazırlanan tablo 2’de sakinleştirme yöntemlerinin ilkeleri belirtilmiştir.

Tablo 2. Sakinleştirme Yöntemlerinin İlkeleri

- Kendi tepkilerinin farkında olmak.
- Hasta ile mümkün olduğunca erken bağlantı kurmak, sakinleştirme yöntemlerini en kısa zamanda uygulamak.
- Hastanın duygularını kabul ederek, tehdit edici, göz dağı verir gibi, aşağılayıcı ifadelerden kaçınmak.
- Uygun bir ses tonu kullanmak.
- Sözel ve sözel olmayan iletişimde önyargısız şekilde empatiyi, merhameti, tutarlılığı, saygıyı benimsemek.
- Sakin kalmak.
- Saldırgan davranışı kişisel olarak algılamamak.
- Kendi beden dilinin farkında olarak, tehdit edici olmayan bir duruş benimsemek.
- Nötr yüz ifadesini kullanmak.
- Sakinleştirme yöntemlerini öz güvenli ve kesin şekilde uygulamak.
- Hızlı değişen hasta önceliklerini tolere edebilmek.
- Riskleri belirleyerek, çatışmanın çözümü hakkında gerçekçi beklentiler belirlemek.
- Hasta üzerinde değil durum üzerinde kontrol oluşturmak.
- Açık uçlu sorular sormak, gerçekçi alternatifler ya da seçenekler sunmak.
- Öfkelenme nedenlerini açığa çıkartmak, nedene yönelik çözümler üretmek.
- Hastanın öfkesinin veya hayal kırıklığının ortadan kalkması, dikkatinin dağılması için uygun aktivitelere yönlendirmek.
- Karşılıklı saygıya dayanacak şekilde sınır belirlemek.
- Çevresel uyarınları azaltmak, çevredeki diğer kişilerin güvenliğini sağlamak için uygun önlemler almak.
- Hastanın duygusal durumunu ve durumun aciliyetini değerlendirmek.
- Davranışlara değil duygulara odaklanmak.
- Müdahaleden kaynaklanabilecek riskleri değerlendirmek.
- Hastanın bireyselliği göz önüne alınarak durumun beklenen gidişatına karar vermek.
- Destek kaynaklarının ve kriz prosedürlerinin farkında olmak.
- Sakinleştirme yöntemlerinin işe yarayıp yaramaması 5-10 dakika içerisinde belli olabildiği için gerekli olduğunda destek istemek ve kriz yönetim planı uygulamak.

Sakinleştirme yöntemleri ve etkinliğine ilişkin çalışma sonuçları

Sakinleştirme yöntemleri hem hasta hem de diğer kişiler (personel, diğer hastalar, ziyaretçiler) açısından terapötik ilişkilerin sürdürülmesi ve zorlayıcı kısıtlayıcı yöntemlerin (kısıtlama, kimyasal tespit, tecrit vb.) fiziksel ve / veya psikolojik zararları göz önüne alındığında zorlayıcı olmayan terapötik ortam sağlanması açısından çok değerlidir (Lavelle ve ark. 2016). Literatürün çoğu, sakınleştirme yöntemi olarak neler yapılabileceğini açıklarken, aslında pratikte neler yapıldığına dair çok az şey bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada kartopu örnekleme yoluyla sakınleştirme uygulamaları konusunda uzman 56 katılımcıya uygulama listesi verilmiş ve bu uygulamaların etkinliğini derecelendirerek sıralaması istenmiştir. 55 katılımcı 120 yanıt verdiği çalışmada 92 sakınleştirme stratejisi ortaya konulmuştur. Ruh sağlığı profesyonelleri beden dili, dinleme becerileri, açıklığa kavuşturma ve doğrulama, seçenekler sunma, kişisel ve çevresel güvenliği sağlama ve ortamı sınırlandırma gibi cevaplar verirken, ruh sağlığı dışındaki profesyoneller sözel olmayan iletişim, güvenlik, dinleme ve empati, seçenekler sağlama, güvenceler sağlama, yumuşatma girişiminde bulunma ve yüzleşmeyi kullanma şeklinde cevaplar vermiştir (Spielfogel & McMillen, 2017).

Hastaların ve sağlık çalışanlarının şiddetli ve tehditkâr durumları nasıl tanımladıklarını ve başarılı sakınleştirme durumlarına ne anlam atfettiklerini açıklamak amacıyla yapılan bir diğer çalışmada bu durumların nasıl yönetilebileceği örneklendirilirken, sağlık çalışanlarının sakınleştirme uygulamaları konusunda nasıl bilgi sahibi oldukları belirsizdir. Bu kalitatif çalışmada hem hasta hem de sağlık çalışanları ile yapılan görüşmeler sonucu 3 tema belirlenmiştir. Bunlar (1) anılar ve beklenti, (2) güvenlik ve yaratıcılık, (3) yansıtıcı anlar. Temalardan anlaşılmaktadır ki kişilerin o anki duruma ne anlam atfettikleri daha önceki deneyimlerinden ve beklentilerinden etkilenmektedir. Ayrıca onları belli bir duruma getiren şeyleri yansıtıp öğrenmeyi başararak bu konudaki inançlarını değiştirebilmektedirler (Berring ve ark., 2016).

Aslında agresif durumlar bir akış durumu/süreç olarak algılanabilir. Personel sakınleştirme yöntemlerini uygularken bu süreçte sürekli olarak kendi tepkilerine karar verir, uyguladığı girişimlerin hasta üzerindeki etkisini izler ve bu sırada çevredeki değişiklikleri de değerlendirir. Sürecin amacı, belirli stratejileri test ederek bir krizin yapıcı çözümüne yönelik çalışmaktır (Paterson & Leadbetter, 1999).

Yapılan bir diğer çalışmada hastaların davranışları daha az agresif olursa ve hemşireler şiddet riskini daha düşük algılasa hemşirelerin uyguladığı sakınleştirme yöntemlerinin

çatışmayı kontrol altına almakta daha etkili olduğu görülmüştür (Lavelle ve ark., 2016). Ayrıca sakinleştirme tekniklerinin etkinliğini arttırmak için karşılıklı güven ve anlayışa odaklanan ilişki güçlendirilmelidir (Price & Baker, 2012; Richter 2006;).

NICE 2015 rehberinde psikiyatri kliniğinde çalışan sağlık personellerine saldırganlığın önlenmesi kapsamında dikkat dağıtıcı ve gevşemeyi teşvik etme yolları sunan sakinleştirici teknikler kullanmak ile ilgili eğitim yapılması, hasta ile ilgilenen tüm personel için sakinleştirme tekniklerinde standartlaştırılmış eğitim sağlanması önerilmektedir (NICE, 2015). Sakinleştirme eğitiminin personelin saldırgan ve / veya şiddet içeren durumlarla başa çıkma ve bunları yönetme konusunda bilgi ve güveni geliştirdiği bulunmuştur (Leach ve ark., 2019).

Sakinleştirme, yükselmenin yönetilmesi için ilk adım olarak tanımlanmasına rağmen (NICE, 2015), yayınlanan kılavuzlarda bu uygulamanın etkinliğinin değerlendirilmesinde belirgin bir eksiklik vardır (Bilgin & Özasan, 2018). Sakinleştirmenin etkinliğini belirlerken birçok metodolojik, teorik ve kavramsal problem tanımlanmıştır. Bunlar; net insidans eksikliği açık ve operasyonel tanım eksikliği, personelin beceriler hakkındaki görüşlerinin karmaşıklığı ve kişilerarası çatışmaların saldırgan davranış üzerindeki rolüdür (Duxbury ve Whittington 2005).

Sakinleştirme yöntemleri ruh sağlığı ortamlarında saldırganlığın yönetilmesi için kılavuzlar oluşturan kuruluşların yönergelerinde de geçmektedir (Roberton ve ark., 2011). NICE (2005), klinik psikiyatri kılavuzlarında, yataklı psikiyatri ortamlarında ve acil servislerde rahatsız edici / şiddetli davranışların kısa süreli yönetiminde sakinleştirme yöntemlerinin kullanılmasını önermektedir (NICE, 2005). Sakinleştirme yöntemleri ayrıca bazı hastanelerin saldırganlık yönetimi politikalarında da yer almaktadır. Hemşirelerin agresif durumlarla başa çıkma yeteneğini artırmak amacıyla Avustralya'daki bir hastanede hastanesinde sakinleştirme yöntemleri ile ilgili eğitici bir paket sunan "sakinleştirme kiti" oluşturulmuştur (Cowin ve ark., 2003). Saldırganlığın önlenmesi ve yönetilmesi ile ilgili personele verilen eğitimlerin içerisine sakinleştirme yöntemleri ile ilgili kısım çoğu zaman eğitimin anahtar noktası olmuştur (Price & Baker, 2012). Ayrıca NICE (2005, 2015) tarafından şiddetin önlenmesi ve yönetimi kurslarında, eğitim döneminin önemli bir bölümünün sakinleştirme için ayrılması önerilmiştir.

Saldırganlığın Önlenmesi ve Yönetiminde Psikiyatri Hemşirelerinin Rolü

Uluslararası Psikiyatri-Ruh Sağlığı Hemşireleri Derneği (ISPN) (2007), yükselme durumlarında da çatışma çözümlemesi, sorun çözme ve sakinleştirmenin müdahale araçları olduğunu ve ayrıca tespit ve izolasyonun son çare olarak kullanılmasını önermektedir.

Amerikan Psikiyatri Hemşireleri Derneği (APNA) (2016) psikiyatri ve ruh sağlığı hemşirelerinin aktif dinleme, saygı gösterme, terapötik etkileşimler yoluyla bakım ve savunuculuk gösterebileceğini ve tüm toplum ortamlarında şiddeti önlemek için danışmanlık ve eğitim sağlayabileceğini belirtmektedir. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin saldırganlığın önlenmesi ve yönetilmesi hususundaki görev ve sorumlulukları 8 Mart 2010 tarihli Resmi Gazetede yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde, 19 Nisan 2011 tarihinde yapılan düzenleme doğrultusunda;

- “Riskli davranışlara (eliğinde, 19 Nisan 2011 tarihinde yapılan düzenleme doğrultusunda da;
- “Riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alma, risk düzeyini değerlendirme”
- “Düzenli olarak üst araması yapılarak yanıcı, yakıcı, kesici aletlerin ve madde girişinin engellenmesini sağlanması, güvenlik önlemlerinin kontrollerini yapılması (kamera takibi, dolapların kilit kontrolü vb.)”
- “Hastaların en az kısıtlayıcı olan çevrede güvenli tedavi ve hizmet almalarının sağlanması.”
- “Tecrit ya da tespit gereken durumlarda, bu işlemlerle ilgili hastaya açıklama yapılması, güven ilişkisi kurulması, sık aralarla gözlem yapılması ve gözlemlerin kaydedilmesi, olası riskler için tedbir alınması.”
- “Hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtilerinin takip edilmesi, kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımların uygulanması.”
- “Hastayı ve aileyi desteklemede stresle baş etme, stigmatizasyon, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psiko-eğitim programlarının planlanması ve uygulanması.”
- “Klinikte çalışan destek hizmet personeline hasta ve yakınlarıyla iletişim ve yaklaşımlar konusunda eğitim ve danışmanlık sağlanması.”

Maddeleri ile açıklanmaktadır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Hemşirelik yönetmeliğinde de görüldüğü gibi psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin riskleri belirleme, önlem alma, güven ilişkisi kurma gibi uygulamalarla birlikte etkili iletişim, stresle baş etme, problem çözme gibi çok önemli konularda eğitim düzenleme, uygulama ve danışmanlık sağlama gibi çok yönlü görev ve sorumlulukları bulunmaktadır. Sonuç olarak saldırgan davranışın önlenmesi, yönetilmesi ve dolayısıyla kısıtlayıcı yöntemlerin kullanılmasının azaltılması için önleyici alternatif yaklaşımların benimsenmesi ve bu

yaklaşımın başında gelen sakinleştirme yöntemlerinin kullanılması, bu konuda sağlık çalışanlarının eğitimlerle desteklenmesi büyük önem taşımaktadır.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı kalitatif yöntemde yapılmıştır. Bu yöntemde bir olay, olgu veya deneyim kişilerin kendi bakış açısıyla ve direkt olarak tanımlanmaktadır (Sandelowski, 2000).

3.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma literatür taraması ile Haziran 2018’de başlamış Temmuz 2020’de tez savunmasıyla sona ermiştir. Araştırmanın veri toplama kısmı Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi (DEU) Erişkin Psikiyatri Kliniğinde, Ege Üniversitesi Erişkin Psikiyatri Kliniğinde Haziran 2019-Aralık 2019 tarihlerinde yapılmıştır.

