



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA
AGRESYONUNA YÖNELİK ALGILAMALARI VE HASTA
AGRESYONUNDAN ETKİLENME DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

Ayşen AYÇİÇEK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Selma DOĞAN

İSTANBUL - 2019

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YOĞUN BAKIMDA ÇALIŞAN HEMŞİRELERİN HASTA
AGRESYONUNA YÖNELİK ALGILAMALARI VE HASTA
AGRESYONUNDAN ETKİLENME DURUMLARININ
İNCELENMESİ**

Ayşen AYÇİÇEK

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Selma DOĞAN

İSTANBUL - 2019

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik
Program :Psikiyatri Hemşireliği
Öğrenci No :164204031
Öğrenci Adı Soyadı :Ayşen AYÇİÇEK

“Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Hasta Agresyonuna Yönelik Algılamaları ve Hasta Agresyonundan Etkilenme Durumlarının İncelenmesi” isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 28 11 2019 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Prof Dr Yasemin KUTLU
(İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa)

İmza 

Danışman : Prof Dr Selma DOĞAN
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

Üye :Dr Öğretim Üyesi Elçin BABAĞLU
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza 

ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET

Bu araştırma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna yönelik algılamalarını ve hasta agresyonundan etkilenme durumlarını incelemek amacıyla yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. İstanbul İl'inde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım ünitesinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 155 yoğun bakım hemşiresi ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırma verileri Hemşire Kişisel Bilgi Formu, Agresyon (Saldırganlık) Algılamaları Ölçeği (POAS) ve hemşirelerin hasta agresyonundan etkilenme durumlarını belirlemeye yönelik olarak oluşturulan 'IMPACS' (Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği) kullanılarak, Haziran 2019- Temmuz 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin analizinde Shapiro-Wilk testi, Bağımsız gruplar t testi, Tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler testi kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan hemşirelerin %38,7'si 25-26 yaşında olup, %76,8'i kadın, %78,1'i bekar, %74,2'si lisans mezunudur. Çalışma özellikleri açısından incelendiğinde, hemşirelerin %68,4'ünün koroner yoğun bakımda görev yaptığı, %56,8'inin bulunduğu alanda 1 yıl ve daha az süredir çalıştığı, %78,7'sinin hem gündüz hem gece çalıştığı ve %58,1'inin 2-5 yıl arası çalıştığı belirlenmiştir.

Hemşirelerin tamamına yakını (%96,1) agresif davranışla karşılaştığını, %92,3'ü agresif davranışa maruz kaldığını bildirmiştir. En fazla maruz kalınan sözel agresif davranışın aşağılayıcı söz (%56,8) ve küfretme (%54,2), fiziksel agresif davranışın ise itme (%49,7) olduğu görülmüştür. Bununla birlikte hemşirelerin agresif davranışla karşılaştığında en fazla kendini güvende hissetmedikleri belirlenmiştir (%73,5). Hemşirelerin agresyonla ilgili yarısından fazlasının eğitim almadığı (%69), %61,9'unun eğitime ihtiyacının olduğu görülmüştür.

Hemşirelerin Saldırganlık Algısı Ölçeği (POAS) puanları incelendiğinde; ölçeğin, agresyonun kabul edilebilir bir davranış olduğunu belirten fonksiyonel alt boyutunun puan ortalaması 2.47 ± 0.74 olarak bulunmuştur (en yüksek x:5). Buna karşın agresyonun kabul edilemez bir fiziksel şiddet eylemi olduğunu belirten disfonksiyonel alt boyutunun puan ortalaması ise 3.74 ± 0.60 olarak bulunmuştur (en

yüksek x:5). Koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin disfonksiyonel POAS puanlarının diğer yoğun bakımlarda çalışanlardan yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Agresyon algılamalarının diğer yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelere göre daha olumsuz olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Hemşirelerin bireysel, çalışma ve agresyona maruz kalma özellikleri incelendiğinde, hemşirelerin çalıştığı birim dışında diğer değişkenler yönünden disfonksiyonel POAS puanlarında anlamlı fark bulunmamıştır.

Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği 'nin (IMPACS) puan ortalaması $X:17.99\pm3.95$ olarak bulunmuştur (En düşük x:7, en yüksek x:35). Hemşirelerin yarısının hasta agresyonundan etkilendiği görülmüştür. Bu hastalar ile çalışırken kendilerini güvende hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Bireysel, çalışma ve agresyona maruz kalma özellikleri incelendiğinde kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre agresyondan daha fazla etkilendikleri görülmüştür ($p=0.031$).

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda; yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin agresyon algılamalarının olumsuz olduğu ve hasta agresyonunu kabul edilemez bir davranış olarak algıladıkları, hasta agresyonundan etkilendikleri sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hasta agresyonu, yoğun bakım ünitesi, algı, hasta agresyonundan etkilenme, hemşire

ABSTRACT

This is a descriptive study aimed to investigate the perception of patient aggression and the effects of patient aggression in intensive care nurses. 155 nurses which are currently working in intensive care unit of a training and research hospital in Istanbul and those agreed to be participants are chosen for his study.

The research data were collected between June 2019 and July 2019 using the Nurse Personal Information Form, POAS (Perception of aggression scale) and IMPACS (The Impact of Patient Aggression on Carers Scale) which designed to determine the status of nurses affected by patient aggression. Data were analyzed using Shapiro – Wilk test, Independent groups t test, One way analysis of variance and Bonferroni corrected binary evaluations test.

38.7% of the nurses participate in the study are 25-26 years old; 76.8% are women, 78.1% are single and 74.2% are undergraduate. As we analyze working characteristics, 68,4% of the nurses works in coronary intensive care unit, 56,8% works in a department for 1 year or less, 78,7% works both day and night and 58,1% has been working for 2-5 years. Almost all of the nurses (%96,1) reported that they encountered aggressive behavior and 92.3% reported that they were exposed to aggressive behavior. The most exposed verbal aggressive behavior is humiliating (56.8%) and swearing (54.2%) and physical aggressive behaviour is pushing (%49,7). In addition to this it was found that the nurses did not feel most secure when they have faced aggressive behavior.

It was observed that more than half of the nurses were not trained (69%) and 61.9% need of training.

When the Nurses' Perception of Aggression Scale (POAS) scores were examined; The mean score of the functional subscale of the scale, which indicates that aggression is acceptable, was 2.47 ± 0.74 (highest x: 5). On the other hand, the mean score of the dysfunctional subscale, which indicates that aggression is an unacceptable act of physical violence, was 3.74 ± 0.60 (highest x: 5). The dysfunctional POAS scores of the nurses working in the coronary intensive care unit were higher than those

working in the other units and the difference between the groups was found to be statistically significant. Aggression perceptions were found to be more negative than nurses working in other intensive care units ($p < 0.001$).

When the individual, working and aggression exposure characteristics of the nurses were examined, no significant difference was found in dysfunctional POAS scores in terms of other variables except the unit where the nurses worked.

The Impact of Patient Aggression on Caregivers Scale (IMPACS) score was 17.99 ± 3.95 (lowest x: 7, highest x: 35). It was observed that the half of the nurses affected by patient aggression. They did not feel safe when they take care of this patient. When individual, working and aggression exposure characteristics were examined, it was seen that female nurses were more affected by aggression than male nurses ($p = 0.031$).

As a result of the research, it was found that nurses working in intensive care units perceived patient aggression as unacceptable behavior, they affected by patient aggression.

Key Words: Patient aggression, intensive care unit, perception, affected from patient aggression, nurse



TEŞEKKÜR

Çalışmamın her aşamasında bilgi ve deneyimleriyle rehberlik eden, desteğini, katkılarını ve zamanını esirgemeyen çok değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Selma Doğan'a,

Tez sürecimde her zaman yanımda olan, desteğini ve bilgilerini hiçbir zaman esirgemeyen, mesleğimin ilk yıllarında kendisi ile birlikte çalıőtıęım süre boyunca benim için her zaman bir sorumlu hemşireden daha fazlası olmuő, sevgili Uzm. Hem. Yeliz Biçer'e,

Araştırmaya katılan, tüm sabır ve samimiyetleriyle yanımda olup, tez çalıőmama katkı sağlayan Koroner yoğun bakım hemşirelerine,

Hayatımın her aşamasında beni destekleyen ve yanımda olan, bu günlere ulaőmamda emeği olan çok değerli aileme, her zaman koőulsuz destek sağlayan canım anneme, gülüőüyle hayatımıza anlam katan canım kardeőime,

Her zaman destek, ilgi ve anlayıőıyla yanımda olan yol arkadaőım Melih Kaptan'a,

Sonsuz teőekkürlerimi sunarım.

Ayşen AYÇİÇEK

BEYAN FORMU

Yüksek lisans tezimi olan "Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Hasta Agresyonuna Yönelik Algılamaları ve Hasta Agresyonundan Etkilenme Durumlarının İncelenmesi" adlı çalışmamın, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezimdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmamla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Ayşen AYÇİÇEK

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	v
BEYAN FORMU	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. AGRESYONLA İLİŞKİLİ TANIMLAR.....	5
2.2. AGRESYONUN ETİYOLOJİSİ	6
2.2.1. Biyolojik Kuramlar	6
2.2.2. Psikolojik Kuramlar	7
2.4. YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE AGRESYON	11
2.4.1. Yoğun Bakım Ünite Türleri.....	11
2.5. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTA AGRESYONU	12
2.5.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Agresyonu Prevelansı	13
2.5.2. Yoğun Bakım Ünitelerinde Agresyon Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler ...	13
2.6. HEMŞİRELERİN HASTA AGRESYONUNA YÖNELİK ALGILAMALARI VE ETKİLENMELERİ	15
2.7. AGRESYONUN YÖNETİMİ.....	17
2.7.1. Risk Değerlendirmesi.....	17
2.7.2. Güvenliğin Sağlanması	18

2.7.3. Fiziksel Ortamın Düzenlenmesi.....	18
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Tipi	21
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	21
3.3. Evren ve Örneklem	22
3.4. Veri Toplama Araçları	22
3.4.1. Kişisel Bilgi Formu.....	22
3.4.2. Agresyon Algılamaları Ölçeği.....	23
3.4.3. Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği (Impact of Patient Aggression on Carers Scale' -IMPACS)	24
3.5. Verilerin Toplanması	24
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	25
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	25
4.BULGULAR.....	26
5. TARTIŞMA.....	37
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	42
6.1. SONUÇ	42
6.2. ÖNERİLER.....	44
7. KAYNAKLAR.....	45
8. EKLER.....	53

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Hemşirelerin Kişisel ve Çalışma Özelliklerinin Dağılımı (N=155).....	26
Tablo 2: Hemşirelerin Agresif Davranışla Karşılaşma ve Agresif Davranışa Maruz Kalma Durumları (N=155)	27
Tablo 3: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Maruz Kaldığı Agresif Davranışlar (N=143)	28
Tablo 4: Hemşirelerin Hastaların Agresif Davranışlarından Etkilenme Durumlarının Dağılımı (N=155).....	29
Tablo 5: Hemşirelerin Agresyon ve Agresyon Yöntemleri ile ilgili Eğitim Alma ve İhtiyaç Hissetme Durumlarının Dağılımı (N=155).....	30
Tablo 6: Hemşirelerin POAS Fonksiyonel ve Disfonksiyonel ile IMPACS Puan Ortalamaları	30
Tablo 7: Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve Agresyona Maruz Kalma Özelliklerine Göre POAS Fonksiyonel Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=155)	31
Tablo 8: Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve Agresyona Maruz Kalma Özelliklerine Göre POAS Disfonksiyonel Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=155).....	33
Tablo 9: Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve Agresyona Maruz Kalma Özelliklerine Göre IMPACS Puanlarına Göre Karşılaştırılması (N=155).....	35

KISALTMALAR DİZİNİ

SB : Sağlık Bakanlığı

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

POAS : Perception of Aggression Scale (Saldırganlık Algısı Ölçeği)

IMPACS : Impact of Patient Aggression on Carers Scale (Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği)

KLP : Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi

KVC : Kalp Damar Cerrahisi

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Agresyon (saldırganlık) sağlık bakım kurumlarında sıklıkla karşılaşılan ve hastalar ve çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden önemli bir sorundur (Pekriz 2009).

Agresyon ya da saldırganlık, Ruhbilim Terimleri Sözlüğü'nde (Enç, 1980, s.158) 'bireyin kendi düşünce ya da davranışlarını, dıştaki direnmelere karşın zorla karşısındakine benimsetme çabası' olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanıma göre saldırganlık, 'başkalarını inciten, psikolojik ve fizyolojik zarar verebilen her türlü davranış', 'başkalarını incitme niyeti taşıyan her türlü davranış' ya da 'öfke içeren davranış' şeklinde ifade edilmektedir (Hasta ve ark., 2013)

Sağlık bakım kurumlarında çalışanlara yönelik agresyon oranları son yıllarda giderek artmaktadır (Arslan ve ark., 2018; Büyükbayram ve ark 2013). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) ve Uluslararası Hemşireler Birliği (ICN)' nin 2002 yılında birlikte hazırladıkları raporda; saldırganlık olaylarının çoğunluğunun sağlık sektöründe meydana geldiği bildirilmiştir. Literatürde; bu oranın diğer kurumlara kıyasla 16 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Arslan ve ark 2018, Tetik ve ark 2018).

Sağlık bakım kurumları stresli ve agresyon yönünden riskli ortamlardır. Bu hizmetlerin sunulduğu alanlar içinde, acil servis, ambulans hizmetleri, psikiyatri klinikleri, yoğun bakım üniteleri saldırganlık ve şiddet olayları açısından öncelikle riskli birimler olarak tanımlanmaktadır. Türkiye'de yapılan bir çalışmada acil servis, poliklinik ve yoğun bakım ünitelerinin saldırganlık olayları açısından riskli birimler olduğu belirlenmiştir (Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, 2013).

Yoğun bakım üniteleri, kritik hastaların iyileşmesi için gerekli olan tüm desteğin sağlandığı, yer, mekân ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan işlerin, ileri teknolojik cihazlarla yürütüldüğü, hastaların 24 saat yaşamsal göstergelerinin izlendiği disiplinli ve işinde uzman bir ekibin hizmet sunduğu kliniklerdir (Sağlık Bakanlığı 2012). Bu birimler hastalık veya bir travma sonucunda yaşam fonksiyonları ileri derecede bozulmuş olan veya bozulma riski taşıyan hastaların tedavi ve bakım gördüğü birimler olarak tanımlanmaktadır (Gürdoğan ve ark 2016, Toraks.org, 23.10.2018).

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan kişilerin stresli çalışma ortamları, bakım verdikleri hastalar ve aileleri göz önüne alındığında, agresyon ve şiddet eylemlerine daha çok maruz kalabildiği belirtilmektedir (Aslan ve ark., 2005; Duğan 2005). Hahn ve ark. (2012) yaptığı bir çalışmada yoğun bakım ünitesinde çalışan sağlık personelinin, %58 oranında, hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddet ve saldırganlık olaylarına maruz kaldığı belirlenmiştir.

Hasta ve hasta yakınlarından kaynaklı agresyon ile en fazla karşı karşıya kalan grupların başında hemşireler gelmektedir. Bunun nedeni hemşirelerin hastane ortamlarında hasta ve hasta yakınları ile ilk temas eden ve sürekli bir arada olan sağlık çalışanları olmasıdır. Lynch ve ark (2003) Birleşik Krallık'ta yaptığı bir çalışmada yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin %87 oranında hasta agresyonuna maruz kaldığını bildirirken, doktorlarda bu oranın daha düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Saldırganlığın hastalara, çevresel koşullara ve çalışanlara özgü pek çok nedenleri vardır. Yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar, yaşamının tehdit altında olması, hareket kısıtlılığının olması, yatağa bağımlı olması, ağrılı invaziv işlemlere maruz kalması, yabancı kişiler ve çevre, aile ve yakınlarını görememesi, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterli bilgilendirilmemesi gibi nedenlerle güçsüzlük, ümitsizlik, anksiyete, öfke, depresyon, uyku yoksunluğu, duyuşal yüklenme, duyuşal yoksunluk, ajitasyon, deliryum, uyum güçlüğü gibi birçok psikolojik semptomu deneyimleyebilmektedirler (Dedeli ve ark., 2008). Yoğun bakım ünitesindeki monitör ve diğer cihazların çıkardıkları sesler, ısı, yetersiz aydınlatma, hastaya bağlanan araç-gereçler, personelin yoğun ve zor çalışma temposu, kritik hastaya bakım verme gibi sebepler yoğun bakım ünitelerinde agresyon oluşumuna neden olmaktadır. Bu sebeple hemşirelerin hastaların agresyonunu etkili bir biçimde yönetmesi gerekir.

Ancak hemşirelerin hasta agresyonunu etkili yönetmek için bu durumu nasıl algıladıkları ve etkilendiklerinin bilinmesi önemlidir.

Yapılan alışmalar hemşirelerin hasta agresyonuna yönelik algılamalarının genel olarak olumsuz yönde olduğunu göstermektedir. oban'ın (2011) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin agresyon yönetimi eğitimini almadan önce agresyonu kabul edilemez bir davranış olarak gördükleri, agresyon yönetimi konusunda eğitim aldıktan sonra ise agresyon algılamalarının daha olumlu olmaya başladığını belirlenmiştir.

Hemşirelerin hastaların agresif davranışlarına karşı olumsuz algı ve duygular içinde olması, öfke, korku, incinme vb. olumsuz duygular yaşamalarına, hatta işten soğuma, ayrılmaya kadar giden olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. ner 'in yaptığı bir çalışmada (2011) hemşirelerin, hasta agresyonu sonucunda %79,0'unun yüksek düzeyde duygusal tükenme yaşadıkları bildirilmiştir. Foster ve ark nın (2007) alışmasında hemşirelerin agresif davranışla karşılaştıktan sonra kendilerini tehdit altında hissettikleri belirlenmiştir.

Hasta agresyonuna yönelik yapılan çalışmalar genel olarak psikiyatri servisinde ve acil serviste çalışan hemşirelerde yapılmıştır. Yoğun bakım üniteleri de özellikleri ve stresli çalışma ortamları nedeniyle hasta agresyonunun sık yaşandığı birimlerdir. Ancak lkemizde bu birimlerde çalışan hemşirelerin hastaların agresif davranışlarını nasıl algıladığı ve etkilendiği ile ilgili çalışmalar yetersizdir ve bu nedenle bu çalışmanın yapılması planlanmıştır.

AMAÇ

Bu araştırma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna yönelik algılamaları ve hasta agresyonundan etkilenme durumlarının ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Soruları

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin;

1. Hasta agresyonu ile karşılaşma durumları nasıldır?
2. Agresyon ve agresyon yönetimi ile ilgili eğitim alma durumları nasıldır?
3. Agresyon Algılamaları Ölçeği fonksiyonel ve disfonksiyonel agresyon algısı puan ortalamaları nasıldır?
4. Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği puan ortalamaları nasıldır?
5. Fonksiyonel ve Disfonksiyonel Agresyon Algısı puan ortalamalarında bireysel, çalışma ve hasta agresyonu ile karşılaşma ve eğitim alma özellikleri yönünden fark var mıdır?
6. Agresyonun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği puan ortalamalarında, bireysel, çalışma ve hasta agresyonu ile karşılaşma ve eğitim alma özellikleri yönünden fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

Klinik uygulamanın ve günlük yaşamın ayrılmaz bir parçası olan agresyonun kökeni ve nedenleri hakkında çok sayıda araştırma yapılmış ve birçok kuram geliştirilmiştir (Abderhalden ve ark., 2002). Agresyon (saldırganlık), başkalarını veya malları tehdit eden veya zarar veren sözlü, sözlü olmayan veya fiziksel davranış olarak tanımlanır. Saldırganlık psikiyatrik bir hastalığın veya tıbbi bir hastalığın belirtisi olabilir (Lagace ve ark., 2006). Günümüzde saldırganlık olayları; biyoloji, psikoloji ve sosyoloji gibi farklı disiplinler tarafından analiz edilmektedir (Kızmaz 2006).

2.1. AGRESYONLA İLİŞKİLİ TANIMLAR

Agresyon (saldırganlık), kişiye fiziksel veya psikolojik zarar verme niyetiyle yapılan, sesin yükseltilmesinden silahlı saldırıda bulunmaya kadar birçok farklı şekilde meydana gelebilen bir davranıştır. Genellikle kişinin kendisine, diğer kişilere ve çevreye yönelik hasar vermesine ve yaralanmalara neden olabilmektedir (Savaşan ve ark., 2018; Terzi ve ark 2011).

Agresyonun altında yatan öfke duygusu hafif bir kızgınlıktan, agresyon, ajitasyon ve şiddete kadar ilerleyici olabilen yoğun bir duygusal durumdur.

Öfke; bireyin algıladığı bir tehdide karşı yaşadığı hoşnutsuzluk, hayal kırıklığı, anksiyete içerebilen gergin ve heyecanlı bir duygusal durumdur. Öfke; bireyi, dışarıdan gelebilecek potansiyel tehlike ve travmalara karşı uyarıcı sağlıklı bir duygudur (Günüşen 2016).

Ajitasyon; bireyin, yakınlarının ya da sağlık personelinin güvenliğini riske atan, tıbbi bakımını engelleyen sözel, sesli veya motor davranışlardır (Yıldız 2003). Agresyon (saldırganlık); bedensel ve ruhsal açıdan, kendine veya bir başka kişiye yönelik zarar verme amacıyla ortaya çıkan, kızgınlık, öfke ve nefret dolu, yıkıcı davranış olarak tanımlanmaktadır (Abderhalden ve ark., 2002). Şiddet ise; kendine ya da diğer bireylere kasıtlı olarak zarar vermek amacıyla zor kullanarak ya da güç uygulanarak yapılan, ölüm, yaralama, ruhsal zedelenmelere neden olan bir davranıştır. Birey öfke kontrolünü tamamen kaybettiği zaman şiddet ortaya çıkar. Sağlıkta şiddet ise; hasta, hasta yakını ya da diğer bireylerden gelen, sağlık personeli için risk oluşturan, sözel,

fiziksel ya da cinsel saldırıdan oluşan bir durumdur (Günüşen 2016, Yeşilbaş 2016).