DEU Erişkin Psikiyatri Kliniği hastanenin zemin katında bulunmaktadır. Klinikte 11 hasta odası ve bir izole oda bulunmaktadır. Birbiri ile bağlantılı iki koridoru vardır. Klinikte hemşire, doktor ve personele ait odalar, görüşme odaları, Elektrokonvülsif tedavi (EKT) odası ve uğraşı odası da bulunmaktadır. Klinikte çalışan sağlık ekibinde altı hemşire bulunmaktadır. Psikiyatri kliniğinde hemşireler 08-16 gündüz ve 16-08 gece çalışması olacak şekilde iki shift halinde çalışmaktadırlar. Gündüz shiftinde biri klinik sorumlu hemşiresi olmak üzere iki hemşire, gece shiftinde bir hemşire çalışmaktadır. Klinikte yatan ortalama hasta sayısı 27’dir. DEU Hastanesi Erişkin Psikiyatri Kliniğinde saldırganlığın yönetilmesi hususunda standartlaşmış bir uygulama bulunmamakla birlikte bağırma, çılgık atma, hakaret etme gibi sözel şiddet davranışları fark edildiğinde kimyasal tespit uygulanması, fiziksel şiddet davranışları görüldüğünde ise fiziksel ve kimyasal tespit yöntemlerinin uygulanmaktadır. Hasta odasında izolasyon, izole odada izolasyon, fiziksel, kimyasal ve mekanik tespit gibi yöntemlerin uygulanmasının yanısıra, yakın gözlem amaçlı kameralarla sürekli izlem yapılmaktadır. Tecrit ya da tespit uygulamak amaçlı düzenlenmiş ayrı bir izole oda bulunmaktadır. Burada çalışan hemşireler saldırganlığın yönetiminin her aşamasında; öncesi gözlem, kısıtlayıcı yöntemlerin uygulanması sırasında ve sonrasında hastaların takibi konusundan aktif rol almaktadır. Ege Üniversitesi Psikiyatri Kliniği’nde 2 Kapalı, 1 Karma, 1 Alkol Madde Bağımlılığı, 1 Affektif Hastalıklar Birimi olmak üzere 5 klinikte toplam 72 yatak bulunmaktadır. Klinikte çalışan sağlık ekibinde biri başhemşire olmak üzere 21 hemşire bulunmaktadır. Ege Üniversitesi Psikiyatri kliniğinde hemşireler 08-16 gündüz ve 16-08 gece çalışması olacak şekilde iki shift halinde çalışmaktadırlar. Gündüz shiftinde bir veya iki hemşire, gece shiftinde bir hemşire çalışmaktadır. Ege

Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde de saldırganlığın yönetiminde benzer olarak tecrit, kimyasal, mekanik ve fiziksel tespit yöntemleri uygulanmaktadır. DEU Hastanesi Erişkin Psikiyatri Kliniğinden benzer yaklaşımlar benimsense de farklı olarak burada izole odası olmadığı için hastalar kendi hasta odalarında tecrit edilmektedir. Hemşireler saldırganlığın öncesi gözlem ve takip, kısıtlayıcı yöntemlerin uygulanması sırasında ve sonrasında hasta takibinde aktif rol almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Deneyimlerde zenginlik sağlamak için ise örneklem belirlenirken çeşitlilik sağlanmıştır. Örneklem psikiyatri kliniklerinde en az 2 yıldır çalışan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan hemşireler dahil edilmiştir.

Örneklem büyüklüğü: Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğünü belirlerken, araştırma sorunun yanıtı olabilecek kavramların ve süreçlerin tekrarlamaya başlamasına (doyum noktası) kadar devam edilmesi gereken bir örnekleme yöntemi kullanılmaktadır. Elde edilen kavramlar ve süreçler birbirini tekrar etmeye başladığı zaman yeterli veri kaynağına ulaşıldığı anlaşılmaktadır (Yıldırım ve Şimşek 2011). Bu araştırmada da yapılan görüşmelerde gelen bilgiler tekrarlanıp yeni bilgiler ortaya çıkmayınca kadar görüşmeler devam etmiş ve doyum noktasına ulaşıldığı düşünüldüğünde, örnekleme hemşire alımına son verilmiştir. Bu doğrultuda psikiyatri kliniğinde çalışan 12 hemşire ile görüşme yapılmıştır. Aynı bireylerle tekrarlı görüşme yapılmamıştır.

3.4. Çalışma Materyali

Planlanan bu araştırmada herhangi bir çalışma materyali bulunmamaktadır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Kalitatif çalışmalarda değişken kavramı söz konusu olmamakla birlikte bu çalışmada deneyimler esas alınmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerinin toplanmasında literatürden yararlanılarak oluşturulan olan “Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu” (Ek 1), “Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu” (Ek 2) ve “Ses kayıt cihazı” kullanılmıştır.

3.6.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak araştırmanın amacına uygun olarak hazırlanan yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu gibi demografik bilgilere ek olarak çalışma özelliklerini de içeren sorulardan oluşmaktadır (Ek 1).

3.6.2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerle yapılan görüşmelerde kullanılan görüşme formları hemşirelerin saldırgan hastanın yatıştırılmasında sakinleştirme yöntemlerini kullanma deneyimlerini keşfetmek amacıyla oluşturulmuştur. Görüşmede yarı yapılandırılmış görüşme yöntemi kullanılmıştır. Görüşme soruları hazırlanırken kalitatif araştırma konusunda deneyimli iki uzmandan görüş alınmıştır. Aynı zamanda görüşmenin akışına bağlı olarak alt sorular da sorulmuştur.

Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Görüşme soruları

- Klinikte ortaya çıkan saldırganlık durumlarını yönetmeye ilişkin deneyimlerinizden bahseder misiniz?
- Saldırgan hastayı sakinleştirmede kullanacağınız yöntemlere nasıl karar veriyorsunuz?
- Kullandığınız yöntemlerin sonuçlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?

3.6.3. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın yapılması için gerekli etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra psikiyatri kliniklerinde çalışan ve örneklem ölçütlerine uyan hemşireler belirlenmiştir. Araştırmacı belirlenen hemşirelere kendisini tanıtip, araştırmanın amacını ve nasıl yapılacağını açıklayarak yazılı ve sözlü onamını almıştır (Ek 3). Veriler onam alınan hemşirelerden yarı yapılandırılmış sorular ve “görüşme yöntemi” kullanılarak toplanmıştır. Görüşme yöntemi, önceden belirlenmiş ve bir amaç için yapılan, soru sorma ve yanıtlama tarzına dayalı karşılıklı ve etkileşimli bir iletişim sürecidir (Yıldırım ve Şimşek 2011). Görüşmeler ses kayıt cihazına kaydedilmiştir. Araştırma ön uygulaması olarak örneklem kriterlerine uyan iki hemşire ile görüşme yapılmış, nitelik ve nicelik açısından bir uzman tarafından değerlendirilmiş ve geri bildirimler sonrasında örnekleme oluşturan hemşirelerle görüşmeler yapılmaya başlanmıştır. Yapılan görüşmelerde gelen veriler tekrarlanıncaya ve yeni bilgiler gelmeyinceye kadar devam edilmiş, veriler doygunluğa ulaştığında veri toplama sonlandırılmıştır. Hemşirelerden görüşme amacına uygun ve yeterli derinlikte veri geldiği için tekrarlı görüşmelere ihtiyaç duyulmamıştır. Veri toplama sürecinde çalışmaya katılmayı reddeden bir hemşire olmuştur. Görüşmeler 12-31

dakika arasında değişiklik göstermiş olup ortalama 19,7 dakikadır. Görüşmeler servisin uygunluk durumuna göre hemşire odasında ya da görüşme odasında yapılmıştır. Bu odalar görüşmenin rahatlıkla yapılabilceği, hemşirelerin kendilerini rahat hissedecekleri, masa ve sandalyenin bulunduğu, iyi aydınlatılmış ve havalandırılmış odalardır.

3.6.4. Araştırmanın Geçerliği ve Güvenilirliği

Bu çalışmanın görüşmeleri tutarlılık için aynı araştırmacı tarafından yapılmıştır. Araştırmacı kalitatif araştırma ile ilgili eğitim almış, ayrıca bir başka kalitatif araştırmada görev almıştır. Araştırmanın geçerliği ve güvenilirliğini sağlamak amacıyla kalitatif araştırmalarda yer alan inandırıcılık, aktarılabilirlik, tutarlık ve teyit edilebilirlik ilkelerinden yararlanılmıştır (Pandey & Patnaik, 2014). Araştırmada ifadelerin temaları karşılama durumlarını analiz etmek için kappa analizi kullanılmıştır. Kappa analizinde temaların altında yer alan ifadelerden birkaç rastgele seçildikten sonra rastgele kişilere gönderilerek temalarla alıntılar eşleştirmesi istenir. Daha sonra bu eşleştirmeye ilişkin veriler SPSS programına girilerek kappa analizi yapılır (Burla ve ark., 2008). Kappa analizi sonucunda mükemmel düzeyde uyum olduğu saptanmıştır ($k=1$, $p<0.001$).

İç geçerliliği (inandırıcılık): Araştırmanın bilimsel olduğunun kabul edilebilmesi için araştırma sürecinin ve sonuçlarının açık, tutarlı ve başka araştırmacılar tarafından teyit edilebilir olması gerekmektedir. Araştırmacının elde ettiği bulguların gerçeğliğine, süreçlerin birbiri ile tutarlı olmasına, benzer ortamlarda sonuçların geçerliğine, verilerin nesnel yaklaşımla toplandığına ve sonuçların da nesnel olarak ortaya konulduğuna ilişkin kanıtlar sunması amacıyla uzun süreli etkileşim (prolonged involvement), derin odaklı görüşme, katılımcı teyidi (member checking) ve uzman incelemesi (peer debriefing), çeşitileme (triangulation) şeklinde beş yöntem kullanılmıştır (Pandey & Patnaik, 2014). Araştırmada katılımcılar ile uzun süreli bir etkileşim içinde olunmalıdır. Görüşmenin süresi uzadıkça güven ortamı oluşmakta ve katılımcılar daha samimi yanıtlar vermektedir (Yıldırım & şimşek, 2016). Bu nedenle katılımcılarla yapılan görüşmelerin uzun sürmesi planlanmıştır. Araştırmada katılımcılar ile görüşmeler ortalama 19 dakika sürmüştür (uzun süreli etkileşim). Bu çalışmada araştırmacı araştırma soruları kapsamında elde ettiği verileri bulgular kısmında ayrıntılı şekilde okuyucuya sunmuştur. Görüşmeler araştırma amacına uygun olarak doyum noktasına ulaştığı noktada sonlandırılmıştır (derinlik odaklı görüşme). Araştırmacı topladığı verilere eleştirel bir gözle bakmalı, araştırma sorularına uygun yanıtlar olup olmadığını değerlendirmeli ve elde edilen sonuçların gerçeğe uygunluğunu sorgulamalıdır (Yıldırım & şimşek, 2016). Araştırmacı

görüşmeler süresince katılımcıya önemli bulduğu ifadelerini doğrulamak amaçlı sorular sormuş ve katılımcıların görüşü alınmıştır (katılımcı teyidi). Araştırma konusu hakkında uzmanlaşmış kişilerden, yapılan araştırmayı çeşitli boyutlarıyla incelenmesinin istenmesi inandırıcılık konusunda alınabilecek önlemlerden bir diğeridir (Yıldırım & Şimşek, 2016). Araştırma planlanırken kalitatif çalışma yöntemi konusunda uzman iki kişiden görüşme soruları ile ilgili öneriler alınmış ve ona göre görüşme soruları yeniden yapılandırılmıştır. Araştırmacıya her konuda destek olan uzman, her bir görüşmenin ses kayıtlarını dinleyerek görüşme süreci ve içeriği ile ilgili araştırmacıya geri bildirim vermiş, araştırma deseninden, toplanan verilere, analiz ve sonuçların yazımına kadar olan tüm süreçlere eleştirel gözle bakmış ve araştırmacıya geri bildirimde bulunmuştur. Analiz aşamasında ise kodlama, kategori oluşturma ve temaların oluşturulması aşamalarının her birinde araştırmacı ile uzman ayrı ayrı çalışmış daha sonra bir araya gelerek temaların ve kategorilerin son şekline karar verilmiştir. Araştırma bulguları sonrasında kalitatif araştırma konusunda uzman olan bir kişiye gönderilmiş, kodlar, kategoriler ve temaların uyumu ve araştırma amacına uygunluğu ile ilgili geri bildirim alınmıştır (uzman incelemesi). Çeşitleme veri kaynakları, yöntem ve araştırmacı çeşitlemesi olarak farklı şekillerde sağlanabilir. Araştırmacı odaklandığı ortamdaki farklılıkları törpülemek yerine bu farklılıkları olabildiğince bütün zenginliği ile sergilemelidir (Yıldırım & Şimşek, 2016). Bu nedenle araştırmacı deneyim, yaş, çalışılan kurum gibi farklı özelliklere sahip katılımcıları araştırmaya dahil etmiştir.

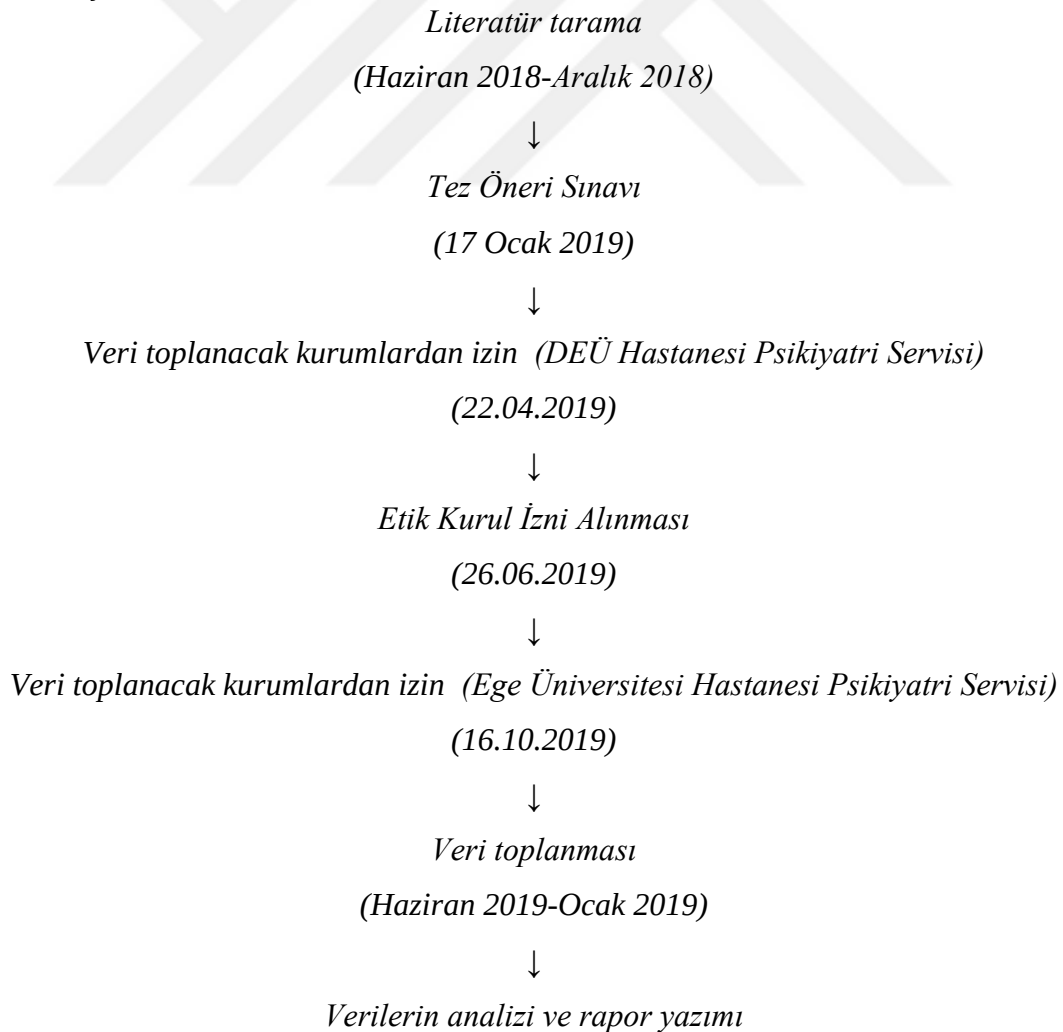
Dış geçerliliği (aktarılabirlik): Araştırma sonuçları benzer ortamlara doğrudan genellenemez fakat bu tür ortamlarda sonuçların uygulanabilirliğine ilişkin geçici yargılar elde edilebilir. Böylece benzer süreç ve ortamlara ilişkin bir anlayış oluşturulabilir (Yıldırım & Şimşek, 2016). Bu amaçla ayrıntılı betimleme ve amaçlı örnekleme yöntemleri kullanılmıştır. Ayrıntılı betimlemeyi sağlamak için ham verinin temalara uygun olarak, herhangi bir yorum yapılmadan, verinin özgünlüğü korunarak aktarılmıştır. Bununla birlikte çalışmanın amacına uygun olarak psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler amaçlı örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir. Ayrıca araştırmaya ilişkin tüm süreçler şeffaf ve açık olarak yazılmıştır.

İç güvenilirlik (tutarlık): Kalitatif araştırmalarda tutarlılık veri toplama araçlarının oluşturulması, verilerin toplanması ve analiz aşamasında kendisini göstermektedir (Yıldırım & Şimşek, 2016). Araştırmacı araştırmanın her aşamasında görüşmecilere tutarlı davranmıştır. Araştırmacı tüm görüşmelerinde aynı görüşme formunu ve ses kayıt cihazını kullanmıştır.

Verilerin kodlanması sürecinde kavramsallaştırma yaklaşımdaki tutarlılığa ve verilerin sonuçlarla ilişkilerinin kurulmasına dikkat edilmiştir.

Dış güvenilirlik (teyit edilebilirlik): Araştırmada dış güvenilirliği sağlamak amacıyla araştırmacı, elde ettiği sonuçları, var olan veriler ile sürekli olarak teyit etmeli ve bu doğrultuda sunması gerekmektedir (Yıldırım & Şimşek, 2011). Bu nedenle görüşmenin veri toplama araçları araştırma planlanma aşamasında iki uzmanın geri bildirim ve önerileriyle şekillendirilmiş, ham veriler, ses kayıtları uzman tarafından incelenerek geri bildirim alınmış, analiz aşamasında ise kodlama, kategori oluşturma ve temaların oluşturulması aşamalarının her birinde araştırmacı ile uzman ayrı ayrı çalışmış daha sonra bir araya gelerek temaların ve kategorilerin son şekline karar verilmiştir. Sonrasında ise başka bir uzmana gönderilerek kategori ve temaların uyumunu değerlendirmesi istenerek önerileri alınmıştır. Ayrıca tüm veri toplama araçları, ham verileri, ses kayıtları, analiz aşamasında ortaya çıkan kodlar ve temalar gerekli olduğunda incelenebilmesi için saklanmaktadır.

3.7. Araştırma Planı



(Ocak 2019-Haziran 2020)

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

3.8.1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formlarının Değerlendirilmesi

Örnekleme alınan hemşirelerle ilgili sosyodemografik veriler sayı ve yüzde kullanılarak incelenmiştir.

3.8.2. Görüşme Formu ile Yapılan Görüşmelerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler nitel veri analiz yöntemlerinden içerik analizi yöntemi kullanılarak yapılmıştır. İçerik analizinde amaç, toplanan verileri açıklayabilecek kavramlara ve ilişkilere ulaşmaktır. İçerik analizinde temelde yapılan işlem birbirine benzeyen verileri belirli kavramlar ve temalar çerçevesinde bir araya getirmek ve bunları okuyucunun anlayabileceği bir biçimde düzenleyerek yorumlamaktır (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Değerlendirmede aşağıdaki içerik analizi aşamaları izlenmiştir.

İçerik Analizi Aşamaları:

1. *Aşama (Görüşme verisinin yazıya geçirilmesi):* Görüşmenin tamamının ham dökümleri araştırmacı tarafından yapılmıştır. Bu aşamada görüşme süresince tutulan ses kayıtları dinlenerek, hiçbir değişiklik yapılmadan ham dökümleri bilgisayar ortamında yazıya geçirilmiştir.
2. *Aşama (Görüşme verilerinin düzenlenmesi):* Ham dökümleri yapılan veriler düzenlenerek 'İşlenmiş metin' haline getirilmiştir. İşlenmiş metin, ham metne göre araştırma sorusuna uygun yanıtları içeren, düzenlenen daha üst bir metindir.
3. *Aşama:* İşlenmiş metne, görüşme süresince araştırmacının aldığı notlar, görüşülen kişinin ses tonu, mimikleri, hal ve hareketleri de eklenmiş ve son hali verilmiştir.
4. *Aşama:* Her bir görüşme metni iyice anlaşılncaya kadar okunacak, okurken araştırma sorularına göre önemli olan bölümlerin kenarlarına notlar alınmıştır.
5. *Aşama (Verilerin Kodlanması):* Kendi içinde anlamlı bir bütün oluşturan birimlere, o birimi en iyi ifade eden bir etiket (bir isim, bir kod) verilmiştir. Aynı birimlerle tekrar karşılaşıncaya aynı kod yanına yazılmıştır.
6. *Aşama:* Her görüşülen kişi için ayrı ayrı bir kod listesi oluşturulmuş ve tüm görüşmelerden elde edilen kodlar bir araya getirilmiştir.
7. *Aşama:* Bir araya getirilen kodlar arasında benzerlikler ve farklılıklar araştırılarak ve ilişkili kodlar bir araya getirilerek temalar oluşturulmuştur.

8. *Aşama:* Veriler temalara göre özetlenip yorumlanarak ve temalar ilişkilendirilmiştir.
9. *Aşama:* Oluşturulan temalardan bir üst anlam ifade eden temalara (ana temalara) ulaşılmıştır.
10. *Aşama:* Ana temalar belirlendikten sonra veriler raporlanmıştır.
11. *Aşama:* Verilerin raporlanmasında; akla yatkınlık, deneyimlere uygunluk, inandırıcılık, önem ve okunurluk özellikleri sağlanmıştır (Eisikovits & Koren, 2010; Yıldırım & Şimşek, 2016).

Araştırma süreci: Araştırmacı ve uzman kişi tüm bu içerik analizi aşamalarını birbirinden bağımsız olarak yapmıştır. Sonrasında araştırmacı ile uzman kişi bir araya gelerek araştırma amacı doğrultusunda veriler eleştirel olarak değerlendirilerek temalar ve alt temaları tartışmıştır. Bulguları en iyi tamamlayan temalar hakkında fikir birliğine varılmıştır. Sonrasında veriler araştırmacı tarafından düzenlenmiş ve raporlandırılmıştır.

3.9. Araştırmanın sınırlılıkları

Bu çalışma değerlendirilirken araştırmanın örnekleminde yalnızca bir erkek hemşirenin olması göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca görüşme yapılan hemşirelerin sakinleştirme kavramına aşina olmaması görüşme sürecinde araştırmacıya güçlük oluşturmuştur.

3.10. Etik Kurul Onayı

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel (İnvaziv) Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (26.06.2019 tarihinde 2019/16-24 karar numarası) etik kurul izin belgesi ve araştırmanın yürütüleceği Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nden (20.04.2015 tarih, 59537164-00.99-29275 sayı) (Ek 5), Ege Üniversitesi Hastanesi Başhekimliğinden (16.10.2019 tarih, 321892 sayı) yazılı izin belgesi alınmıştır (Ek 6). Araştırmaya katılan bireylere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, görüşmenin nasıl gerçekleştirileceği, sesli kayıt alınacağı, bu kayıtların hangi amaçla kullanılacağı ve nasıl saklanacağı hakkında da bilgi verilmiş ve soruları varsa cevaplanmış, sözlü ve yazılı izin alınmıştır. Çalışma boyunca katılımcıların gizliliğine ve gönüllülüklerine dikkat edilmiştir. Katılımcıların mahremiyetini sağlamak amacıyla katılımcılara numara verilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya psikiyatri kliniğinde çalışan 12 hemşire katılmıştır. Araştırmaya katılan hemşirelerin yaş ortalaması $37,83 \pm 6,422$ (min: 29, max: 50)'dir. Hemşirelerin 11'i kadın 1'i erkektir. Çalışmaya katılan hemşirelerin 10'u evli, 9'u çocuk sahibidir. Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim durumu 6'sı lisans, 5'i yüksek lisans ve 1'i doktora mezunudur. Katılımcıların 11'i on yıldan fazla hemşirelik yaparken, psikiyatri servisinde on yıldan fazla çalışan katılımcıların sayısı 7'dir. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin 9'u hem gündüz hem nöbet şeklinde çalışırken, 10'u servis hemşiresi olarak görev yapmaktadır. Ayrıca görüşme yapılan 9 hemşire kapalı psikiyatri servisinde çalışmaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 3'te yer almaktadır.



Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcı no	Yaş	Cinsiyet	Medeni durum	Çocuk sahibi olma	Öğrenim durumu	Meslekteki çalışma yılı	Psikiyatri kliniğinde çalışma yılı	Çalışma şekli	Çalıştığı pozisyon	Çalıştığı klinik özelliği
1	42	Kadın	Evli	Hayır	Lisans	≥ 10 yıl	2-4 yıl	Gündüz ve nöbet	Servis hemşiresi	Yarı kapalı servis
2	39	Kadın	Evli	Evet	Lisans	≥ 10 yıl	2-4 yıl	Gündüz ve nöbet	Servis hemşiresi	Yarı kapalı servis
3	50	Kadın	Bekar	Evet	Lisans	≥ 10 yıl	≥ 10 yıl	Gündüz	Sorumlu hemşire	Yarı kapalı servis
4	48	Kadın	Evli	Evet	Lisans	≥ 10 yıl	≥ 10 yıl	Gündüz ve nöbet	Servis hemşiresi	Kapalı servis
5	35	Kadın	Evli	Evet	Lisans	≥ 10 yıl	≥ 10 yıl	Gündüz ve nöbet	Servis hemşiresi	Kapalı servis
6	39	Kadın	Evli	Evet	Yüksek lisans	≥ 10 yıl	≥ 10 yıl	Gündüz	Sorumlu hemşire	Kapalı servis
7	33	Kadın	Evli	Evet	Yüksek lisans	≥ 10 yıl	2-4 yıl	Gündüz ve nöbet	Servis hemşiresi	Kapalı servis
8	30	Erkek	Evli	Evet	Lisans	5-10 yıl	5-10 yıl	Gündüz ve nöbet	Servis hemşiresi	Kapalı servis
9	29	Kadın	Evli	Hayır	Doktora	≥ 10 yıl	5-10 yıl	Nöbet	Servis hemşiresi	Kapalı servis
10	35	Kadın	Evli	Evet	Yüksek lisans	≥ 10 yıl	5-10 yıl	Gündüz ve nöbet	Servis hemşiresi	Kapalı servis
11	38	Kadın	Evli	Evet	Yüksek lisans	≥ 10 yıl	≥ 10 yıl	Gündüz ve nöbet	Servis hemşiresi	Kapalı servis
12	36	Kadın	Bekar	Hayır	Yüksek lisans	≥ 10 yıl	≥ 10 yıl	Gündüz ve nöbet	Servis hemşiresi	Kapalı servis

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin saldırgan hastanın yatırılmasında sakinleştirme yöntemlerinin kullanma deneyimlerini açıklığa kavuşturmak amaçlı yapılan görüşmelerden elde edilen verilerin analizi sonucu üç ana tema ortaya çıkmıştır. İlk tema sakinleştirme süreci ile ilgilidir. Bu temanın alt temaları gereklilikler ve müdahalelerden oluşmaktadır. İkinci tema sakinleştirmeyi kolaylaştırıcılar, üçüncü tema ise sakinleştirmeyi zorlaştırıcılarıdır (Tablo 4).

Tablo 4. Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Saldırgan Hastanın Yatırılmasında Sakinleştirme Yöntemlerini Kullanma Deneyimlerinden Elde Edilen Temalar

Tema	Alt Tema	Kategoriler
Sakinleştirme süreci	Gereklilikler	• Kişisel iletişim farkındalığı ve tepki düzenleme • Sıcak ve samimi bir iletişim • Değerli ve önemli olduğunu yansıtmaya
	Müdahaleler	• Risk değerlendirme ve önlemler • Fark ettirme ve eyleme yöneltme • Zaman kazanmaya çalışma • İlaça yönelik müdahaleler • Tehdit etmek
Sakinleştirmeyi kolaylaştırıcılar		• Hemşirenin deneyimi ve sezgisi
Sakinleştirmeyi zorlaştırıcılar		• Kısıtlayıcı yöntemlere yönelik inançlar • Servisten köken alan faktörler • Hasta kaynaklı engeller

TEMA 1: SAKİNLEŞTİRME SÜRECİ

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler sakinleştirme süreci kapsamında gereklilikler ve müdahalelerden bahsetmişlerdir.