2.2. AGRESYONUN ETİYOLOJİSİ

2.2.1. Biyolojik Kuramlar

Agresyon davranışının gelişmesinde sorumlu tutulan bir faktör zeka ve yürütücü işlevlerle ilişkili performans temelli bilişsel süreçlerdir (Yalçın ve ark 2013). Biyolojik kuramlar; genetik, nörotransmitterler, beyinde yapısal kusurlar, nörofizyolojik etmenler, hormonlar gibi agresyon oluşumunu biyolojik temel üzerinde açıklamaya çalışan kuramlardır.

Genetik ile ilgili yapılan birçok kromozom anormallikleri ve ikiz çalışmalarının sonucunda genlerdeki farklı kombinasyonların, agresyonun oluşumuna neden olduğuna dair bulgular elde edilmiştir (Abay 2000). Aile, ikiz ve evlatlık çalışmalarının sonuçları, saldırgan davranışların %0 dan %50 ye kadar olan kısmının kalıtsal olduğunu ileri sürmektedir. Başlarda erkek ve dişilerde ki davranış farkından yola çıkarak, saldırganlığın fazla Y kromozomu ile vahşi cinayetler arasında bir ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Sonraki araştırmalarda ise Y kromozomu ile cinayetler arasında hiçbir şekilde bir ilişkinin olmadığı fark edilmiştir. (Saloojee 2009)

Coccaro ve arkadaşları (1997), doğrudan fiziksel agresyon gösterenlerde bireylerde genetik geçişin %47, dolaylı fiziksel agresyonda %40, sözel agresyonda ise %28 olduğunu bildirmiştir. (Abay 2000)

Nörotransmitterler: Dürtüsel agresif davranışlar dopaminerjik sistemin regulasyonunu yapan serotonerjik sistem başta olmak üzere prefrontal korteks'teki birçok nörotransmitter arasındaki dengenin bozulmasıyla ilgilidir. Kolinerjik ve katekolaminerjik sistemler agresyonu artırırken; serotonerjik sistemlerin agresyonu inhibe ettiği bulunmuştur (Yalçın ve ark., 2013).

Beyinde Yapısal Kusurlara bakıldığında insanda saldırganlıkla ilgili beyin alanları amigdala, temporal lob ve limbik sistemdir. Dürtüsel eylemlerin kontrolünde ve inhibisyonunda orbitomediyal prefrontal korteks rol alır. Bu alanın lezyonları dizihibe, saldırgan ve özkıyımaya yönelik davranışları ortaya çıkarır. Agresyon konusundaki bilgi birikimi limbik sistemin özellikle temporal lobdaki iki limbik yapının (amigdala ve hipokampusun) işlev bozukluğuna işaret eder.

Baskın hemisfer, frontal ve temporal lob anormalliklerinin şiddetle yakın ilgisinin olduğuna ilişkin bulgular vardır. PET incelemeleri psikiyatrik hastalarda sol temporal ve frontal loblarda glukoz kullanımı ve kan akım ölçümlerinde anormallikler göstermiştir.

Saldırgan davranışı kontrol eden prefrontal kortikal işlevin, özellikle dürtüsel şiddet gösteren bireylerde bozuk olduğu bildirilmiştir. (Abay 2000)

Nörofizyolojik Etkenler; Beyinde nörofizyolojik işlev bozukluklarına dikkat çeken araştırmacıların bir grubu şiddet davranışı ile ilgili olarak temporal lob epilepsisini, diğer bir grup ise daha az dikkat çeken limbik iktus ve epizodik kontrol bozukluğunu ilişkilendirmiştir. Ancak, epileptik nöbetler sırasında şiddet nadir, agresif davranış stereotipik, güçsüz ve amaçsızdır. Geniş bir araştırmada şiddet davranışı bakımından epileptik olan ve olmayanlar arasında önemli fark bulunamamıştır. Psikomotor epilepsili çocukların daha fazla şiddete yönelik oldukları bulunmuştur. Temporal lob epilepsili şiddet gösteren çocukların nöbetlerle doğrudan ilgisi olmayan ve dürtü kontrolünü bozabilecek bellek bozukluğu, düşük IQ, sık kafa travma öyküsü, paranoid düşünce ve varsanılarının bulunduğu belirtilmiştir. (Abay 2000)

Hormonlardan yoğun adrenalin ve kortiko-steroid aktivitesinin saldırganlığı tetiklediği belirtilmektedir. Erkeklerde testosteron artışının da saldırgan davranışları etkili bir biçimde artırdığı gözlenmiştir. (Saloojee 2009)

Sonraki zamanlara kadar saldırgan davranışın yalnızca testosteron ile ilişkili olabileceği kabul edilmiştir. Fakat son yıllardaki çalışmalar önemli alternatiflerin olduğunu göstermiştir. P maddesi ve norepinefrinin, agresyon davranışını artırdığı, östrojen, serotonin ve oksitosinin ise agresif eğilimleri azalttığı gösterilmiştir (Yalçın ve ark., 2013).

2.2.2. Psikolojik Kuramlar

Agresif davranışın oluşumuna ilişkin psikolojik kuramlar; İçgüdü (Psikanalitik ve Etooloji) ve Dürtü (Engellenme-Saldırganlık) Kuramı ile açıklanmaya çalışılmıştır. (Oral ve ark., 2004)

Freud'a göre agresyonun varlık nedeni kendinde olan bağımsız bir içgüdüdür. Sosyal ilişki eksikliğinin, özellikle sevgi ve sosyal ilişki kaybının agresyonu arttırdığını savunmuştur. Bu içgüdünün doyumu sağlanmadığı zaman agresyon patolojik bir şekilde açığa çıkabilir. (Saloojee 2009)

Freud, “**ikili içgüdü kuramı**”nda, ölüm içgüdüsünü, bireyin ve insan yaşamının parçalanmasını dürtüleyen bir güç olarak ele almış; yaşam ve ölüm içgüdüleri arasındaki ilişkinin kutuplaşmış şekilde olduğunu belirtmiş ve yıkıcı olan ya da olmayan herhangi bir aktivitenin, karşıt güçlerin birbirleriyle etkileşimi olduğunun yorumunda bulunmuştur. Freud, öfke ve düşmanlık duyguların, tıpkı seksüel isteklerin yaptığı gibi, çatışma ve bilinç dışı suçluluk duygularına sebep olduğunu ve bu etkilerin de savunmacı aktiviteyi başlattığını düşünmüştür. İkili dürtü kuramına göre, agresif uyaranlar sevgiyle (yaşam içgüdüleri) yeterli derecede kaynaşmazsa, yıkıcılık ve agresyonda artışa neden olacaktır (Bilgin ve ark., 2012)

Dürtü kuramı Dollard ve ark. (1939), Freud'un içgüdü tezini daha nesnel davranışsal terimlere dönüştürme isteğiyle kuramlarında, agresif davranışın, agresif dürtülerden doğmasına rağmen, bu dürtünün içgüdüsel bir yapıda olmayıp, engelleyici dış uyaranın algılanmasıyla ortaya çıktığını ileri sürmüşlerdir. Amaca yönelik yanıtların sürekli şekilde durdurulması, organizmada agresif enerjinin oluşmasına neden olmaktadır (Bilgin ve ark., 2012).

2.2.3. Sosyal Kuram

Uygun şekilde ödüllendirilmeyen ya da cezalandırılmayan, aile içinde şiddete tanık olan, maruz kalan, ebeveyni suç davranışı gösteren çocuklar sosyal problemlerle başa çıkma yetenekleri geliştiremezler. Ebeveynler çocuklarının gerekli sosyal yetenekleri geliştirmesinden sorumludurlar. Yapılan çalışmalarda bebeklikte istismara maruz kalma, maternal rejeksiyon, ihmal edilme, eşler arası çatışmaların olması, birincil bakım verenin sık değişmesi, tutarsız ya da sıkı disiplin yöntemleri ve cinsel ve fiziksel istismara maruz kalmanın bebeklikte ve daha sonraki yetişkin dönemde şiddet ve saldırgan davranışların oluşması açısından risk faktörleri olarak bulunmuştur (Yalçın ve ark., 2013).

Sosyal öğrenme kuramında agresyonu açıklamaya yönelik çabaların önde gelen iki teorisyeni Buss ve Bandura'dır. Buss'a göre agresif davranış tamamen öğrenilmiş bir davranıştır ve diğer enstrümental davranışlar gibi ödül ve ceza yoluyla öğrenilmiştir. Bandura ise iç dürtülere bağlı olmayan bilişsel oryantasyonlu bir öğrenme teorisi ile agresyonu açıklamaya çalışmıştır.

Agresyonun temel nedeni Bandura'ya göre, olumlu sonuçlara dair beklentinin yarattığı bir motivasyondur. Yani insanlar gelecekteki kâr beklentilerini, o davranışı gerçekleştirmenin bedelinden fazla bulurlarsa agresif davranışlar sergileyebilmektedirler. Bandura'ya göre insanlar çoğu davranışlarını özellikle de kompleks olanları, diğerlerini izleyerek, model alarak öğrenirler. Bireyin öğrenmesine aile üyeleri, sosyal çevre ve medyada yer alan sembolik modeller etki eder (Oral ve ark., 2004)

2.3. AGRESYON TÜRLERİ

Agresyon, fiziksel ya da psikolojik zarara neden olan ya da zarar verme amacıyla yapılan bir davranış olarak birçok formda meydana gelebilmektedir. Bir tartışma sırasında hastanın sesini yükseltmesinden (sözel agresyon), silahlı saldırıda bulunmasına (fiziksel agresyon) kadar geniş bir yelpazede değerlendirilmektedir. (Bilgin ve ark., 2012; Günüşen 2016; Irwin 2006)

Saldırganlık üzerine çalışan birçok araştırmacı, agresyonu tek bir başlık altında tanımlamak yerine, farklı saldırganlık türlerinin var olduğunu ve bunların birbirinden farklı şekillerde tanımlanması gerektiğini ileri sürmüştür. Buna dayanak noktası olarak da araştırmacılar, farklı uyaranların, farklı fizyolojik, psikolojik ve zihinsel süreçlere birleşerek birbirinden farklı saldırganlık türlerinin oluşumuna kaynaklık etmesini göstermektedir. (Çelik ve ark., 2009)

Bundan hareketle Feshbach (1970), saldırganlığı 2 alt tipe ayırarak tanımlar; Birinci Alt Tip: “Duygusal”, “tepkisel”, “koruyucu”, “atılğan” ya da “sıcakkanlı” saldırganlık başlığı altında başkaları tarafından başlatılan **fiziksel ya da sözel** saldırıya karşı verilen sert tepki olarak tanımlanır. Bu saldırganlık türü, nispeten duygusal üstünlük ve kontrol kurmayı amaçlamaktadır.