Hemşireler sakinleştirme sürecinin; kişisel iletişim farkındalığı ve tepki düzenleme, sıcak ve samimi bir iletişim, değerli ve önemli olduğunu yansıtmaya gibi gereklilikleri olduğunu belirtmişlerdir. Kişisel iletişim farkındalığı ve tepki düzenlemeye yönelik bir hemşirenin ifadesi şöyledir:

“Şimdi şöyle tabii ki bu çok genel geçer bir şey hani daha sakin ve ses tonuyla ses tonumu çok aşağıda tutuyorum ben hani. Çünkü ben ses tonumu aşağıya çektikçe hastanın da aşağıya

çektğini mesela ben çok şahit oldum. Hani çok affect vermemeye çalışmak lazım. Hani sen anksiyeteni yansıtırsan onun da sana anksiyetesi yansır, endişelenirsen öfkelenirsen. Çünkü daha çok hasta bunu alıyor sana yansıtıyor geri. Daha nötr olmaya çalışmak lazım ki o çok zor oluyor gerçekten. Çünkü hasta küfür de edebiliyor orada yani. Nötr kalmak biraz daha duygunu daha az yansıtmak çünkü profesyonelsin sen ve hani orada onun yararına çalışıyorsun. Mesela çok fazla böyle hani jest aslında kullanmamak gibi.” (Katılımcı 5).

“Genel anlamda önce hastaya sakin davranmak gerekiyor. Tabi ki biz de insanız. Anksiyetemiz artabilir, korkabiliriz ama bu hastaya yansıdığı zaman hasta daha çok irritabl olur, ajite olur ve saldırganlığı daha çok artar. Elimizden geldiğince anksiyetemizi yönetmek gerekiyor. Korktuğumuzu hastaya belirtmememiz gerekiyor ve kaçmamamız gerekiyor, hasta saldırgan bir tavır sergilediğinde. He kendimizi korumamız gerekiyor evet ama kaçtığımızda hasta daha büyük bir saldırganlıkla, daha zarar verici bir şekilde bize yansıtabilir bu hani irritabl halini. O yüzden elimizden geldiğince anksiyetemizi yönetip sakin davranmamız gerekiyor.” (Katılımcı 12).

Sakinleştirme sürecinin gerekliliği olarak sıcak ve samimi bir iletişim olmasına yönelik bir hemşirenin ifadesi:

“Ama benim denediğim çok hani belki olmayabilir ama bazı hastalara gerçekten bir anne gibi abla gibi kardeşi gibi yakını gibi o ses tonuyla biraz daha duygusal kelimelerle yaklaşırsak eğer ben daha yararlı olduğunu gördüm ve deneyimledim.” (Katılımcı 4).

“İşte bunlar hani beyefendi, hanımefendi kavramları bana daha soğuk kavramlar olarak geliyor. Hani belki burada doğru bir strateji yapmayabilirim ama ben genelde kendi üslubumla şey yapıyorum, iletişim kurmaya çalışıyorum.” (Katılımcı 8).

Hemşireler sakinleştirme sürecinde hastalara değerli ve önemli olduğunu yansıtmak gerektiğinden bahsetmişlerdir. Hemşirelerin bu konudaki ifadeleri şöyledir:

“Hocaların ve servis ekibinin önünde diğer öğrencilerinden önümde hocanın sakinleştiremediği, polisin sakinleştirmeyip kelepçe ile getirdiği hastayı biraz değer vererek onu önemseyerek önemli olduğunu ona hissettirerek odasına götürüp gerekli bütün tedaviyi yaptım.” (Katılımcı 4).

“Ya sadece konuşmanın bile tek başına işe yaradığını düşünüyorum açıkçası. Zaman ayırıp gidip onu hakikaten anlamaya çalıştığınızda onun sana geri dönüşü oluyor olumlu anlamda. Hastanın da kendini değerli hissediyor olması da orada önemli. Onun iyiliğine bir şey yapıldığını fark ediyor olması önemli. (Katılımcı 7).”

“Bizim burada asıl önemli olan güven. O teröpatik ortamı sağlamak. Güven sağlayabilmek. Yani biz burada sağlık ekibiyiz. Tamamen senin iyiliğini düşünüyoruz. Tamamen sen odaklıyız. Hastalık değil hasta odaklıyız. Sana göre bir tedavi uygulamaya çalışıyoruz.” (Katılımcı 12).

Hemşireler sakinleştirme sürecinde uyguladıkları birtakım müdahalelerden bahsetmişlerdir; risk değerlendirme ve önlemler, fark ettirme ve eyleme yöneltme, zaman kazanmaya çalışma, ilaca yönelik müdahaleler, tehdit etmek. Risk değerlendirme ve önlemlere yönelik hemşire ifadeleri aşağıda verilmiştir.

“Yani genel anlamda gözlem çok önemli, hastaları tanımak çok önemli, hangi hastanın hangi tepki vereceğini bilmek, tanısını bilmek, daha önceki ajitasyon durumları varsa tekrarlayan yatışlar yani biliyorsak buna göre yaklaşmak çok önemli. O yüzden iyi bir gözlemci olmak lazım. Öncü belirtiler var hani anksiyete, huzursuzluk, hafif ajitasyon halinde hastanın hemen yanına gitmek lazım. Hani o patlamayı yaşamadan, ekstansiyon çıkmadan durdurmak gerekiyor.” (Katılımcı 6).

“Özellikle yanında yakınında başka hastalar ya da refakatçiler, insanlar varsa önce onları uzaklaştırıyorum ben. Kendisine veya onlara zarar vermesin diye. Personelle birlikte tek başıma değil de personelle gitmeye çalışıyorum yanına. Öncelikle eğer çok öfkeliyse. Çünkü bazen hasta şiddet uygulayabiliyor. O eğilimde olabiliyor. Biraz böyle mesafeli durmaya çalışıyorum. Kendimi korumak amacıyla.” (Katılımcı 1).

Hemşireler sakinleştirme sürecinde fark ettirme ve eyleme yöneltme müdahalesinden sıklıkla bahsetmişlerdir. Buna yönelik hemşire ifadeleri şöyledir:

“Mesela ya işte şu çiçekler biraz kurumuş, bir su döker misin gibi ya da balıklara yem verdiniz mi bugün, hani bunu sen yapsan iyi olur ya da toplantı olacaksa hadi sen seslen hadi herkesi topla gibi. Böyle dikkati başka yöne çekme, erteleme, ortam değiştirme nefes egzersizleri. Bazen yapabiliyorsa hastalar nefes egzersizlerini kullanıyoruz, terapötik dokunma.” (Katılımcı 6).

“Eğer gözlemlediğim hasta yükselmeye başlayacaksa hali hazırda böyle bir fiziksel beden dilinde böyle bir ibare varsa ilk önce çağırıp ne olduğunu sorarım. Şu an ne oluyor? Seni tedirgin eden ney? Ne yaşıyorsun? Niçin dünden ya da birkaç saat önceden daha fazla kaygılı gördüm seni ya da beden dilin rahat değil. Onun görünüşünü ve davranışını ona aynalayarak belki o da bunun bazen farkında olmayabiliyor. Bu kaygının bu saldırgan yani yükselebileceğinin farkında olmayabiliyor hasta bazen. Dışarıdan birinin ona bunu aynalama ayna tutmaya ihtiyacı olabiliyor hastanın.” (Katılımcı 9).

Hemşireler bu süreçte sıklıkla zaman kazanmaya çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Buna yönelik hemşire ifadeleri şu şekildedir:

“Hani istediği şeyleri genelde işte birazcık daha ertelemek, işte nasıl desem mesela hasta genel çıkma isteğiyle exite olur. Mesela ben hasta değilim ben burada yatmak istemiyorum çıkacağım eğer hani şöyle tamam çıkacaksın biraz bekleyelim doktorunu bekleyeceğiz. Hani bu çok sık kullandığımız, benim de dahil diğer arkadaşlarımın da çok sık kullandığı, hayır çıkamazsın demek yerine hani biraz daha ötelemek biraz daha sakinleşmesini beklemek.” (Katılımcı 5).

“Eğer işte taburculuksa yani sorun, kalmak istemiyorsa, çıkış isteğiye genellikle burada topu doktora atıyoruz veya orada bulunmayan birine atıyoruz. Tedaviyi yöneten kişiye atıyoruz hemşire olarak. Çünkü o biraz daha beklemesini ve sakinleşmesini sağlıyor.” (Katılımcı 10).

Hemşireler ilaca yönelik müdahalelerde bulunarak hastaları sakinleştirmeye çalıştıklarını da ifade etmişlerdir:

“Çünkü çok alevlenmeden küçük dozlarla ya da sakin bir şekilde o ilaç dozları yetersiz geliyorsa hekimle iletişime geçip dozların hafif artması da hastamızın tedavisinin düzenlenmesi bunların önüne geçmiş oluyor.” (Katılımcı 11).

“İlk önce tabi atıyorum yani psikiyatrik ilaç tedavisine başvuruyoruz. İlaçlarını alması konusunda telkinde bulunuyorum. Faydaları hakkında ona iyi gelebileceği hakkında kısa açıklamalarda bulunuyorum anlayabileceği dilde.” (Katılımcı 9).

Hemşirelerden bazıları tehdit etmeyi de sakinleştirme sürecinde uyguladıklarını belirtmiştir:

“Mesela seninle konuşurken öfkeliyken birden benim yanımda 5 tane erkek personeli görünce hastalar da geri adım atabiliyor. Bazısı. Bazısı atmıyor ama o caydırıcı olmayabiliyor. Yani caydırıcı yöntemleri de kullanıyoruz. Ona söylüyoruz bize yardımcı olursan bunlara gerek kalmayacak şeklinde hastanın seçimine kalıyor her şey.” (Katılımcı 6).

“Ama bazı hastalarda ses tonu bak, sert yaklaşım hani şiddet farklı bir olay hani ses tonunun yükselmesi daha farklı bir olay. Daha caydırıcı, net, hani kesinlikle taviz vermeden onun o irritabilitesi ve saldırgan anlayışını desteklemeyecek şekilde keskin tavırlarla bir uyarılması taraftarıyım. Hani buna devam edersen yani daha farklı önlemler senin için daha farklı önlemler almak zorunda kalırım mantığı. (Katılımcı 8).”

TEMA 2: SAKİNLEŞTİRMİYİ KOLAYLAŞTIRICILAR

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler kendi deneyim ve sezgilerinin sakinleştirmeyi kolaylaştırdığından bahsetmiştir. Hemşireler psikiyatri kliniğinde çalışma süresi ile birlikte

deneyimleri arttıkça hastanın saldırganlık riskini daha iyi fark edebildiğini, süreci daha iyi yönetebildiğini ifade etmiş, sezgilerinin bu süreci kolaylaştırdığından bahsetmiştir. Hemşirelerin deneyim ve sezgileri ile ilgili ifadeleri şöyledir:

“İlk başlarda bu kadar hani baktığımda gerçekten öfkeli mi, yoksa neyin hareketi çözemediğim şey, yapamadığım hani bunlar bir de ilerledikçe daha çok tespit edebildiğin şeyler gözlemlemekle yani. Bir de bizim hastalar uzun süre yatınca, ben ilk gün tespit edemezsin ama birkaç gün geçince hastayı da tanıyınca daha rahat hastaların psikolojik durumlarını daha iyi tespit edebiliyorsun yani öfkelerini, kızgınlıklarını, hüznlerini filan.” (Katılımcı 2).

“Evet daha kolay oluyor. Daha yani yüzü daha farklı oluyor. Bu çok anlatabileceğim bir şey değil. Yüzü daha farklı oluyor, gözü daha farklı bakar hale geliyor. Yani o anda sizi görmüyor. Eğer özellikle psikotikse sizinle iletişim kurmuyor o anda hani. O çok zamanla görülen bir şey.” (Katılımcı 10).

TEMA 3: SAKİNLEŞTİRMİYİ ZORLAŞTIRICILAR

Hemşireler sakinleştirmeyi zorlaştıran servisten köken alan faktörler ve hasta ile ilgili bazı faktörlerden bahsetmişlerdir. Bunun yanında hemşirelerin ifadelerinden anlaşılmaktadır ki kısıtlayıcı yöntemlere yönelik inançlar hemşirelerin sakinleştirme yöntemlerini kullanmasını ve sakinleştirme sürecini engellemektedir.

Hemşireler geleneksel yaklaşımla bağlantılı olarak kısıtlayıcı yöntemlere yönelik birtakım inançlara sahiptir. Görüşmelerde bu inançların sakinleştirmeyi zorlaştırdığı fark edilmiştir. Hemşirelerin kısıtlayıcı yöntemlere yönelik inançları ile ilgili ifadeleri şu şekildedir: *“Atıyorum hiç ilaç kullanımı yoktur, hasta ajiteyse atıyorum hani benzo olabilir, velotab küçük ağızda eriyen farklı formları var. İlaç şeyi çok değişti. Onlarla da bazen hasta sakinleşiyor. Ama ilacı verdik. Bir süre beklememiz gerekiyor tabi ilaç etki edene kadar. O sırada da hastanın tespitli kalması da hasta açısından fayda var.” (Katılımcı 11).*

“Hastanın hastalığı. Ya şimdi bir bunun bir psikotik bulgusu var. Bir sürü çerçevesi içinde var. Zaten bu adamın dünyası, algısı değişik zaten. Algısı değişik. Şimdi o bir ses duyuyor veya o seslerden rahatsız olmuş. Sen şimdi hemşirelik yaparak o sesi nasıl keseceksin?” (Katılımcı 8).

Hemşirelerin çoğunluğu servisten köken alan bazı faktörlerin sakinleştirmeyi zorlaştırdığını düşünmektedir. Buna yönelik hemşirelerin ifadesi:

“Şimdi şöyle diyebiliyoruz. Burası çok yoğun bir yer. O an bizim o işi çok kısa bir zamanda halletmemiz gerekiyorsa, çok uzun uzun dil dökmeyeceğin bir durumdaysan, çünkü yoğunuz, bir sürü hasta var. Çok az kişi çalışıyor. Belki 1 saat konuşmak gerekiyor o hastayla ikna

edebilmek için. Yani istediğini yaptırabilmek için ama zamanın yok. Bu durumda kişinin isteğinden ziyade, kim, ne belirliyor bunu, durum, süreç, zaman belirliyor.” (Katılımcı 3).

“Klinik durum önemli. İşleyişi önemli. Bizim durumumuz da önemli. Yani mesela nöbet şartlarındaysak, 2-3 servis bakıyorsak hastayla çok konuşma şansımız olmayabiliyor. Hasta eksite oldu, ajite oldu, bir şey oldu yani çok vakit ayırmama şansımız... Daha hızlı nasıl davranacaksak ve servis bozulacak diye şeyimiz varsa, hekimin tavrı da tutumu da burada önemli oluyor. Hani hiberne tabi vesaire daha hızlı karar verilip uygulanabiliyor. Ama mesela atıyorum gündüzde kişiyiz, servis sakin, bir hasta bozuldu, onunla gidip yarım saat konuşabilirsin. Buradaki klinik işleyiş aslında, kliniğin durumu.” (Katılımcı 7).

Hemşireler hasta kaynaklı bazı faktörler nedeniyle de sakinleştirme sürecinde zorlanmaktadırlar. Hemşireler bu durumu şu şekilde ifade etmektedir:

“Şimdi mesela orada hani az önce sorduğun soruya ek olarak hani o dedin ya hastanın hangi yapısı dediğinde yapısı aslında o yapısının içinde ikinci eksen özellikleri olan hasta artı manikse artı madde bağımlısıysa ya da artı psikozsa tabii ki bunlar işi çok zorlaştırıyor.” (Katılımcı 5).

“Onun için hasta hali hazırda gerçeği değerlendiremeyen ve benim söylediğim telkinleri alamayacak durumdaysa konuşarak sakinleştirme yöntemi çok işe yaramayabiliyor.” (Katılımcı 9).

5. TARTIŞMA

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin saldırgan hastanın yatıştırılmasında sakinleştirme yöntemlerini kullanma deneyimlerini inceleme amaçlı bu çalışmanın sonucunda üç temaya ulaşılmıştır. Bu temalar; sakinleştirme süreci, sakinleştirmeyi kolaylaştırıcılar ve sakinleşmeyi zorlaştırıcılar şeklindedir. Araştırma sonuçları bu üç tema başlığı altında tartışılmıştır.

TEMA 1: SAKİNLEŞTİRME SÜRECİ

Bu çalışmanın sonucunda psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler sakinleştirme yöntemlerini kullanma deneyimlerini gereklilikler ve müdahaleleri içeren sakinleştirme süreci çerçevesinde belirtmişlerdir.

Hemşireler sakinleştirme sürecinin; kişisel iletişim farkındalığı ve tepki düzenleme, sıcak ve samimi bir iletişim, değerli ve önemli olduğunu yansıtmaya gibi gereklilikleri olduğunu ifade etmişlerdir. Belirtilen bu gereklilikler literatürdeki bilgiler ile benzerlik göstermektedir. Sakinleştirme sürecinde hemşirenin hasta ile kurduğu iletişimde kışkırtıcı olmayan bir yaklaşım sergilemesi gerekmektedir (Richmond ve ark., 2012). NICE rehberlerinde de hemşirenin sakinleştirme sürecinde iletişimini düzenlemesi; sözsüz iletişiminin tehdit edici ve provakatif olmaması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (NICE, 2005; NICE, 2015). Sakinleştirmenin kavram analizinin yapıldığı bir diğer çalışmada da 79 çalışma incelenmiştir. Sakinleştirme sürecinde olayı kişisel olarak algılamaktan kaçınmanın, duyguları düzenlemenin ve kendini kontrol etmenin önemli olduğu belirtilmiştir (Hallett & Dickens, 2017). Bowers'ın geliştirdiği Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli'nde tüm süreç boyunca uygulayıcının kendisini kontrol etmesi-önemli unsurlardan biri olarak vurgulanmıştır. Sakinleştirirken hissedilen engellenme ve anksiyete duygularının hastaya hissettirilmemesinin sürecin sakin ve güvenli şekilde yürütülmesine olanak vereceği belirtilmiştir. Modele göre bu süreçte hasta ile yumuşak şekilde konuşmak, savunmacı olmayan ve açık beden dili, yavaş ve nazik şekilde hareket etmek, durumu kişisel bir durum gibi tanımlamamak önemlidir (Bowers, 2014). Spielfogel & McMillen'in 2017'de kartopu örnekleme yoluyla yaptığı çalışmada da ruh sağlığı profesyonelleri sakinleştirme kapsamında beden diline dikkat ettiklerini belirtmiştir. Kalitatif çalışmalar incelenerek tematik sentez yapılan bir diğer çalışmada ise sağlık çalışanının saldırgan davranış karşısında dıştan sakin ve bilinçli görünmesi sakinleştirme yöntemlerinin anahtar bileşenlerinden biri olarak ifade edilmiştir (Price & Baker, 2012). Başka bir çalışmada sakinleştirme davranışlarının performansını ölçmek amaçlı bir ölçek geliştirmeyi amaçlayan

araştırmacılar öğrenci hemşireler ile görüşmeler yapmış ve sonrasında etkili sakinleştirme süreci için incelenmesi gereken yedi konu belirlemiştir. Hemşirelerin soğukkanlılık derecesi ve hastayla olan görüşme tarzı bu yedi konu içerisinde yer almıştır (Nau ve ark., 2009).

Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşireler sakinleştirme sürecinde hastalara yönelik sıcak ve samimi bir iletişim göstermek gerektiğini ifade etmişlerdir. Sakinleştirme tekniklerinin etkinliğini azaltan ve arttıran faktörlerin hasta bakış açısıyla incelendiği kalitatif bir çalışmada hastalar, sosyal mesafenin azaltılmasının kendilerine eşitlik duygusunu hissettirdiğini söylemişlerdir. Aynı şekilde hastalar; kendilerine alçakgönüllü şekilde yaklaşıp fiziksel şefkat gösterilmesini değerli bulduğunu ifade etmiştir (Price ve ark., 2018). Miks yöntemle yapılan bir diğer çalışmada da klinik personelleri sakinleştirme sürecinde hastaya yaklaşımda empatik yaklaşımın öneminden bahsetmişlerdir (Hallett & Dickens, 2015). Shah ve arkadaşları da sakinleştirmeyi hastayla yakınlık kurarak hem sözel hem sözsüz iletişimde empatiyi benimseyerek müdahale etmek şeklinde tanımlamışlardır (Shah ve ark., 2016). Bu çalışmaya katılan hemşirelerin çoğu da mesafeli durmaktansa, hastayla empati içeren daha samimi bir iletişim kurmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızın bulgularına göre hemşireler sakinleştirme süreci boyunca hastaların kendilerini değerli ve önemli hissetmelerini sağlamanın öneminden bahsetmişlerdir. Hastaya zaman ayırarak, onu bilgilendirerek, konuşmasına müdahale etmeden duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlayarak bunu yapmaya çalıştıklarından bahseden hemşireler hastaya özgü bireysel davranmanın öneminden bahsetmiştir. Bowers geliştirdiği sakinleştirme modelinde de hastanın duygularının araştırılması ve onun kendisini ifade etmesine izin verilmesi gerektiğini belirtmiştir (Bowers, 2014). Price ve Baker' ın sakinleştirme yöntemlerinin anahtar bileşenlerini belirlemek amaçlı yaptıkları kalitatif çalışmaların tematik sentez çalışmasında da hastanın değerli ve saygın hissetmesini sağlamanın gerekli olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada saldırgan davranışın genellikle hastaların kendilerini değersiz ve itibarsız hissettiklerinde ortaya çıkması nedeniyle hastaya saygı duyulması ve ona değer verilmesi hastanın onur duygusunu geri kazanmasını sağlayarak saldırgan davranışı azaltacağı belirtilmiştir (Price & Baker; 2012). Doktor ve hemşireden oluşan 20 klinik personeli ile yapılan bir diğer kalitatif çalışmada da hastada güven oluşturmak ve bunu devam ettirmenin önemi belirtilmiştir. Ayrıca problem çözme aşamasında hastanın bireysel özelliklerinin göz önünde bulundurmanın önemini açıklanmıştır (Price ve ark., 2018b). Hastaların ve sağlık çalışanlarının şiddetli ve tehditkâr durumları nasıl tanımladıklarını ve başarılı sakinleştirme durumlarına ne anlam

attettiklerini açıklamak amacıyla yapılan bir diğer çalışmada da katılımcılar hastayla kurulan ilişkide insancıl yaklaşım olmasına vurgu yapmıştır (Berring ve ark., 2016).

Psikiyatri kliniğinde yapılan görüşmelerde hemşireler sakinleştirme sürecinde yer alan birtakım müdahalelerden bahsetmiştir. Bunlar risk değerlendirme ve önlemler, fark ettirme ve eyleme yöneltme, zaman kazanmaya çalışma, ilaca yönelik müdahaleler ve tehdit etmektir. Hemşireler hastayla ilgili ayrıntılı öyküler alarak ve onu tanıyarak, gözlem yaparak risk değerlendirme yaptıklarını ve risk düzeyine göre önlemler aldıklarını, ortam ve kendilerinin güvenliğini sağlamak için yaptıkları uygulamalardan bahsetmişlerdir. Psikiyatri kliniklerinde saldırganlığın önlenmesi ve sakinleştirilmesi ile ilgili kanıtların sistematik derlemesinin yapıldığı bir çalışmada risk değerlendirmesinin saldırgan davranışı ve tecrit ve kısıtlamanın kullanımını etkili bir şekilde azaltabileceği bulunmuştur (Gaynes ve ark., 2017). Ajite hasta ile karşılaşıldığında temel amaç personelin ve çevredeki diğer kişilerin güvenliğini sağlamaktır (Richmond ve ark., 2012). NICE (2015) rehberinde de saldırgan davranışın önlenmesi ve kısıtlayıcı yöntemlerin kullanılmasının azaltılması için risk değerlendirmesi yapılması önerilmektedir. Ruh sağlığı alanında çalışan ve çalışmayan profesyonellerle kullandıkları ve etkili olduklarını düşündükleri sakinleştirme yöntemlerini belirlemek amaçlı yapılan bir çalışmada her iki grup da çevre güvenliğini sağlamanın etkili olduğundan bahsetse de çevresel güvenliğin ruh sağlığı alanından olmayan profesyoneller tarafından etkili bulunma düzeyi daha yüksek bulunmuştur (Spielfogel & McMillen, 2017). Sakinleştirme sürecinde daha fazla ajitasyon veya sürprizden kaçınmak için yavaş, dikkatli hareket kullanarak saldırgana güvenli ve temkinli bir yaklaşım gerekmektedir (Hankin ve ark., 2011; Hodge ve Marshall, 2007; Sim ve ark., 2011). Ayrıca sakinleştirme yöntemleri ile ilgili literatürde savunmasız durumlardan kaçınmak, güvenliği sağlamak için çevrenin, riskli araç gereçlerin ve tetikleyicilerin farkında olunmasına, destek ekipleri ile gerektiğinde iletişime geçilmesine ve bununla ilgili çevresel düzenlemeler yapılmasına vurgu yapılmaktadır (Hankin ve ark., 2011; Hodge ve Marshall, 2007; Price & Baker 2012; Richmond ve ark., 2012; Richter, 2006). Başka bir kalitatif çalışmada da hemşireler sakinleştirme sürecinde olası riskleri değerlendirmek ve çözüm yolları bulmak için hastanın öyküsünden ve ailesinden bilgi aldıklarından, risk fark ettiklerinde ekibin diğer üyelerinden destek istediklerinden bahsetmiştir (Hallett & Dickens, 2015).

Çalışmaya katılan hemşireler sakinleştirme sürecinde fark ettirme ve eyleme yöneltme müdahalesinden sık sık bahsetmiştir. Saldırgan davranış riskini fark eden hemşireler hastanın öfkelenmesinin nedenlerini keşfederek buna yönelik uyguladıkları bu müdahaleleri aktarmıştır.

Hemşireler genellikle hastaların dikkatini dağıtacak yürüyüş yapma, bir şeyler içme, duş alma, derin nefes egzersizi gibi aktivitelere yönlendirdiklerini ifade etmiştir. Karma yöntemle yapılan bir çalışmada da benzer olarak klinik personeller hastayı öfkeliendiren durumdan uzaklaşmasına yardımcı olacak aktiviteleri (bir içecek teklif etme, gazete okumasını önerme, satranç oynama gibi) kullandıklarını söylemiştir. Ayrıca hemşireler böyle bir durumda hastanın sakinleşmesi için onları nefes egzersizi yapmaya teşvik ettiğini ifade etmiştir (Hallett & Dickens, 2015). NICE 2015 rehberinde de psikiyatri kliniğinde çalışan sağlık personellerine saldırganlığın önlenmesi kapsamında dikkat dağıtıcı ve gevşemeyi teşvik etme yolları sunan sakinleştirici teknikler kullanmak ile ilgili eğitim yapılması önerilmektedir. Çalışmada hemşireler bu müdahaleler içerisinde kimi zaman servis kurallarını esnettiklerinden bahsetmiştir. Bununla ilgili kalitatif bir çalışmada sakinleştirme yöntemlerinin kullanımını ve etkinliğini engelleyen faktörler hasta perspektifinden incelenmiş ve hastalar servis kurallarının engel oluşturduğundan, onları sakinleştirebilecek alanların servis kurallarıyla engellendiğinden bahsetmiştir (Price ve ark., 2018b). Buradan da anlaşılmaktadır ki servis kurallarının terapötik ortam için gerekli olmasının yanı sıra bu kurallar katı olduğunda hem hastaların öfkelenmelerine sebep olmakta hem de onların sakinleşmesini sağlayacak yolları engellemektedir. Çalışmamıza katılan hemşirelerin kimi zaman kuralları esnettiğinden bahsetmeleri bu nedenle son derece değerlidir. Ayrıca hemşireler hastayı ortamdan uzaklaştırmak, öfkelenme nedenine yönelik seçenekler sunarak çözüm üretmeye çalışmak gibi uygulamalarından da bahsetmiştir. Birçok çalışma incelenerek sakinleştirmenin kavram analizinin yapıldığı bir çalışmada da hastayı ortamdan uzaklaştırmak, ajitasyon nedenini öğrenmek ve bunu gidermek sakinleştirme eylemleri olarak açıklanmıştır (Hallett & Dickens, 2017).