İkinci Alt Tip ise: “yıkıcı”, araçsal”, proaktif” ya da “soğukkanlı” saldırganlık olarak adlandırılır. Bu saldırganlık türü ise; başkalarına karşı üstünlük, hâkimiyet kurmayı ve onlara hükmedip kontrol etmeyi amaçlayan davranış biçimleri olarak tanımlanır.

Dodge ve Coie (1987), ise saldırganlığı **tepkisel (reactive) ve proaktif (proactive)** olmak üzere iki kategoriye indirgeyerek açıklar.

Tepkisel saldırganlık; sezilen bir tehdide, korkutucu bir olaya ya da düşmanlık niyeti taşıyan belirli ya da belirsiz kışkırtıcı davranışlara karşı verilen koruyucu/savunmacı tepki olarak tanımlanmıştır. Tepkisel saldırganlığın amacı, algılanan tehdidi ortadan kaldırmaktır. Buna karşın **proaktif saldırganlık** ise, ortada herhangi bir kışkırtıcı olmadan başkalarına karşı zarar vermeyi, üstünlük ya da baskı kurmayı amaçlayan davranışlar olarak tanımlanmaktadır.

Buss (1961) saldırganlığı üç boyut içinde sınıflandırmayı uygun bulmuş ve saldırganlığı;

- fiziksel ya da sözel saldırganlık,
- aktif ya da pasif saldırganlık,
- doğrudan ya da dolaylı saldırganlık, şeklinde kategorize etmiştir.

İttirmek, baskı yapmak, çekiştirmek, vurmak, ısırarak, vb davranışlar fiziksel saldırganlığa örnek olarak gösterilirken, sözel iletişim yoluyla psikolojik olarak karşıdaki kişiye incitmek ve ona zarar vermek ise, sözel saldırganlık olarak tanımlanmıştır. **Aktif saldırganlık**, amaca yönelik bir davranış olup, bu davranış biçiminde saldırganın kurbana acı çektirme ve canını yakma amacı esastır. **Pasif saldırganlık ise**, aktif saldırganlık zıttı olup karşıdaki kişiye aktif olarak tahribat vermek yerine, onun amacını gerçekleştirmesine engel olmak olarak tanımlanabilir. **Doğrudan saldırganlık** karşıdaki kişiyi kışkırtmaya ya da öfkelenmeye neden olabilecek zararlı uyarıların direkt olarak karşıdaki kişiye gönderilmesi sonucunda oluşan saldırganlık türü iken, **dolaylı saldırganlıkta** ise dolambaçlı yollarla karşıdaki kişiye zarar verici uyarıların gönderilmesi söz konusudur.

Çelik ve ark., (2009) un belirttiğine göre Buss & Perry fiziksel, sözel ve dolaylı saldırganlığın “diğerlerini incitmeyi ya da onlara zarar vermeyi” içerdiği sonucuna varmışlar ve bu saldırganlık türlerinin ayrıca saldırganlığın davranışsal bileşenini temsil ettiğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte Öfke'nin, “fizyolojik uyarılma ve saldırganlığa hazırlanmayı” içerdiği ve saldırganlığın duygusal bileşenini oluştururken ve düşmanca saldırganlığın ise “acımasızlık ve haksızlık duyguları”ni içerdiğini ve saldırganlığın bilişsel bileşenini temsil ettiği sonucuna varmışlardır (Çelik ve ark., 2009).

2.4. YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİNDE AGRESYON

Yoğun bakım ünitesi, yaşamı tehdit altında olan bireylere en üst düzeyde yarar sağlamak amacıyla hizmet veren, çok sayıda teknolojik araç gerecin bulunduğu ve ekip yaklaşımının yaşamsal önem taşıdığı bakım merkezleri olarak tanımlanmaktadır (Terzi ve ark., 2011). Bir ya da daha fazla organ veya sistemde ciddi işlev bozukluğu nedeniyle yoğun bakım gereksinimi olan hastaların iyileştirilmesini amaçlayan, yerleşim biçimi ve hasta bakımı açısından ayrıcalık taşıyan, ileri teknolojiye sahip cihazlarla donatılmış, 24 saat yaşamsal göstergelerin gözlemi ve hasta tedavisinin yapıldığı kliniklerdir.

2.4.1. Yoğun Bakım Ünite Türleri

Birinci Düzey Yoğun Bakım Ünitesi

Temel monitörizasyon (EKG, ritm, oksijen saturasyonu, kan basıncı, nabız, ateş) yöntemlerine sahip, sıvı ve kan ürünleri replasmanı, entübasyon, kardiyopulmoner resusitasyon ve hastanın ilk stabilizasyonu yapılabilen; 2. veya 3. basamak yoğun bakım ünitelerine transfer yapabilen yoğun bakım üniteleridir. Koroner yoğun bakımlar, 2. ve 3. basamak yoğun bakımların diğer özelliklerini karşılayamayan yoğun bakım ünitelerini kapsar. Takip ve tedavileri için rutin yöntemler yeterli olmayan, ancak, henüz organ yetmezliği başlamamış, solunum desteğine ihtiyaç duymayan, yakın takibi gereken hastalar bulunmaktadır.

İkinci Düzey Yoğun Bakım Ünitesi

Birinci basamak yoğun bakım ünitelerine göre daha detaylı gözlem ve girişimlerin yapıldığı, tek organ yetmezliği olan ve destek tedavilerinin yapıldığı (diyaliz, hemofiltrasyon, plazmaferez, mekanik ventilasyon gibi) yoğun bakım üniteleridir. Kliniklerin içinde yer alan yoğun bakım üniteleri (kardiyovasküler cerrahi ve koroner hariç), 3. basamak yoğun bakımlara transfer yapabilen yoğun bakım üniteleri, 3. basamak yoğun bakım ünitelerinin diğer özelliklerini karşılayamayan yoğun bakım ünitelerini kapsar. 1. basamak yoğun bakım hastası özelliklerine ek olarak kısa süreli ve daha detaylı gözleme, girişimlere (invaziv monitörizasyon) ve yaşamsal desteğe ihtiyacı bulunan hastalar tedavi görmektedir.

Üçüncü Düzey Yoğun Bakım Ünitesi

1. ve 2. basamak hastalarının özelliklerine ilave olarak uzun süreli nitelikli gözlem ve girişim, uzun süreli yaşamsal destek gereksinimi bulunan veya çoklu organ yetmezliği gelişmiş hastaların yattığı, en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapılabilen yoğun bakım üniteleridir (Sağlık Bakanlığı, Yoğun Bakım Genelgesi)

2.5. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HASTA AGRESYONU

Agresyon sağlık bakım kurumlarında sıklıkla karşılaşılan ve hastalar ve çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden önemli bir sorundur.

Sağlık bakım hizmetlerinin sunulduğu alanlar içinde, acil, ambulans hizmetleri, psikiyatri klinikleri şiddet açısından öncelikle riskli birimler olarak tanımlanmaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin, stresli çalışma ortamları, bakım verdikleri hastalar ve aileleri göz önüne alındığında, yoğun bakım ünitelerinin de agresyon ve şiddet eylemlerine özellikle yatkın ortamlar olduğu belirtilmektedir. (Özcan ve ark., 2010; Solgun ve ark., 2018)

Yoğun bakım üniteleri genellikle gürültülü ve karmaşık ortamlardır ve bu durum hastaların korku ve endişesini arttırabilmektedir. Hastanın kaygılı olduğu böylesine karışık ve yoğun bir ortamda, hastaların psikolojik ve sosyal gereksinimleri, fiziksel bakım gereksinimlerine göre gözardı edilebilmektedir (Aktaş ve ark., 2016)

2.5.1. Yoğun Bakım Ünitesinde Hasta Agresyonu Prevelansı

Hemşirelerin saldırgan davranışlara maruz kalmaları genel hastanelerde değişiklik göstermekle birlikte genellikle yüksektir (%49–91) (Pazvantoğlu ve ark., 2011). Yapılan bir araştırmada son bir hafta içinde acil servislerde, yoğun bakım ünitelerinde ve psikiyatrik birimlerde çalışan 10 hemşireden birinin saldırıya uğradığı tespit edilmiştir. (Sağlıkta Şiddeti Önleme Komisyon Raporu, 2013: 128). Avustralya’da farklı kliniklerde çalışan 2407 hemşire üzerinde yapılan bir çalışmada, yoğun bakım hemşireleri; fiziksel saldırıya uğramada 5. sırada, psikolojik saldırıyı da kapsayacak nitelikte sözel saldırıya uğramada ise 6. sırada yer almaktadır.

ABD’de 303 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada da yoğun bakım üniteleri, medikal ve cerrahi servislerinden sonra en çok şiddetin yaşandığı, acil servislerden bile öncelikli yerler olarak bildirilmiştir (Özcan ve ark., 2010)

2.5.2. Yoğun Bakım Ünitelerinde Agresyon Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler

2.5.2.1. Hastaya Ait Faktörler

Genellikle bireyin doğasında var olan (biyolojik faktörler, tıbbi tanı, yaş, cinsiyet, ekonomik durum vb. demografik özellikler, çocuklukta kötüye kullanım/şiddet öyküsü, yatış öncesi şiddet öyküsü, hastalığın aşaması), yani, hemşirelik girişimleriyle giderilmesi mümkün olmayan faktörler yer almaktadır (Bilgin ve ark., 2012)

Yapılan çalışmalar cinsiyet açısından incelendiği zaman saldırganlık ve şiddet uygulayanların genellikle erkekler olduğu görülmüştür (Lagace ve ark., 2006; Gillespie ve ark., 2010; Çamcı ve ark., 2011; Dinçer 2010; Büyükbayram ve ark., 2013).

Bedensel ya da kronik hastalığı olan bireylerin ölüm korkularının fazla olması sonucunda öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu ve öfkeyi saldırgan davranışlarla ifade ettikleri görülmüştür. Türkiye İstatistik Kurumu’nun 2017 verilerine göre; hastaların ölüm nedenleri incelendiğinde kalp hastalıklarının birinci sırada yer aldığı belirlenmiştir. Hastalar ölüm korkusuna bağlı olarak çevresine karşı öfke, ajitasyon, saldırgan davranışlar gösterebilirler.