Bu çalışmada hemşirelerin çoğu saldırgan hastayı yatıştırmak için zaman kazanmaya çalıştıklarından bahsetmiştir. Hemşireler zaman kazanmadaki amaçlarının erteleyerek, bekleterek, vaatler vererek, o an ortamda olmayan kişilere sorumluluk yükleyerek hastanın öfkesinin azalmasını sağlamak olduğunu ifade etmişlerdir. Literatürde de zaman kazanmaya yönelik eylemler sakinleştirme yöntemi olarak belirtilmektedir (Richter, 2006; Hallett & Dickens, 2012). Richter (2006), zaman kazanmanın iki sonucu olduğunu belirtmiştir. Birincisi zaman baskısı kişi üzerindeki etkisi nedeniyle yetersiz ve yanlış kararlar vermeye neden olabildiğinden zaman kazanmanın bu süreçte daha doğru kararlar verilmesini ve sürecin daha iyi yönetilmesini sağlayabileceğidir. İkincisi; zaman kazanmak sadece doğru kararlar vermeyi

sağlamamakta aynı zamanda kişilerarası gerginliğin de azalmasını sağlamaktadır (Richter, 2006).

Hemşireler sakinleştirme sürecinde ilaç ile ilgili bazı müdahalelerde bulunduğundan da bahsetmiştir. Hastanın tedavisinde yer alan lüzum halindeki ilaçları vermek ya da tedavi düzenlenmesi ile ilgili doktorla görüşmek bu müdahalelerdendir. NICE rehberinde de lüzum hali ilaçların tırmanma stratejisinin bir parçası olarak nasıl kullanılabileceğini vurgulasa da ilaç uygulamasının hastayı kendi başına sakinleştiremediği ortadadır (NICE, 2015; Bilgin & Özaslan, 2018). Dört yıllık dönem boyunca kısıtlayıcı yöntemlerin uygulandığı vakaların geriye dönük olarak incelendiği bir çalışmada 113 olaydan 37'sinde ihtiyaca yönelik ilaç uygulamasının yapıldığı görülmüştür (Kuivalainen ve ark., 2017). Doktor ve hemşireden oluşan 20 klinik personeli ile yapılan kalitatif bir çalışmada da katılımcılar saldırganlık ve şiddet riskini azaltmak için gerekli olduğunda psikotrop ilaç uygulamasının rutin olarak uygulandığını belirtmiştir. Aynı çalışmada katılımcılar hastaların tedavisiyle ilgili memnuniyetsizliği olduğu zaman da başka ilaçlar önermenin bu ajitasyonu azalttığını ifade etmişlerdir. Çalışmanın yazarları bu uygulamayı pasif fiziksel kontrol yöntemi olarak tanımlamıştır (Price ve ark., 2018b). Klinik personelinin sakinleştirmeyi nasıl tanımladığına bakılan bir başka çalışmada da kısıtlayıcı yöntem olan ilaç uygulaması, katılımcıların %53'ü tarafından sakinleştirme yöntemi olarak tanımlanmıştır (Hallett & Dickens, 2015). Ajite hastanın sakinleştirilmesi ile ilgili consensus raporunda ise ilaç vermek için acele edilmemesi, öncelikle hastanın neye ihtiyacı olduğunun belirlenmesi, neyin işe yarayabileceğinin sorulması, en son seçenek olarak ilaç talebinin hastadan gelmesinin sağlanması önerilmektedir (Richmond ve ark., 2012).

Bu çalışmaya katılan bazı hemşireler hastaları sakinleştirmek için kimi zaman tehdit etme yolunu da kullandıklarını ifade etmişlerdir. Hemşireler sert ve keskin bir tavırla hastaları uyardıklarını, yanlarında güç bulundurduklarını, ifade etmişlerdir. Başka bir kalitatif çalışmada doktor ve hemşireler hastayı sakinleştirme amaçlı kısıtlayıcı yöntemler kullandıklarını, hastaya davranışının uygunsuz olduğunu söyleyip açık ve kesin bir ifade ile servis kurallarını, hatırlattıklarını belirtmişlerdir. Çalışmanın yazarları bu uygulamaları fiziksel olmayan kontrol yöntemleri olarak tanımlamıştır. Ayrıca bu çalışmada daha az deneyimli hemşirelerin bu yöntemleri yanlış uygulama olasılığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Price ve ark., 2018b). Price ve arkadaşlarının yaptığı bir başka kalitatif çalışmada da hastaların perspektifinden sağlık çalışanlarının sakinleştirme yöntemlerini etkin kullanmalarının önündeki engeller belirlenmek amaçlanmıştır. Bu çalışmada hastaların çoğu caydırıcı ve talimat

verici uygulamaları tehdit edici ve patronluk taslayıcı olarak algıladıklarını ifade etmiştir. Bununla birlikte hastanın bu yaklaşımı nasıl algıladığı sağlık çalışanının yardımsever ya da iyi niyetli olup olmamasının yorumlanmasıyla ilişkili değişmektedir. Hastalar söylenen sözlerden çok bu sözleri kimin söylediğini önemsemektedir (Price ve ark., 2018). Bu nedenle hemşire-hasta ilişkisinin ne derece güvene dayalı olduğu, daha önceki deneyimler, kullanılan yöntemlerin etkinliği ya da riski artırma olasılığı açısından önem taşımaktadır.

TEMA 2: SAKİNLEŞTİRMEYİ KOLAYLAŞTIRICILAR

Bu çalışmada yer alan hemşireler psikiyatri kliniklerinde çalışma süreleri ile birlikte deneyimleri arttıkça sakinleştirme sürecinin daha iyi yönetebildiğinden ve sezgilerinin bu süreci kolaylaştırdığından bahsetmiştir. Ruh sağlığı ortamlarında sakinleştirme uygulamalarının nasıl öğrenildiği ve nasıl uygulandığını belirlemek amaçlı üç yıl süren etnografik bir çalışma sonucunda ortaya çıkan temalardan anlaşılmaktadır ki sağlık çalışanlarının o anki duruma ne anlam atfettikleri daha önceki deneyimlerinden etkilenmektedir (Berring ve ark., 2016). Yapılan başka bir çalışmada da deneyimli personelin saldırganlık durumlarını yönetmede daha özgüvenli olduğu görülmüştür (McIntosh, 2003). Bunun yanısıra öğrenci hemşireler ile yapılan bir başka çalışmada da sakinleştirme performanslarının yaş, daha önce eğitim almış olma ve deneyimleri arasında bir ilişki bulunamamıştır (Nau ve ark., 2010). Daha fazla klinik deneyime sahip hemşirelerin hasta saldırganlığına karşı olumlu tutum göstermelerinin daha olası olduğu ve yaşı daha fazla olan sağlık çalışanlarının saldırgan davranışta bulunan hastaya yönelik daha az suçlayıcı olduğu görülmüştür (Collins, 1994; Beech, 2008). Bir başka kalitatif çalışmada da daha az deneyimli hemşirelerin, başkalarının baskısına daha yatkın, bu nedenle fiziksel olmayan kontrol tekniklerinin yanlış uygulanmasına daha yatkın olduğu belirlenmiştir (Price ve ark., 2018b). Sakinleştirme süreci içerisinde hastaya uygulanacak esnek ve yaratıcı uygulamaların sezgisel olarak karar verilmesi vardır (Price & Baker; 2012). Çalışmamızdaki hemşireler de sezgilerinin hem riskin belirlenmesi ve hem de müdahaleye karar verilmesi sırasında etkili olduğunu belirtmiştir.

TEMA 3: SAKİNLEŞTİRMEYİ ZORLAŞTIRICILAR

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşireler fazla iş yükü, tükenmişlik, hasta yakınlarının olaya müdahalesi ve saldırganlığın yönetilmesine ilişkin eğitim eksikliği gibi servis değişkenlerinin sakinleştirmeyi zorlaştırdığından bahsetmiştir. Hemşireler ayrıca öfke düzeyinin yüksek olması, psikotik süreçler, tedaviye uyumsuzluk, erkek hasta, zorunlu yatış, kişilik patolojisi gibi hasta ile ilgili faktörleri zorlaştırıcı olarak belirtmiştir. Ayrıca

görüşmelerde elde edilen verilerden anlaşılmaktadır ki hemşirelerin kısıtlayıcı yöntemlere yönelik bazı inançları da sakinleştirme süreçlerinin kullanılmasını ve etkinliğini zorlaştırmaktadır. Bu inançlar zarar verme riski varsa tespit edilmeli, konuşma işe yaramazsa tespit edilmeli, erken dönemde kimyasal tespit uygulanmalı, psikotikse ya da zorunlu yatışı varsa tespit edilmeli, hastanın ilaçsız sakinleşmesi zor gibi örneklendirilebilir.

Bu çalışmanın sonucunda hemşirelerin kısıtlayıcı yöntemlere yönelik kalıplaşmış ve geleneksel birtakım inançlara sahip olduğu görülmüştür. Sakinleştirme yöntemlerinin kullanımını ve etkinliğini etkileyen faktörlerin hasta perspektifinden incelendiği kalitatif bir çalışmada da hastalar yükselme durumlarında sakinleştirme yöntemlerinin değil kısıtlayıcı yöntemlerin uygulandığından sıklıkla bahsetmiştir. Hastalar kısıtlayıcı yöntemlerin risk ve saldırganlık durumunun derecesinden, hastalık belirtilerinden bağımsız olarak tek tip ve 'robotik' olarak uygulandığını belirtmiştir. Bununla ilgili hastalar personelin belirli sınırlar üzerindeki hakimiyetini korumak için kısıtlayıcı yöntemlere daha çok güvendiklerini, dolayısıyla sakinleştirme yöntemleri yerine kısıtlayıcı yöntemlerin kullanmayı tercih ettiklerini düşünmektedir (Price ve ark., 2018). Doktor ve hemşirelerle yapılan kalitatif çalışmada da kullanılan sakinleştirme tekniklerini nasıl tanımladıklarını ve bunların uygulanmasını ve etkinliğini etkilediği düşündükleri faktörleri araştırmak amaçlanmıştır. Katılımcılar benzer olarak hastayı sakinleştirmek için kısıtlayıcı yöntem (LH ilaç, tespit, tecrit) kullandıklarını belirtmiştir. Sakinleştirme yöntemleri yerine kısıtlayıcı yöntemlerin kullanılma nedeni sağlık personelinin sakinleştirme yöntemlerine yönelik bilgi eksikliği ve yüksek kaygı düzeyleri ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca personeller arasındaki kısıtlayıcı yöntemlerin uygulanmasına karar verilmesinin riskleri tolere edebilme düzeylerinin farklılık göstermesi de bu durumu önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Bizim çalışmamızda da olduğu gibi bu çalışmada da sağlık çalışanları kısıtlayıcı yöntemlerin kullanımını taşkınlık durumlarında rutin olarak uyguladıklarını belirtmişlerdir (Price ve ark., 2018b).

Bu çalışmada yer alan hemşirelerin çoğu fazla iş yükü, tükenmişlik, hasta yakınlarının olaya müdahalesi ve saldırganlığın yönetilmesine ilişkin eğitim eksikliği gibi servisten köken alan faktörlerin sakinleştirmeyi zorlaştırdığından bahsetmiştir. Hemşireler saldırganlığın yönetilmesine ilişkin eğitim eksikliği nedeniyle bu süreçte zorlandıklarını ifade etmiştir. Lavelle ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada akut psikiyatri servislerinde etkili sakinleştirmenin belirleyicilerini keşfetmek amaçlı geriye dönük vaka analizi yapılmıştır; özellikle algılanan şiddet riski yüksek olduğunda hemşirelerin sakinleştirme yöntemlerini

uygulama konusunda güven eksikliği yaşadığı-belirlenmiştir. Kanıta dayalı personel eğitimi vermenin sakinleştirme yöntemlerinin kullanımında personelin güvenliğini arttıracığına vurgu yapılmıştır (Lavelle ve ark., 2016). Standartlaştırılmış bir eğitim sadece ruhsal sağlık çalışanlarının becerilerini ve bilgilerini arttırmakla kalmaz, aynı zamanda hastalarda saldırganlığı azaltmak için kendilerine olan güvenlerini arttırmaktadır (Heckemann ve ark., 2015; Richter, 2007). Sakinleştirme yöntemleri eğitimi ile personelin saldırgan ve / veya şiddet içeren durumlarla başa çıkma ve bunları yönetme konusunda bilgi ve güveni gelişmektedir (Leach ve ark., 2019). NICE (2015) rehberinde de hasta ile ilgilenen tüm personele saldırganlığın önlenmesi kapsamında dikkat dağıtıcı ve gevşemeyi teşvik etme yolları sunan sakinleştirici teknikler kullanmak ile ilgili standartlaştırılmış eğitim yapılması önerilmektedir. Servis koşulları ile bağlantılı olarak destek kaynaklarının yetersizliği hemşirelerin sakinleştirme yöntemlerini uygulamak yerine kısıtlayıcı yöntemleri uygulamayı tercih etmelerine sebep olmaktadır (MIND, 2013). Çalışmamıza katılan hemşirelerin bazıları tırmanma durumunda hemen müdahale etmeleri gerektiğinde fazla iş yükü ve zaman yetersizliği nedeniyle sakinleştirme yöntemleri ile vakit harcayamadıklarını belirtmişlerdir. Literatürde yer alan bir çalışmada da buna benzer olarak hemşirelerin zaman yetersizliği ve destek kaynakların eksikliği nedeniyle kısıtlayıcı yöntemleri kullandığı ortaya çıkmıştır (Price ve ark., 2018b).

Bu çalışmada yer alan hemşireler hasta kaynaklı bazı faktörlerin de sakinleştirme sürecini zorlaştırdığını belirtmiştir. Hemşireler yüksek öfke düzeyinin sakinleştirmeyi zorlaştıran faktörlerden biri olduğunu söylemiştir. Literatürde yer alan bir çalışmada da benzer olarak öfke düzeyi düşük olan hastaların daha başarılı sakinleştirildiği görülmüştür (Lavelle ve ark., 2016). Ayrıca çalışmamızda hemşireler hastanın psikotik, manik belirtilerinin olmasının sakinleştirmeyi zorlaştırdığını belirtmiştir. Bununla ilgili bir çalışmada da hastalar; hipomani ya da psikozla ilişkili olarak ortaya çıkan taşkınlık durumlarında sakinleştirilmelerinin zor olduğunu belirtmişlerdir (Price ve ark., 2018). Çalışmamızdaki bazı hemşirelere göre hastanın kişilik patolojisinin olması da süreci zorlaştırmaktadır. Price ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmadaki hemşirelere göre kişilik bozukluğu süreci zorlaştırmadan farklı olarak kısıtlayıcı yöntemlerin uygulanmasında önemli bir sebep olarak sunulmuştur. Çünkü hemşireler kişilik bozukluğu sebepli ajitasyonlara empati kurmakta güçlük çektiklerini belirtmişlerdir (Price ve ark., 2018b).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar:

Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin saldırgan hastanın yatırılmasında sakinleştirme yöntemlerini kullanma deneyimlerini keşfetmek amacıyla yapılan bu çalışmanın sonucunda; hemşirelerin sakinleştirme yöntemlerini kullanma deneyimleri psikiyatri kliniklerinde çalışma sürelerinden, daha önceki deneyimlerinden, saldırganlığı algılama şeklinden, saldırganlık olayına bakış açısından, hemşirenin bireysel özelliklerinden etkilenmektedir ve bu nedenle sakinleştirme sürecinin dinamik, genelleme yapılamayan ve değişken bir süreç olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle standartlaştırılmasının zor olacağı anlaşılmakta ve bu konuda çalışmalar yapılmaya devam edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Öneriler:

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda uygulama ve araştırmaya yönelik öneriler sunulmuştur.

Uygulamaya yönelik öneriler: Hemşirelerin saldırgan davranışla yüz yüze kaldığında kaygılarını ve korkularını azaltacak şekilde güvende hissedebilmeleri için;

- *Hemşirelerin sakinleştirme yöntemlerinin kullanılmasının gerekliliğine yönelik bilgi ve farkındalıkları arttıracak eğitimler planlanmalı,*
- *Kısıtlayıcı yöntemlere yönelik inançları değiştirmek üzere, bu uygulamanın hasta, sağlık çalışanı ve diğer kişiler üzerindeki olumsuz etkisine yönelik eğitimler yapılmalı,*
- *Hemşirelik lisans ve yüksek lisans eğitim programlarında saldırgan davranışın önlenmesi konusunda sakinleştirme yöntemlerine yer verilmeli,*
- *Hemşirelerin saldırgan hastanın yatırılmasında sakinleştirme yöntemlerinin kullanılmasının saldırganlığın yönetilmesi ile ilgili klinik rehberlere entegre edilmesi önerilir.*

Araştırmaya yönelik öneriler:

- *Sakinleştirme süreçleri çerçevesinde hasta ve hemşireleri ortak olarak ele alan çalışmaların yapılması,*
- *Sakinleştirme yöntemlerinin kullanılmasının hasta ve hemşireler üzerindeki etkisini belirlemek amaçlı müdahale çalışmalarının yapılması,*
- *Sakinleştirme yöntemlerinin hangilerinin etkin olduğunu belirlemeye yönelik hastalarla kalitatif çalışmaların yapılması,*

- *Saldırgan davranışın önlenmesi için sakinleştirme yöntemlerinin uygulanma protokolünün oluşturulması, oluşturulan protokolün uygulanması, çalışanlar ve hizmet alanlar üzerindeki etkinliğinin incelenmesi önerilmektedir.*



7. KAYNAKLAR

- Abay, E., & Tuğlu, C. (2000). Şiddet ve agresyonun nörobiyolojisi. *Klinik Psikiyatri*, 3(1), 21-26.
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual review of psychology*, 53(1), 27-51.
- Anderson CA, Bushman BJ. (2001). Effects Of Violent Games On Aggressive Behavior, Aggressive Cognition, Naggessive Affect,Physiological Arousal, and Prosocial Behavior: A Meta-Analytic Review Of The Scientific Literature. *Psychological Science*. 12, 353–359. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00366>
- Anderson, A., & West, S. G. (2011). Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(3), 34.
- Aras, H. I. (2014). Sizofrenide Siddet/Violence in Schizophrenia. *Psikiyatrde Guncel Yaklasimler*, 6(1), 45.
- Arotimi, M. (2019). Prevention and Management of Aggression and Violence in Mental Health Settings. Walden University, College of Health Sciences.
- Asikainen, J., Vehviläinen-Julkunen, K., Repo-Tiihonen, E., & Louheranta, O. (2020). Violence Factors and Debriefing in Psychiatric Inpatient Care: A Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 58(5), 39-49. <https://doi.org/10.3928/02793695-20200306-01>
- Ayhan, D. (2017). Saldırgan Hastaların Yatıştırılmasında Kullanılan Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modelinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ata, E. E., & Kelleci, M. (2012). Psikiyatri Kliniğinde Yatan Bir Grup Hastada Saldırganlık Potansiyeli ve Etkileyen Bazı Etkenler. *NP Akademi*, 1(1), 7-15.
- Beech, B. (2008). Aggression prevention training for student nurses: differential responses to training and the interaction between theory and practice. *Nurse Education in Practice*, 8(2), 94-102. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.04.004>
- Berring, L. L., Pedersen, L., & Buuls, N. (2016). Coping with Violence in Mental Health Care Settings: Patient and Staff Member Perspectives on De-escalation Practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 499-507. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.05.005>.
- Bilgin, H., & Keser Özcan, N. (2012). Psikiyatri Servisinde Agresyon. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 42-47.

- Bilgin, H., Keser Özcan, N., & Boyacıoğlu, N. E. B. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinin Mekanik Tespit Yöntemi Hakkında Görüşleri. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri*, 5(2), 85-92.
- Björkdahl, A. (2010). *Violence Prevention and Management in Acute Psychiatric Care*. Stockholm: Department of Clinical Neuroscience Karolinska Institutet.
- Björkly, S. (2006). Psychological theories of aggression: Principles and application to practice. In Richter D. & Whittington R. (Eds.), *Violence in Mental Health Settings: Causes, Consequences, Management*. (pp.27-46). USA: Springer.
- Bilgin, H., & Ozaslan, Z. (2018). Psychiatric/Mental Health Nursing Nonphysical Competencies for Managing Violence and Aggression: De-escalation and Defusion. In Cutcliffe, J. R., Santos, J. C. (Ed.), *European Psychiatric/Mental Health Nursing in the 21st Century*, (pp. 319-333). Switzerland: Springer,
- Bowers, L. (2014). A model of de-escalation. *Mental Health Practice*, 17(9). 36-37. <https://doi.org/10.7748/mhp.17.9.36.e924>
- Bowers, L., Nijman, H., Allan, T., Simpson, A., Warren, J., & Turner, L. (2006). Prevention and management of aggression training and violent incidents on UK acute psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 57(7), 1022-1026. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.7.1022>
- Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E., & Stewart, D. (2012). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 826-835. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05784.x>
- Brewer, A. I., Beech, R., & Simbani, S. (2017). Using de-escalation strategies to prevent aggressive behaviour. *Mental Health Practice* (2014+), 21(2), 22. <https://doi.org/10.7748/mhp.2017.e1221>
- Bushman, B. J., & Huesmann, L. R. (2010). *Aggression*. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 833–863). John Wiley & Sons Inc.
- Burla, L., Knierim, B., Barth, J., Liewald, K., Duetz, M., & Abel, T. (2008). From text to codings: Intercoder reliability assessment in qualitative content analysis. *Nursing Research*, 57(2), 113–117. <https://doi.org/10.1097/01.NNR.0000313482.33917.7d>
- Collins, J. (1994). Nurses' attitudes towards aggressive behaviour, following attendance at 'The Prevention and Management of Aggressive Behaviour Programme'. *Journal of Advanced Nursing*, 20(1), 117-131.

- Coşkun Cenk, S., & Tuna Öztürk, A. (2010). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Hemşirelerinde Şiddete Maruz Kalma Durumlarının İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 16-23.
- Coşkun, S., & Avlamaz, F. (2010). Akut Psikiyatri Kliniklerinde Uygulanan Mekanik Tespit Sayı ve Süresinin Bir Yıl İçinde Gösterdiği Değişimin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 51-55.
- Creswell, J. W. (2013). Nitel Araştırma Yöntemleri Beş Yaklaşımına Göre Nitel Araştırma ve Araştırma Deseni. (M. Bütün & S. B. Demir, Eds.) (3. Baskı). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D., & Bowers, L. (2013). A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 255-268. <https://doi.org/10.1111/acps.12053>
- Dickens, G., Piccirillo, M., & Alderman, N. (2013). Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: perspectives of nurses and patients. *International journal of mental health nursing*, 22(6), 532-544. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x>
- Duperouzel, H. (2008). 'It's OK for people to feel angry' The exemplary management of imminent aggression. *Journal of Intellectual Disabilities*, 12(4), 295-307. <https://doi.org/10.1177/1744629508100495>
- 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.
- Eisikovits, Z., & Koren, C. (2010). Approaches to and outcomes of dyadic interview analysis. *Qualitative Health Research*, 20(12), 1642–1655. <https://doi.org/10.1177/1049732310376520>
- Fisher, J. A. (2003). Curtailing the use of restraint in psychiatric settings. *Journal of Humanistic Psychology*, 43(2), 69-95.
- Frueh, B. Christopher, ve ark. (2005). "Special section on seclusion and restraint: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting." *Psychiatric Services* 56 (9), 1123-1133.
- Gaynes, B. N., Brown, C. L., Lux, L. J., Brownley, K. A., Van Dorn, R. A., Edlund, M. J., ... & Viswanathan, M. (2017). Preventing and de-escalating aggressive behavior among adult psychiatric patients: a systematic review of the evidence. *Psychiatric services*, 68(8), 819-831. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600314>

- Göktaş, A., & Buldukoğlu, K. (2018). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 1-10.
- Hallett, N., & Dickens, G. L. (2015). De-escalation: A survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(4), 324-333. <https://doi.org/10.1111/inm.12136>
- Hallett, N., & Dickens, G. L. (2017). De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept Analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 10-20. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003>
- Hallett, N., Huber, J. W., & Di, G. L. (2014). Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 502-514. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.009>
- Hankin, C. S., Bronstone, A., & Koran, L. M. (2011). Agitation in the inpatient psychiatric setting: a review of clinical presentation, burden, and treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 17(3), 170-185. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000398410.21374.7d>
- Haugvaldstad, M. J., & Hu, T. L. (2016). Influence of staff's emotional reactions on the escalation of patient aggression in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49, 130-137. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.09.001>
- Harwood, R. H. (2017). How to deal with violent and aggressive patients in acute medical settings. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 47(2), 176-182.
- Heckemann, B., Zeller, A., Hahn, S., Dassen, T., Schols, J., & Halfens, R. (2015). The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse Education Today*, 35(1), 212-219. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.08.003>
- Hemşirelik Yönetmeliği [internet]. 2011 [Erişim Tarihi: 10 Haziran 2019] Erişim Adresi: http://turkhemsirelerdernegi.org.tr/files/tr/yasa-ve_yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik/hemsirelik%20%202011.pdf
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & De Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 10(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0128536>.
- Johnson, M. E., & Delaney, K. R. (2007). Keeping the Unit Safe: The Anatomy of Escalation. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(1), 42-52.

- Köroğlu, E., & Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kahriman, İ. (2014). Hemşirelerin Sözel ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(2), 77-83.
- Kavak, F., & Ekinci, M. (2013). Psikiyatri Servisinde Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddet. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 290-298.
- Kaya, H., Aştı, T., Acaroğlu, R., Erol, S., & Savcı, C. (2008). Hemşirelerin fiziksel tespit edici kullanımına ilişkin bilgi tutum ve uygulamaları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(2), 21-29.
- Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E., & Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International journal of mental health nursing*, 26(5), 513-524. <https://doi.org/10.1111/inm.12389>
- Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G., & Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of clinical nursing*, 25(15-16), 2180-2188. <https://doi.org/10.1111/jocn.13239>
- Leach, B., Gloinson, E., Sutherland, A., & Whitmore, M. (2019). Reviewing the Evidence Base for De-escalation Training: A Rapid Evidence Assessment.
- Liu, J., Raine, A., Venables, P. H., & Mednick, S. A. (2004). Malnutrition at age 3 years and externalizing behavior problems at ages 8, 11, and 17 years. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2005-2013.
- Mendes, D. D., de Jesus Mari, J., Singer, M., Barros, G. M., & Mello, A. F. (2009). Study review of the biological, social and environmental factors associated with aggressive behavior, Estudo de revisão dos fatores biológicos, sociais e ambientais associados com o. *Rev Bras Psiquiatr*, 31, 77-85.
- Merecz, D., Rymaszewska, J., Mościcka, A., Kiejna, A., & Jarosz-Nowak, J. (2006). Violence at the workplace—A questionnaire survey of nurses. *European psychiatry*, 21(7), 442-450.
- MIND. (2013). Mental health crisis care: physical restraint in crisis. A report on physical restraint in hospital settings in England. <http://www.mind.org.uk>. adresinden alındı.
- Moran, A., Cocoman, A., Scott, P. A., Matthews, A., Staniulienė, V., & Valimaki, M. (2009). Restraint and seclusion: a distressing treatment option?. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 16(7), 599-605.

Murphy N (2004). An investigation into how community mental health nurses assess the risk of violence from their clients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, Aug; 11 (4): 407-413.

National Institute for Health and Care Excellence [İnternet]. Violence. The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency department. 2005 [Erişim Tarihi: 10.04.2018]. Erişim Adresi: <http://tinyurl.com/pnah2mr>

NICE, 2015. Violence and aggression. Short-Term Management In Mental Health. Health And Community Settings.

Nijman, H. L., á Campo, J. M., Ravelli, D. P., & Merckelbach, H. L. (1999). A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatric Services*, 50(6), 832-834.