Bleil ve ark (2004) yaptığı bir çalışmada bedensel hastalıklar ile öfke ilişkisi incelendiğinde kalp damar hastalıklarının en dikkat çeken hastalık grubu olduğu bulunmuştur. (Dinçer 2010; Batıgün ve ark., 2011)

Yoğun bakım ünitelerinde, durumu kritik olan hastalara kapalı bir ortamda ve sınırlı ziyaret süreleri ile hizmet verilmektedir. Hastanın tıbbi durumu, yoğun bakım ünitelerinin kuralları, alışık olunmayan çevre ve kişiler, hareket kısıtlılığı, uyku düzeninin bozulması, aile bireyleri ve yakınlarını görememe, araçlara veya yoğun bakım ünitesine bağımlılık duygusu, sık tekrarlanan ağrılı manipülasyonlar, hastalık, tedavi ve uygulamalar hakkında yeterince bilgi sahibi olmamaları gibi faktörler hastalarda saldırganlık belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. (Bahçıvan ve ark., 2011; Dedeli ve ark., 2008; Gürdoğan ve ark., 2017; Hintistan ve ark., 2009)

2.5.2.2. Personel ile İlgili Faktörler

Çalışana ait faktörlerde, çalışanın cinsiyeti, mesleki deneyimi, agresyonla baş etme ve agresyon yönetimi konularında eğitim alma durumu, çalışan-hasta oranı gibi özelliklerin agresyon/şiddet insidansı üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Coşkun ve ark., 2010).

Ayrancı ve ark (2006) yaptığı bir çalışmada kadın sağlık çalışanlarının şiddet ve saldırganlık olaylarına daha çok maruz kaldığı belirlenmiştir.

Sağlık çalışanın mesleki deneyimi agresif davranışı önlemede önemli olduğu vurgulanmıştır (Jansen, 2005). Whittington (2002) mesleki deneyimi 15 yıldan daha fazla olan sağlık çalışanlarının agresyona karşı daha toleranslı olduğunu belirtmektedir.

Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşireler kritik hasta bakımı ve ölümlerle diğer birimlere göre çok daha fazla karşılaşmakta, diğer servislerden farklı olan yapısı nedeniyle, emosyonel ve fiziksel olarak daha fazla zorlanmaktadırlar.

Hemşirelik uygulamaları sırasında; uzun süre ayakta kalma, zaman baskısı, zor ya da karmaşık görevler, yetersiz dinlenme araları, tekdüzelik, kötü çalışma koşulları, sıkıntıda olan hasta ve yakınları ile empati yapmak zorunda kalma, hasta bakımının yarattığı kaygılar, alandaki yenilikleri takip etme gerekliliği, düzensiz mesai saatleri, iş birliğinde problem, yetersiz eleman, bozuk araç gereç, ekip içi çatışmalar ve rol belirsizliği gibi faktörlerin agresif davranışı önlemede ve başatmede etkili olduğu vurgulanmaktadır (Solgun ve ark., 2018).

2.5.2.3. Çevre ile İlgili Faktörler

Kalabalık, gürültü, mahremiyet azlığı, ısı, yetersiz aydınlatma gibi birçok değişkeni içermektedir. Hastanın özgürlüğünü kısıtlayan hastane ortamının hastaların davranışlarını etkileyebildiği ileri sürülmektedir (Bilgin ve ark., 2012)

Demir ve Öztunç'un (2017) yaptığı bir çalışmada hastaların %75'i yoğun bakım ünitesinde buldukları sürece uyku problemi yaşadıklarını, uyku problemi yaşama nedenlerinin başında gürültünün olduğunu ifade etmişlerdir. En fazla şikayetçi olunan gürültü kaynağının yoğun bakım ünitesinde bulunmanın bir sonucu olan alarm sesleri (%61) olduğu saptanmıştır (Demir ve ark., 2017).

2.6. HEMŞİRELERİN HASTA AGRESYONUNA YÖNELİK ALGILAMALARI VE ETKİLENMELERİ

Algılama; Duyu organları yoluyla elde edilen verileri analiz edip yorumlayarak çevredeki nesne ve olaylara anlam verme sürecidir.

Sağlık personelinin agresyon karşısındaki algısı ve tutumu, hastaya vereceği tepkinin ve yaklaşımının belirleyicisi olmaktadır. Agresyonun nedenlerinin iyi bilinmesi, istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını da önleyecektir (Bilici ve ark., 2013).

Hemşirelerin agresyon karşısındaki davranışlarını, kişisel (yaş, cinsiyet, eğitim durumu vb.) ve mesleki özellikleri, agresyon deneyimleri, tutumları, inançları ve algılamaları belirlemektedir (Nau ve ark., 2007).

Hemşirenin yaşı, cinsiyeti ve agresyon deneyimi gibi kişisel ve mesleki özellikleri ile agresyon algılamaları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu vurgulanmaktadır. Hemşirelerin hasta agresyonuna yönelik algılamaları ve tutumları agresif davranışı yönetmelerinde önem taşımaktadır. Bununla ilgili yapılan çalışmalarda daha genç, eğitim düzeylerinin daha düşük, daha az tecrübeli, bu konuda yeterli eğitim almamış sağlık çalışanlarının hasta saldırganlığına daha çok maruz kaldığı görülmüştür. Bu nedenle saldırıya maruz kalma riski yüksek olan personelin eğitimi oldukça önemlidir. Saldırıların önlenmesi, agresyona maruz kalan sağlık personelinin hastaya en uygun müdahalede bulunabilmesi için bu konuda eğitim alıp, yeterli bilgi birikimine sahip olması gerekmektedir.

Yapılan çalışmalarda hemşirelerin hasta agresyonuna yönelik tutumlarının çoğunlukla negatif olduğu belirlenmiştir. (Abderhalden ve ark., 2002; Jansen 2005; Pekriz 2009)

Pekriz (2009) tarafından yapılan bir çalışmada, çalışma kapsamına alınan hemşirelerin çoğunluğunun meslek hayatı boyunca hem sözel hem de fiziksel agresif davranışlara 'en az 1 kez' maruz kaldıkları belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada hemşirelerin agresyonu, çalıştıkları alanda hastalarla iletişimi ve bakımı geliştirmeye yönelik bir kavram olarak ele almadıkları bulunmuştur. Hemşireler tarafından agresyonun çoğunlukla yıkıcı bir davranış olarak algılanmasının da bu araştırmada net olarak ortaya çıkan bir sonuç olduğu ifade edilmiştir.

Pazvantoğlu ve ark yaptığı bir çalışmada (2011) hemşirelerin hasta saldırganlığı algılamalarının genellikle olumsuz olduğu görülmüştür. Öner 'in yaptığı bir çalışmada ise (2011) hemşirelerin, hasta agresyonu sonucunda %79'unun yüksek düzeyde duygusal tükenme yaşadıkları belirtilmiştir.

Agresyon bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal yapısına zarar verebilmektedir. Bu bağlamda, sağlık personelinde agresif davranış sonrasında gerginlik, huzursuzluk, kaygı bozuklukları, depresif bozukluk, uyku sorunları, alkol ve madde kullanımında artış görülebilmektedir. Çalışanlardaki ruh sağlığı bozukluklarında çalışma ortamı önemli rol oynamaktadır.

Stres belirtileri hemşirelerin iş verimine yansiyarak, dikkat ve yoğunlaşma eksikliği, yapılan işte hatalar, ilişkilerde bozulma, verimde azalma gibi durumları beraberinde getirebilir (Gökçe ve ark., 2008). Bütün bu yaşananlar personelin iş doyumunu etkileyerek kurumdan ayrılmalarına neden olabilmektedir.

Hasta agresyonunun sağlık çalışanı üzerinde etkisi olduğu gibi hasta üzerinde de etkisi olmaktadır. Agresyon sonucunda sağlık çalışanları hastaya karşı öfke, kızgınlık, hayal kırıklığı yaşayabilmektedirler. Taş ve Çevik'in (2006) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin bu olayların sonucunda hemşirelik bakımlarının etkilendiği ve hata yapma oranlarının arttığı görülmüştür (Taş ve ark 2006; Kahriman 2014). Agresyona maruz kalan hemşireler yaşadıkları korkuya bağlı olarak hastanın odasına girmek istemeyip, hastaya bakım vermekten kaçınabilirler. Hastayı ihmal edip, cezalandırabilirler (Gorman ve ark., 2016).

2.7. AGRESYONUN YÖNETİMİ

2.7.1. Risk Değerlendirmesi

Potansiyel saldırganlığı tanımlamada hastanın geçmiş saldırganlık öyküleri, tıbbi tanısı ve şu anki davranışları önemlidir. Hastanın saldırgan davranışlarının psikiyatrik bir hastalıktan mı ya da psikiyatri dışındaki bir bozukluktan mı kaynaklandığının değerlendirilmesi gerekir. Hastanın yaşamsal bulgularının değerlendirilmesi, bilinç düzeyindeki değişikliklerin kontrolü, kafa travması geçirip geçirmediğinin belirlenmesi ve psikiyatrik hastalık öyküsü yoksa organik nedenler açısından özellikle dikkatli olunması gerekmektedir.

Organik hastalıkların çoğu agresif ve şiddet davranışı ile ilişkili olabilir. Bunlar; intrakranial hastalıklar (beyin tümörleri, epilepsi, demans, serebrovasküler olay), sistemik hastalıklar (elektrolit dengesizlikleri, oksijen eksikliği, septisemi vb), alkol ve maddelere maruz kalma olabilir. Tanının konulması için tam kan sayımı, rutin biyokimyasal tetkikler, alkol-madde taraması, bilgisayarlı tomografi incelemesi veya manyetik rezonans incelemesi, arteriyel kan gazı ölçümünün yapılması, akciğer grafisinin çekilmesi yardımcı olabilir.

Sağlık personeli, saldırganlığın giderek artmasından kaçınmak için; hastayı değerlendirip sakinleştirmeli ve kişisel alanını ihmal etmemelidir. Sınırları açık ve net olarak belirleyip direktifler kullanarak hasta için yol gösterici olmalıdır. Hastaların duygu ve düşüncelerini ifade etmesine izin verip, yargılamadan dinlemesi gerekmektedir (Bilici ve ark., 2013; Gorman ve ark., 2014, s:93).

2.7.2. Güvenliğin Sağlanması

Sağlık personellerinin saldırıya maruz kalma riski yüksektir ve bu nedenle güvenliğinin sağlanması oldukça önemlidir. Buna yönelik olarak hastanedeki güvenlik önlemleri artırılarak, güvenlik personelinin eğitiminin verilmesi gerekmektedir. Ayrıca güvenli kapılar ve güvenlik kameraları da alan içi güvenliğin devamlı olarak sağlanması ve agresyonu önleme açısından önemlidir (Annagür 2010).

2.7.3. Fiziksel Ortamın Düzenlenmesi

Saldırgan bir hasta ile karşılaşıldığında, ilk olarak hastanın, diğer hastaların ve çalışanların güvenliğinin sağlanması gerekir. Hastanın konforu, çalışanların davranışları, uyaran seviyesinin azaltılması gibi çevresel değişkenlerin denetlenip, kişinin saldırganca davranmasına neden olan etkenler düzenlenmelidir (Bilici ve ark 2013).

Yoğun bakım ünitesinde yatmak hasta ve hasta yakınları için oldukça zor bir deneyimdir. Hastalar kendi fiziksel hastalıklarının getirdiği güçlüklerle baş etmeye çalışırken, yeni ve alışılmadık bir ortama da uyum sağlamaya çalışmaktadır (Alaca 2008). Bu nedenle yoğun bakım ünitelerinde çevre düzenlemesi önemlidir.

Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan hastalar ölüm korkusu yaşamaları, aile ve yakınlarının yanında olmamaları, alışılmamış tıbbi cihazların olması, monitör ve diğer cihazlardan kaynaklı gürültü, ortamın ışıklandırması ve ısı gibi nedenlerle birçok sorun yaşayabilir. Bunların en önemlilerinden biri uyku yoksunluğudur. (Dedeli ve ark., 2008; Aktaş 2016) Uyku kalitesinin bozulması iyileşme sürecini etkileyerek, fizyolojik ve psikolojik işlev bozukluklarına sebep olabilir. Uykusuzluğun deliryum oluşmasına neden olduğu görülmüştür (Aktaş 2016; Kaya ve ark., 2013; Onur 2005).

Deliryum bilinç, algılama, düşünce, uyku-uyanıklık döngüsü değişimlerinin eşlik ettiği, ani başlangıçlı ve dalgalı gidiş gösteren bir klinik sendromdur (Aktaş 2016, Kaya ve ark 2013, Onur 2005). Deliryumda huzursuzluk, ajitasyon, agresyon, halüsinasyon ve dezoryantasyon görülmektedir. Deliryum hastanede yatış süresinin uzamasına, uzun süreli bilişsel bozukluklara ve mortaliteye neden olabilmektedir. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların konforunun sağlanması, uyku kalitesinin artırılması, deliryumun önlenmesi için bazı önlemler alınmalıdır. Bu önlemler arasında, gürültüyü en aza indirmek amacıyla monitör ve diğer kullanılan cihazların ses ayarlarını düzenlemek, hasta başında olan konuşmaları en aza indirmek, akşam saatlerinde ışık seviyelerini minimuma düşürmek, hastanın ağrısını azaltmak ve yapılan işlemler hakkında hastaya bilgi vermek gibi müdahaleler yer almaktadır. (Aktaş 2016; Barr ve ark., 2013; Eliassen 2011; Erol ve ark., 2009)

Yoğun bakım hemşireleri; hastaların durumunu sürekli izleyen, gerektiğinde acil müdahalede bulunan, hastanın sağlık durumunu en iyi seviyeye getirmek için gerekli bakımı veren, hasta, hasta yakını ve diğer ekip üyeleri ile iş birliği yapan sağlık profesyonelleridir. Hemşireler hastaların fiziksel bakım gereksinimlerini başarılı olarak karşılamalarına rağmen, psikolojik ve sosyal bakım gereksinimlerini göz ardı edebilmektedir. Yoğun bakım hemşireleri iş yükünün fazla olması, yoğun çalışma listeleri, stresli çalışma ortamları, kritik hastaya bakım vermeleri nedeniyle fiziksel bakımı ön planda tutmaktadırlar. Psikososyal bakımda ve tanılamada, saldırgan hastaya yaklaşım konusunda yeterli bilgiye sahip olmayan hemşirelerin bu konuda bir uzmana ihtiyacı vardır. Bu noktada Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği'ne ihtiyaç olmaktadır (Dedeli 2008; Alaca 2008).

Konsültasyon liyezon psikiyatrisi (KLP) hemşireliği ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin özelleşmiş bir uzmanlık alanıdır ve fiziksel hastalığı olan, yatarak ve ayaktan tedavi gören hastaların fiziksel bakımı ile psikososyal bakımını entegre etmeye çalışır. KLP hemşiresi hastanın ve ailesinin bilişsel, emosyonel ve davranışsal tepkilerini izler ve ruhsal ve psikososyal sorunlarını tanımlar. Tedavi ve bakımında rol oynayan hemşirelere eğitim verir, rehberlik eder ve çalışanların mevcut sorununu çözmelerine yardımcı olur (Kocaman 2005; Yıldırım ve ark., 2019).

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar ve yoğun bakım hemşireleri KLP hemşiresinin desteğine ihtiyaç duyarlar. Yoğun bakım ünitesinin alışılmadık ortamına uyum güçlükleri, hastaların ölüm korkusu yaşamaları, uyku bozuklukları, fiziksel hastalığın ve ortamın yarattığı ruhsal travma gibi konularda önerileri önemlidir.

Aktaş'ın (2016) 112 yoğun bakım hemşiresi ile yaptığı çalışmasında, araştırmaya katılan hemşirelerin sadece %16,2'sinin yoğun bakım hastasına psikolojik bakım verirken kendini yeterli hissettiği görülmüştür. Alaca'nın çalışmasında ise hemşirelerin %92,4'ünün psikiyatri hemşireliği alanında uzmanlık almış bir meslektaşından destek almayı ve birlikte çalışmak istediği belirlenmiştir.

Bu nedenle hemşirelerin iş stresinin azaltılmasında ve hastaların bütüncül bakım alabilmelerinde konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliğinin yeri önemlidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna yönelik algılamaları ve hasta agresyonundan etkilenme durumlarının incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı türdedir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul'da Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapıldı. Hastane İstanbul Avrupa yakasında kalp ve damar cerrahisi alanında hizmet veren Sağlık Bakanlığı'na ait tek hastanedir. Kardiyoloji, çocuk kardiyoloji, kalp ve damar cerrahisi, çocuk kalp ve damar cerrahisi, göğüs cerrahisi, uyku, mahkûm ve karma cerrahi servisi olmak üzere toplam 322 servis yatak kapasitesi ve 143 yoğun bakım ünitesi yatak kapasitesine sahiptir. 24 yataklı erişkin KVC Yoğun Bakım Ünitesi, 12 yataklı KVC İzolasyon Yoğun Bakım Ünitesi, 27 yataklı Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ve ek binasında bulunan 27 yataklı 2. düzey ve 24 yataklı 1.düzye Koroner Yoğun Bakım Üniteleri ile hizmet vermektedir. Hastanede toplam halen 739 hemşire çalışmaktadır.

Tüm yoğun bakım ünitelerinde hasta yakını ziyareti günde bir kere yapılmaktadır. Ziyaret süresi hastanın takip ve tedavisinin aksamaması ve hasta güvenliği açısından kısa sürmektedir. 1. düzey koroner yoğun bakım ünitesinde bir hemşireye dört hasta düşmektedir. 1. düzey yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların yatış süreleri kısadır. 2. düzey yoğun bakım ünitesinde ise bir hemşireye üç hasta düşmektedir ve daha uzun süreli yatışı olan hastalara bakım vermektedir.

KVC İzolasyon Yoğun Bakım Ünitesi ve KVC Yoğun Bakım Ünitesinde ise bir hemşireye iki hasta düşmektedir.

Çalışma verileri, Haziran 2019- Temmuz 2019 tarihleri arasında toplanmıştır.

3.3. Evren ve Örneklem

Hastanenin yukarıda belirtilen yoğun bakım ünitelerinde araştırmanın yapıldığı tarihte toplam 216 hemşire çalışmakta idi. Evrenin tümüne ulaşılması planlanmıştır; %90,74'üne ulaşılmış, %71,75'inden olumlu geri dönüş alınmıştır. 38 hemşire çalışmaya katılmak istememiş, 3 hemşire kişisel bilgi formundaki ve ölçekteki bilgileri eksik doldurduğu için çalışma dışı bırakılmış, 20 hemşire de uzun süreli yıllık izinde olduğu için çalışmaya katılamamıştır. Bu doğrultuda çalışmanın örneklemini 155 hemşire oluşturmuştur.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Araştırmaya katılmayı gönüllü kabul etmek,
- Yoğun bakım ünitesinde hemşire olarak çalışıyor olmak.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan hastaların bireysel ve çalışma özellikleri ile agresyon algılamaların içeren maddelerden oluşan Kişisel Bilgi Formu, hemşirelerin hasta agresyonundan etkilenme durumlarını belirlemeye yönelik olarak oluşturulan IMPACS (Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği) ve Agresyon (Saldırganlık) Algılamaları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

3.4.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırma kapsamındaki hemşirelerin kişisel, çalışma özelliklerini, agresyon deneyimlerini ve agresyon algılamalarını kapsayan 2 bölümden ve 17 sorudan oluşan, literatür doğrultusunda hazırlanmış bir formdur. (19,21,22,24,27,29)

Kişisel ve Mesleki Özellikler bölümünde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, çalıştığı bölüm, çalışma saati, mesleki deneyimi ile ilgili açık uçlu sorular olmak üzere toplam 8 madde bulunmaktadır.

Agresyon Deneyimleri bölümünde hemşirelerin meslek hayatında ve yoğun bakım ünitesinde hastalar tarafından gerçekleştirilen agresyonla karşılaşma ve maruz kalma durumları, fiziksel veya sözel agresyondan hangilerine maruz kaldıkları, hasta agresyonundan nasıl etkilendikleri, çalıştığı bölümde kendini ne kadar güvende hissettikleri, agresyon ve başatme yöntemleri ile ilgili eğitim alma durumları ile ilgili açık ve kapalı uçlu sorular olmak üzere toplam 9 soru yer almaktadır.

3.4.2. Agresyon Algılamaları Ölçeği

Orijinal adı 'Perception of Aggression Scale' olan ölçek Gerard Jansen ve ark. (1997) tarafından geliştirilmiştir. Hülya Bilgin, Zeliha Tulek, Neslihan Özcan tarafından Türkçe psikometrik değerlendirilmesi yapılmıştır. 29 maddeden ve 5 li likert tipi derecelendirme sisteminden oluşmaktadır. Ölçek; Kesinlikle katılıyorum (5), Katılıyorum (4), Kararsızım (3), Katılmıyorum (2), Kesinlikle katılmıyorum (1) şeklinde derecelendirilmiştir.

Ölçekte 2 alt grup bulunmaktadır:

- Fonksiyonel (kabul edilebilir-sağlıklı reaksiyon) (12 madde) (3, 6, 7, 8, 16, 18, 20, 23, 24, 25, 27, 28) (Toplam 12 madde), toplamda en az 12, en fazla 60 puan,
- Disfonksiyonel (kabul edilmeyen-istenmeyen agresyon) (15 madde) (1, 2, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 21, 22, 26, 29) (Toplam 17 madde), toplamda en az 17, en fazla 85 puan

Alt boyutlara ait ortalama puanları, alt boyuttan alınan puanın o alt gruptaki madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Yüksek ortalama puanlar, o alt boyutun gücünün yüksekliğini ifade etmektedir (*daha yüksek* fonksiyonel alt boyut puanı, agresyonun "işlevsel/kabul edilebilir" şekilde algılandığını, daha yüksek disfonksiyonel alt boyut puanı, agresyonun "işlevsiz /kabul edilemez" şekilde algılandığını ifade etmektedir).

Bizim çalışmamızda POAS ölçeğinin fonksiyonel alt boyutunun cronbach alfa katsayısı 0,868; disfonksiyonel alt boyutunun cronbach alfa katsayısı ise 0,864 bulunmuştur.