Nau, J., Halfens, R., & Needham, I. (2010). Student nurses' de-escalation of patient aggression: A pretest–posttest Intervention Study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 699-708. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.11.011>

Olupona, T., Virk, İ., İshola, A., Akerele, E., & Moddy, K. (2017). Aggression Rate in Acute Inpatient Psychiatric Units: Impact of Substance Abuse and Psychosis. *MOJ Addict Med Ther*, 3(1), 15-17. *Jharkhand Journal of Development and Management Studies* <https://doi.org/10.15406/mojamt.2017.03.00025>

Pandey, S. C., & Patnaik, S. (2014). Establishing reliability and validity in qualitative inquiry: A critical examination., 12(1), 5743-5753.

Paterson, B., & Leadbetter, D. (1999). De-escalation in the management of aggression and violence: towards evidence-based practice. *In Aggression and Violence* (pp. 95-123). Palgrave, London.

Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D., . . . Lovell, K. (2018). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 74(10), 614-625. <https://doi.org/10.1111/jan.13488>

Price, O., & Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 310-319. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00793.x>

Price, O., Baker, J., Bee, P., & Lov, K. (2018b). The Support-Control Continuum: An Investigation Of Staff Perspectives On factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings.

- Şahin, N. (2012). *Karaciğer transplantasyonu sonrası hastaların ilaç uyumsuzlukları, nedenleri ve hemşirelerden beklentilerinin incelenmesi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi.
- Tekkaş, K., & Bilgin, H. (2010). Psikiyatri Servislerinde Kullanılan Profesyonel Kontrol Yöntemleri: Kullanım Nedenleri, Türleri, Uluslararası Uygulamalar ve Algılamalar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 235-237.
- Ucun, Y., Gürhan, N., & Kaya, B. (2015). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin ve Hekimlerin Hasta Kısıtlama Yöntemleri ile İlgili Görüşleri. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing*, 17(2-3), 10-20.
- Uzun, U., Sancak, B., Özer, Ü., & Özen, Ş. (2015, December). Tespit Uygulamalarını Etkileyen Değişkenler: Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Örneği. *In Yeni Symposium* (53)4, 16-21.
- Ünal, S. (2011). Psikiyatri Kliniklerinde Şiddet Yönetimi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 19(2), 116-121.
- WHO. (2002). *World Report on Violence and Health: Summary*. Geneva: World Health Organization.
- Yalçın, Ö., & Erdoğan, A. (2013). Şiddet ve agresyonun nörobiyolojik, psikososyal ve çevresel nedenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 388-419.
- Yang, Y., & Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 174(2), 81-88.
- Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2016). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldız, A., & Köksal, A. (2003). Akut Ajitasyon Tedavisinde Doğrular ve Yanlışlar: Acil Servis Antiajitasyon Tedavi Rehberi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 13, 30-36.

8. EKLER

Ek 1. Hemşire Tanıtıcı Bilgi Formu

Anket No:

Tarih:

1. Adı Soyadı:
2. Yaşı:
3. Cinsiyeti:
 - a) Kadın
 - b) Erkek
4. Medeni Durumu:
 - a) Evli
 - b) Bekar
5. Çocuk Sahibi Olma:
 1. Evet
 - b) Hayır
6. Öğrenim Durumu:
 - a) Ön Lisans
 - b) Lisans
 - c) Yüksek Lisans
7. Meslekteki Çalışma Yılı:
 - a) 2-4 yıl
 - b) 5-10 yıl
 - c) ≥ 10 yıl
8. Psikiyatri Servisinde Çalışma Yılı:
 - a) 2-4 yıl
 - b) 5-10 yıl
 - c) ≥ 10 yıl
9. Çalışma Şekli:
 - a) Gündüz
 - b) Nöbet
 - c) Gündüz ve Nöbet
 - d) Diğer (Açıklayınız)
10. Çalıştığı Pozisyon:
 - a) Sorumlu Hemşire
 - b) Servis Hemşiresi
11. Çalıştığı Klinik Özelliği:
 - a) Açık Klinik
 - b) Kapalı Klinik
 - c) Yarı Kapalı Klinik

Ek 2. Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

- Klinikte ortaya çıkan saldırganlık durumlarını yönetmeye ilişkin deneyimlerinizden bahseder misiniz?
- Saldırgan hastayı sakinleştirmede kullanacağınız yöntemlere nasıl karar veriyorsunuz?
- Kullandığınız yöntemlerin sonuçlarını nasıl değerlendiriyorsunuz?



Ek 3. Bilgilendirilmiş Olur Formu

Tarih: .../.../20....

BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın Bay/Bayan,

Bu çalışmanın adı ‘psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin saldırgan hastanın yatırılmasında sakinleştirme yöntemlerini kullanma deneyimleri’ dir. Bu çalışma Yüksek lisans tezi olarak yapılacaktır. Bu araştırma sonunda elde edilen bilgiler sizlerin sakinleştirme yöntemlerine ilişkin deneyimlerin ve uygulamalarınızın belirlenmesi ve saldırgan davranışı önleme ve yönetme konusunda eğitim programları ve klinik uygulama rehberleri oluşturmak yolunda bize yardımcı olacaktır.

Sizden ilk olarak, yaşınız, cinsiyetiniz gibi soruları içeren demografik soru formunu doldurmanızı isteyeceğim. Daha sonra araştırma verileri görüşme yoluyla toplanacaktır. Sizinle yapacağımız görüşmeyi daha sonradan değerlendirebilmek amacıyla görüşmeler kaydedilecektir. Görüşmeler yaklaşık 30-40dk. sürecektir. Görüşme süresince söylediklerinizin tümü gizli tutulacaktır. Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dahil, hiçbir aşamada isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır.

Katkılarınız için teşekkürler.

Ben ‘psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin saldırgan hastanın yatırılmasında sakinleştirme yöntemlerini kullanma deneyimleri’ çalışmasının kapsamı ve amacı, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirildim ve çalışmanın amacını, üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağım konusunda bilgilendirildim.

Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı Soyadı:.....

İmza:.....

Adres:.....

Telefon:.....

Tarih(gün/ay/yıl:.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı: Yonca KAHVECİ GÜL

İmza:.....

Tarih(gün/ay/yıl):.....

Saygılarımla,

Yonca KAHVECİ GÜL

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi

Ek 4. Etik Kurul Onayı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Sayın Prof.Dr.Zekiye Çetinkaya Duman

Araştırmınıza ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	4802-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☐ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☒ DOKTORA ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Saldırgan Hastanın Yatıştırılmasında Sakinleştirme Yöntemlerini Kullanma Deneyimleri
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr.Zekiye Çetinkaya Duman Hemşirelik Fakültesi
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/16-24	Tarih:26.06.2019				
	Prof.Dr.Zekiye Çetinkaya Duman'ın sorumlusu olduğu "Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Saldırgan Hastanın Yatıştırılmasında Sakinleştirme Yöntemlerini Kullanma Deneyimleri" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılamadı
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	Katılamadı
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek 5. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzni



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı



E-İmzalıdır

Sayı : 59537164-00.99-E.32399
Konu : Yonca Kahveci Gül'ün Y.L. Tez
Çalışma İzin Yazısı

25/04/2019

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 22.04.2019 tarih ve 99577370-00.99-31588 sayılı yazınız.

Anabilim Dalınız Öğretim Üyesi Prof.Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın danışmanlığını yaptığı, Yüksek Lisans öğrencisi Yonca KAHVECİ GÜL ile birlikte yürütülmesi planlanan; *"Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Saldırgan Hastanın Yatıştırılmasında Sakinleştirme Yöntemlerini Kullanma Deneyimleri"* isimli yüksek lisans tez çalışmasının, Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Yetişkin Psikiyatri Servisi'nde çalışan hemşireler ile yürütülmesinin **uygun görüldüğüne** ilişkin Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği'nin ilgi sayılı yazısı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
Dekan

Ek : İzin Yazısı (1 Sayfa)



Dokuz Eylül Üniversitesi – Hemşirelik Fakültesi
Adres: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi
İnciraltı/İzmir 35340 – Türkiye
Tel: (232) 412 47 51 Elektronik Ağ: www.deu.edu.tr
Ken Adresi: dokuzeyuluniversitesi@ihsd11 ken.tr
Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanunu'na göre Prof.Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER tarafından 25.04.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakınız <http://dogrulama.deu.edu.tr> linkinden AD8A2B27X6 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

Bilgi için İrtibat:
Defne DEMİR
Dahili:
E-Posta: defne.demir@deu.edu.tr





T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ



E-İmzalıdır

Sayı : 99577370-00.99-E.31588
Konu : Yonca Kahveci Gül'ün Y.L. Tez
Çalışma İzni

22/04/2019

HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 12.04.2019 tarih ve 59537164-00.99-29275 sayılı yazınız.

Fakülteniz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın danışmanlığını yaptığı, Yüksek Lisans öğrencisi Yonca KAHVECİ GÜL ile birlikte yürütülmesi planlanan; "Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Saldırgan Hastanın Yatıştırılmasında Sakinleştirme Yöntemlerini Kullanma Deneyimleri" isimli yüksek lisans tez çalışmasının, Hastaneniz Yetişkin Psikiyatri Servisinde çalışan hemşireler ile yürütülmesi uygundur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr. Nurettin ÜNAL
Başhekim V.



Adres: İnciraltı Mahallesi, Mithatpaşa Cd. İnciraltı yerleşkesi
No:1606, 35340 Narlıdere/Balçova/İzmir
Tel: 0(232) 412 1212
Elektronik Ağ: <http://www.hastane.deu.edu.tr/>

Bilgi için İrtibat:
Elçin ÇEBAR
Dahili:

E-Posta: elcin.safiyurek@deu.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof.Dr. Nurettin ÜNAL tarafından 22.04.2019 tarihinde e-imzalanmıştır.
Evrakınız <http://dogrulama.deu.edu.tr> linkinden 94178DF5X1 kodu ile doğrulanabilmektedir.

Ek 5. Ege Üniversitesi Hastanesi Uygulama İzni

SDP : 00.99 - Genel
Ege Üniv. : E.328526
Evrak Tarihi : 21-11-2019
Ege Üniv. Tıp Fak. Sayısı: 22/10/2019-E.328526



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 58574373-044
Konu : Tez Çalışması

EGE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 16/10/2019 tarihli ve 321892 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınızda belirtilen, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu yüksek lisans öğrencisi Yonca KAHVECİ GÜL ile birlikte " Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Saldırgan Hastanın Yatıştırılmasında Sakinleştirme Yöntemlerini Kullanma Deneyimleri" isimli yüksek lisans tez çalışmasını Ekim 2019 – Aralık 2019 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda çalışan hemşirelerin istekleri doğrultusunda yapmaları uygundur. Gereğini, arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Şebnem PIRILDAR
Anabilim Dalı Başkanı

Üniversitesi Cad. No:9 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 34 01 Faks No: +90 (232) 343 03 05
E-Posta: psikiyatri@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Sevil MORALİGİL
Unvan: Sağlık Teknikeri
Telefon No: 4353

SDP : 00.99 - Genel
Ege ÜNİVERSİTESİ Elektronik İmza Sayısı: 14/11/2019-E.94109
Evrak Tarihi : 21-11-2019



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı : 69631334-806.01.03
Konu : YONCA KAHVECİ GÜL'ÜN Y.L.
TEZ ÇALIŞMA İZNİ

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi : 20/09/2019 tarihli ve 74341 sayılı yazı.

Fakülteniz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın sorumlu araştırmacı olduğu yüksek lisans öğrencisi Yonca KAHVECİ GÜL ile birlikte yürütülecek olan " Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Saldırgan Hastanın Yatıştırılmasında Sakinleştirme Yöntemlerini Kullanma Deneyimleri" isimli yüksek lisans tez çalışmasını Ekim 2019 – Aralık 2019 tarihleri arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında çalışan hemşirelerin istekleri doğrultusunda yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.
Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır

Prof. Dr. Tuncay GÖKSEL
Başhekim

Ek: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalından gelen 328526 sayılı yazı.

Evrak Doğrulamak İçin: https://edys.ege.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BEACAJLRB
Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu: 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 32 74 Faks No: +90 (232) 339 10 15
E-Posta: hem.hiz@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Banu ERGON
Unvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 3274



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.
Evrak sorgulaması: https://edys.ege.edu.tr/en/Vision/Validate_Doc.aspx?V=BEACAJLRB adresinden yapılabilir.

Ek 6. Araştırmacı Özgeçmişi



YONCA KAHVECİ

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Doğum Tarihi 19/06/1992
İletişim Adresi Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi
Telefon (541) 854 16 35
E-posta yoncakahveci@hotmail.com
Web Adresi

Öğrenim Bilgileri

01 Eylül 2016 - Şu Anda (3 yıl 11 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)

01 Eylül 2010 - 01 Haziran 2016 (5 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 80.0 / 100.0

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Temmuz 2018 - Şu Anda (2 yıl 1 ay) (Tam Zamanlı)
HEMŞİRE, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

01 Nisan 2017 - 01 Temmuz 2018 (1 yıl 4 ay) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: İyi, Yazma: İyi, Konuşma: İyi)

Ar-Ge Yetkinlik

Bildiriler

Z. ÇETİNKAYA DUMAN, A. SARI & Y. KAHVECİ, Psikiyatrik Bakımda Aile İşbirliğinin
Önündeki Engeller: Sağlık Profesyoneli ve Bakımveren Perspektifi, Poster Sunumu,
Uluslararası Toplum ve Şizofreni Kongresi, 29 Haziran 2019, 30 Haziran 2019.

Y. KAHVECİ & Z. ÇETİNKAYA DUMAN, Psikiyatri Kliniğinde Saldırgan Hastanın Yatıştırılmasında Bir Yöntem: Sakinleştirme, , Poster Sunumu, V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 20 Kasım 2018, 23 Kasım 2018.

F. TÖR, D. UYSAL, Y. KAHVECİ, F. G. ALPARSLAN & G. OKUTAY, Psikiyatri Hemşireliği İntörn Programı Kapsamında Yetişkin Psikiyatri Kliniğinde Bir Psikoeğitim Uygulaması: Topluma Yeniden Katılım Programı, Poster Sunumu, 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 28 Nisan 2016, 29 Nisan 2016.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0