3.4.3. Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği (Impact of Patient Aggression on Carers Scale' -IMPACS)

Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği (Impact of Patient Aggression on Carers Scale' (IMPACS), kliniklerde yaşanan agresyon/şiddet olaylarının personel üzerindeki olumsuz etkilerini ölçmek için Needham Ian ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik güvenirlik çalışması Eker ve Şahin tarafından (2011) yapılmıştır. Ölçek; Her zaman (5), Sıkça (4), Bazen (3), Nadiren (2), Asla (1) şeklinde derecelendirilmiştir. Ölçeğin uyarlama yapılan formu toplam yedi madde ve iki alt boyuttan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir:

Bu alt boyutlar şunlardır;

-Hasta ile İlişkinin Bozulması; Bu alt grupta ilgili maddeler 1,2.ve 3.maddeler

-Kendini Güvende Hissetmeme; Bu alt grupta ilgili maddeler, 4.ve 6.maddeler

Eker ve Şahin ölçeğin cronbach alfa katsayısını; Hasta ile İlişkinin Bozulması alt boyutunda 0.600, Kendini Güvende Hissetmeme alt boyutunda 0.619 olarak bulmuştur. Bizim çalışmamızda ise cronbach alfa katsayısı, 0,648 bulunmuştur. Ölçekten alınan puanın yüksek olması bireylerin etkilenişinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Ölçeğin geçerlik güvenirliği ile ilgili yazarlara doğrudan ulaşılmış, değerlendirme istenmiş olmasına rağmen kendi ifadelerinde ve kaynaklarda açıklanmadığı için alt gruplara ait puana ulaşılamamış, sadece etkilenme puanı değerlendirilmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Çalışmada soru formları araştırmacı tarafından yoğun bakım ünitelerinde aktif olarak çalışan hemşirelerle tek tek görüşülerek verilmiş ve formu kendi kendilerine doldurmaları istenmiştir. Ölçeklerin doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür. Bu sırada araştırmacı herhangi bir müdahalede bulunmadan hemşirelerin yanında bulunmuş, sorularına yanıt vermiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere 'Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu' imzalatılarak, hemşirelerin yazılı izinleri alınmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 20.0 programı kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için R vers. 2.15.3 programı (R Core Team, 2013) kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Nicel verilerin normal dağılıma uygunlukları Shapiro-Wilk testi ve grafiksel incelemeler ile sınanmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Bağımsız gruplar t testi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren nicel değişkenlerin ikiden fazla grup arası karşılaştırmalarında Tek yönlü varyans analizi ve Bonferroni düzeltmeli ikili değerlendirmeler kullanılmıştır.

Ölçeklerin iç tutarlılık düzeylerinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya alınan hemşirelere çalışmanın amacı anlatılarak, gönüllü olarak katılmayı kabul edenler çalışmaya alınmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden ve çalışmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Ölçeğin geçerlik güvenirliği ile ilgili yazarlara doğrudan ulaşılmış, değerlendirme istenmiş olmasına rağmen kendi ifadelerinde ve kaynaklarda açıklanmadığı için alt gruplara ait puana ulaşamamış, sadece etkilenme puanı değerlendirilmiştir.

4.BULGULAR

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna yönelik algılamaları ve hasta agresyonundan etkilenme durumlarının ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

Tablo 1: Hemşirelerin Kişisel ve Çalışma Özelliklerinin Dağılımı (N=155)

Bireysel ve Çalışma Özellikleri		N	%
Yaş	24 yaş ve altı	49	31,6
	25-26	60	38,7
	27-28	20	12,9
	29 yaş ve üstü	26	16,8
Cinsiyet	Kadın	119	76,8
	Erkek	36	23,2
Medeni durum	Bekar	122	78,7
	Evli	33	21,3
Eğitim düzeyi	SML & Önlisans	27	17,4
	Lisans	115	74,2
	Yüksek lisans	13	8,4
Toplam Çalışma süresi	Bir yıldan az	40	25,8
	2-5 yıl	90	58,1
	6-9 yıl	13	8,4
	10 yıl ve üzeri	12	7,7
Bulunduğu alanda çalışma süresi	1 yıldan az	88	56,8
	1-23 ay	40	25,8
	24 ay ve üzeri	27	17,4
Çalışılan bölüm	Koroner yoğun bakım	106	68,4
	KVC yoğun bakım	28	18,1
	KVC yoğun bakım izolasyon	21	13,5
Çalışma biçimi	Gündüz	8	5,2
	Gece	25	16,1
	Gündüz + gece	122	78,7

Tablo 1'e göre hemşirelerin sosyodemografik ve çalışma özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde %38,7'si 25-26 yaşında; %76,8'i kadın, %78,1'i bekar, %74,2'si lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.

Çalışma özellikleri açısından incelendiğinde, hemşirelerin %68,4'ünün koroner yoğun bakım ünitesinde görev yaptığı, %56,8'inin bulunduğu alanda 1 yıl ve daha az süredir çalıştığı, %78,7'sinin hem gündüz hem gece çalıştığı ve %58,1'inin 2-5 yıl arası çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 2: Hemşirelerin Agresif Davranışla Karşılaşma ve Agresif Davranışa Maruz Kalma Durumları (N=155)

Agresif Davranışla Karşılaşma/Maruz Kalma	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Agresif Davranışla Karşılaşma	149	96,1	6	3,9
Agresif Davranışa Maruz Kalma	143	92,3	12	7,7

* Maddelere birden fazla yanıt verilmiş olup, yüzdeler ifadeler üzerinden alınmıştır.

Hemşirelerin agresif davranışla karşılaşma ve agresif davranışa maruz kalma durumları incelendiğinde, %96,1'inin yoğun bakım ünitesinde çalışırken agresyonla karşılaştığı, %92,3'ünün ise yoğun bakım ünitesinde çalışırken agresyona maruz kaldığı belirlenmiştir.

Tablo 3: Yoğun Bakım Hemşirelerinin Maruz Kaldığı Agresif Davranışlar (N=143)

Maruz Kalınan Agresif Davranışlar		Evet		Hayır	
		N	%	N	%
Sözel	Aşağılayıcı söz	88	56,8	67	43,2
	Küfür	84	54,2	71	45,8
	Tehdit edici söz	60	38,7	95	61,3
	Tiksindirici söz	39	25,2	116	74,8
	Korkutucu söz	32	20,6	123	79,4
Fiziksel	İtme	77	49,7	78	50,3
	Tekmeleme	58	37,4	97	62,6
	Tükürme	39	25,2	116	74,8
	Tırmalama	24	15,5	131	84,5
	Yumruklama	16	10,3	139	89,7
	Eşya fırlatma	13	8,4	142	91,6
	Dayak	7	4,5	148	95,5

* Maddelere birden fazla yanıt verilmiş olup, yüzdeler ifadeler üzerinden alınmıştır.

Hemşirelerin sözel olarak maruz kaldıkları agresif davranışlar incelendiğinde, %56,8 aşağılayıcı, %54,2 küfür, %38,7 tehdit edici şeklinde sözel agresif davranışa maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Hemşirelerin fiziksel olarak maruz kaldıkları agresif davranışlar incelendiğinde ise %49,7 itme, %37,4 tekmeleme, %25,2 tükürme şeklinde fiziksel agresif davranışa maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4: Hemşirelerin Hastaların Agresif Davranışlarından Etkilenme Durumlarının Dağılımı (N=155)

Agresif Davranışlardan Etkilenme Durumu	Evet		Hayır	
	N	%	N	(%)
Güvensizlik	114	73,5	41	26,5
Korku	35	22,6	120	77,4
İşe dönmede güçlük çekme	23	14,8	132	85,2
Çaresizlik	13	8,4	142	91,6
Güçsüzlük	13	8,4	142	91,6
Sosyal ilişkilerde bozulma	8	5,2	147	94,8
Kendini Suçlama	4	2,6	151	97,4
Bedensel şikayetler	2	1,3	153	98,7
Diğer (Meslekten nefret etme, Moral bozukluğu, sinirlenme)	7	4,5	148	95,5

Tablo 4'e bakıldığında %22,6'sı hastalar tarafından sözel ve/veya fiziksel agresif davranışa uğradıktan sonra korktuğunu, %73.5'i güvende olmadığını hissettiğini belirterek korku ve güvensizliğin en yoğun yaşanan duygular olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5: Hemşirelerin Agresyon ve Agresyon Yöntemleri ile ilgili Eğitim Alma ve İhtiyaç Hissetme Durumlarının Dağılımı (N=155)

Eğitim Alma ve İhtiyaç Hissetme	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Eğitim alma durumu	48	31,0	107	69,0
Eğitime ihtiyaç	96	61,9	59	38,1

Araştırmaya katılan hemşirelerin %31'i agresyon ve baş etme yöntemleri konusunda eğitim aldığını ifade ederken, %61,9'u saldırgan hastaya yaklaşım konusunda eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmektedir.

Tablo 6: Hemşirelerin POAS Fonksiyonel, Disfonksiyonel ve IMPACS Puan Ortalamaları

POAS Genel/Alt Grup Puan Ort. Dağılımı	Madde sayısı	Min-Mak	Ort±ss
POAS Fonksiyonel	12	1-5	2.47±0.74
POAS Disfonksiyonel	17	1-4.94	3.74±0.60
IMPACS	7	7-35	17.99±3.95

POAS ölçeği Fonksiyonel boyutu 12 maddeden oluşmaktadır. Hemşirelerin bu alt boyuttan aldıkları puanlar 1 ile 5 arasında değişmekte olup ortalama 2.47±0.74'dür. Bu alt boyutun iç tutarlılık düzeyi 0.868 olarak bulunmuştur.

POAS ölçeği Disfonksiyonel boyutu 17 maddeden oluşmaktadır. Hemşirelerin bu alt boyuttan aldıkları puanlar 1 ile 4,94 arasında değişmekte olup ortalama 3.74±0.60'dır. Bu alt boyutun iç tutarlılık düzeyi 0.864 olarak bulunmuştur.

Tablo 7: Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve Agresyona Maruz Kalma Özelliklerine Göre POAS Fonksiyonel Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=155)

Hemşirelerin Kişisel ve Çalışma Özellikleri		N	POAS Fonksiyonel	Test değeri	P
			Ort±ss		
Yaş	24 yaş ve altı	49	2.45±0.85	F=0.447	a0.720
	25-26	60	2.4±0.7		
	27-28	20	2.56±0.61		
	29 yaş ve üstü	26	2.57±0.72		
Cinsiyet	Kadın	119	2.45±0.73	t=-0.458	b0.648
	Erkek	36	2.52±0.78		
Medeni durum	Bekar	122	2.45±0.74	t=-0.534	b0.594
	Evli	33	2.53±0.73		
Eğitim düzeyi	SML & Önlisans	27	2.59±1.06	F=0.428	a0.653
	Lisans	115	2.44±0.65		
	Yüksek lisans	13	2.46±0.73		
Çalışılan bölüm	Koroner yoğun bakım	106	2.38±0.75	F=2.399	a0.094
	KVC yoğun bakım	28	2.7±0.49		
	KVC yoğun bakım izolasyon	21	2.59±0.91		
Bulunduğu alanda çalışma süresi	1 yıldan az	88	2.45±0.75	F=0.696	a0.556
	1-23 ay	40	2.48±0.81		
	24 ay ve üzeri	27	2.5±0.63		
Çalışma biçimi	Gündüz ya da gece	33	2.45±0.8	t=-0.106	b0.916
	Gündüz + gece	122	2.47±0.73		
Çalışma süresi	Bir yıldan az	40	2.45±0.78	F=0.316	a0.814
	2-5 yıl	90	2.44±0.72		
	6-9 yıl	13	2.54±0.79		
	10 yıl ve üzeri	12	2.65±0.74		
Agresyona maruz kalma	Evet	143	2.48±0.73	t=0.581	b0.562
	Hayır	12	2.35±0.87		

aTek yönlü varyans analizi

bBağımsız gruplar t testi

*p<0.05

Tablo 7'de Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve Agresyona Maruz Kalma Özelliklerine Göre POAS puan ortalamaları incelendiğinde; hemşirelerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalıştıkları bölüm, buldukları alanda çalışma süreleri, çalışma biçimleri ve agresyona maruz kalma durumları yönünden POAS puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).



Tablo 8: Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve Agresyona Maruz Kalma Özelliklerine Göre POAS Disfonksiyonel Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=155)

Hemşirelerin Kişisel ve Çalışma Özellikleri		N	POAS	Test değeri	p
			Disfonksiyonel Ort±ss		
Yaş	24 yaş ve altı	49	3.85±0.59	F=1.588	a0.195
	25-26	60	3.72±0.59		
	27-28	20	3.51±0.75		
	29 yaş ve üstü	26	3.75±0.46		
Cinsiyet	Kadın	119	3.78±0.56	t=1.585	b0.115
	Erkek	36	3.6±0.69		
Medeni durum	Bekar	122	3.74±0.62	t=0.126	b0.900
	Evlü	33	3.73±0.52		
Eğitim düzeyi	SML & Önlisans	27	3.88±0.68	F=2.680	a0.072
	Lisans	115	3.74±0.56		
	Yüksek lisans	13	3.42±0.62		
Çalışılan bölüm	Koroner yoğun bakım	106	3.88±0.49	F=9.982	a<0.001*
	KVC yoğun bakım	28	3.45±0.51		
	KVC yoğun bakım izolasyon	21	3.43±0.9		
Bulunduğu alanda çalışma süresi	1 yıldan az	88	3.78±0.58	F=0.774	a0.510
	1-23 ay	40	3.74±0.66		
	24 ay ve üzeri	27	3.6±0.55		
Çalışma biçimi	Gündüz ya da gece	33	3.76±0.63	t=0.240	b0.810
	Gündüz + gece	122	3.73±0.59		
Çalışma süresi	Bir yıldan az	40	3.83±0.53	F=0.539	a0.657
	2-5 yıl	90	3.7±0.66		
	6-9 yıl	13	3.68±0.54		
	10 yıl ve üzeri	12	3.81±0.41		
Agresyona maruz kalma	Evet	143	3.73±0.60	t=-0.776	b0.439
	Hayır	12	3.87±0.52		

aTek yönlü varyans analizi

bBağımsız gruplar t testi

*p<0.05

Tablo 8 de ise hemşirelerin **alıştıkları bölüme göre** göre POAS Disfonksiyonel puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). Hemşirelerin çalıştıkları birimlere göre değerlendirildiğinde; Koroner yoğun bakım ünitesinde alışanların POAS Disfonksiyonel puan ortalamalarının KVC yoğun bakım nitesi ve KVC yoğun bakım izolasyon bölümlerinde çalışanların puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla, $p=0.001$, $p=0.004$). Diğer değişkenler yönünden değerlendirildiğinde ise, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma biçimleri, çalışma süreleri ve agresyona maruz kalma durumları incelendiğinde ise POAS Disfonksiyonel puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9: Hemşirelerin Bireysel, Çalışma ve Agresyona Maruz Kalma Özelliklerine Göre IMPACS Puanlarına Göre Karşılaştırılması (N=155)

Hemşirelerin Demografik Verileri		N	IMPACS	Test değeri	P
			Ort±ss		
Yaş	24 yaş ve altı	49	18.63±3.3	F=0.922	a0.432
	25-26	60	17.85±3.94		
	27-28	20	18.05±4.08		
	29 yaş ve üstü	26	17.08±4.91		
Cinsiyet	Kadın	119	18.37±3.76	t=2.184	b0.031*
	Erkek	36	16.75±4.34		
Medeni durum	Bekar	122	17.87±4.03	t=-0.755	b0.451
	Evli	33	18.45±3.65		
Eğitim düzeyi	SML & Önlisans	27	19.19±4.1	F=1.803	a0.168
	Lisans	115	17.65±3.8		
	Yüksek lisans	13	18.54±4.68		
Çalışılan bölüm	Koroner yoğun bakım	106	17.9±3.7	F=0.678	a0.509
	KVC yoğun bakım	28	17.68±4.51		
	KVC yoğun bakım izolasyon	21	18.9±4.41		
Bulunduğu alanda çalışma süresi	1 yıldan az	88	17.64±4.05	F=0.885	a0.450
	1-23 ay	40	18.25±3.57		
	24 ay ve üzeri	27	18.78±4.13		
Çalışma biçimi	Gündüz ya da gece	33	17.58±4.39	t=-0.684	b0.495
	Gündüz + gece	122	18.11±3.83		
Çalışma süresi	Bir yıldan az	40	18.2±3.42	F=0.813	a0.488
	2-5 yıl	90	18.08±3.97		
	6-9 yıl	13	16.38±4.41		
	10 yıl ve üzeri	12	18.42±4.96		
Agresyona maruz kalma	Evet	143	18.10±3.87	t=1.214	b0.226
	Hayır	12	16.67±4.77		

aTek yönlü varyans analizi

bBağımsız gruplar t testi

*p<0.05

Tablo 9 incelendiğinde, hemşirelerin **cinsiyetlerine** göre IMPACS puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kadınların puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ($p=0.031$). Yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalıştıkları bölüm, bulunduğu alanda çalışma durumu, çalışma biçimi ve süresi, agresyona maruz kalma durumlarına göre IMPACS puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0.05$).



5. TARTIŞMA

Sağlık bakım kurumlarında agresyon olayları oldukça yaygın bir şekilde görülmektedir. Acil servis, ambulans hizmetleri, psikiyatri klinikleri ve yoğun bakım üniteleri saldırganlık ve şiddet olayları açısından öncelikle riskli birimler olarak tanımlanmaktadır. Hasta agresyonu ile ilgili yapılan çalışmalar artsa da yoğun bakım ünitelerinde bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar yetersizdir. Hasta agresyonu ile baş etmek hemşireler ve diğer sağlık çalışanları için oldukça zor ve yıpratıcı olmaktadır.

Hemşirelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde, %38,7'sinin 25-26 yaşında, %76,8'inin kadın, %78,1'inin bekar, %74,2'sinin lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Çalışma özellikleri açısından incelendiğinde, hemşirelerin %68,4'ünün koroner yoğun bakım ünitesinde görev yaptığı, %56,8'inin bulunduğu alanda 1 yıl ve daha az süredir çalıştığı, %78,7'sinin hem gündüz hem gece çalıştığı ve %58,1'inin 2-5 yıl arası çalıştığı belirlenmiştir. Çalışma hayatına yeni başlayan genç yaşta, yeni mezun ve deneyimsiz hemşirelerin, yoğun bakım ünitelerinde çalışmalarını kurum politikaları nedeniyle olabilir.

Çalışmaya katılan hemşirelerin hastaların agresif davranışları ile karşılaşma ve agresif davranışa maruz kalma durumları incelendiğinde, %96,1'i yoğun bakım ünitesinde çalışırken agresyonla karşılaştığını ifade etmiştir. Hemşirelerin neredeyse tamamının agresyonla karşılaşması yoğun bakım ünitelerinin agresif davranış açısından risk oluşturduğunu göstermektedir. Bu nedenle yoğun bakım ünitesinde çalışan her hemşirenin agresyon yönetimi açısından donanımlı olması gerekmektedir. Hemşirelerin %92,3'ü yoğun bakım ünitesinde çalışırken agresyona maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. Hemşirelerin sözel olarak maruz kaldıkları agresif davranışların; %56,8 i aşağılayıcı, %54,2 si küfür, %38,7 si tehdit etme şeklinde sözel agresif davranışlar olduğu belirlenmiştir. Hemşireler fiziksel olarak maruz kaldıkları agresif davranışları sırasıyla; itme (%49,7), tekmeleme (%37,4), tükürme (%25,2) şeklinde olduğunu ifade etmişlerdir. Hye Jin Yoo ve ark (2018) Güney Kore'de yoğun bakım hemşireleriyle yaptığı çalışmada hemşirelerin, sözel saldırganlık olaylarına fiziksel saldırganlık olaylarından daha sık maruz kaldıklarını bulmuşlardır (Hye Jin Yoo ve ark., 2018).

Buna göre hemşirelerin sözel agresif davranışa, fiziksel agresif davranıştan daha fazla maruz kaldıkları belirlenmiştir. Literatürle uyumlu bulunan bu sonuçların yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin agresif davranışla karşılaşma oranlarının yüksek olduğunu bir kez daha doğrulamaktadır.

Konu ile ilgili yapılan yurtdışı çalışmalar incelendiğinde; Lynch ve ark yaptığı bir çalışmada (2003), yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin %74 oranında sözel, %77 oranında ise fiziksel agresyona maruz kaldığını belirlemişlerdir. Avustralya'da A. Pol ve ark (2018) yaptığı çalışmada ise yoğun bakım ünitesinde çalışan erkek hemşirelerin %66,7 oranında fiziksel agresyona uğradığını belirtmişlerdir. Almanya'da Franz S. ve ark (2010) yaptığı bir çalışmada ise hemşirelerin %70,7'si fiziksel, %89,4'ü sözel saldırganlık yaşamıştır. H. J. Yoo ve ark (2018) yaptığı bir çalışmada ise hemşirelerin fiziksel saldırganlık olaylarından %60,5 tekmelemeye, %49,5 tükürmeye; sözel saldırganlık olaylarından ise %75,5 bağırma, %66 hakarete maruz kaldıklarını iletmişlerdir. Arslan ve ark (2018) yaptığı bir çalışmada hemşirelerin 1 yıl içinde sözel şiddet görme durumu %63,8 olduğu belirlenmiştir (Arslan ve ark., 2018).

Bizim çalışmamızda hemşirelerin agresif davranışa maruz kalma oranının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun hemşirelerin agresyona yaklaşımının yetersiz olduğundan kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastalar; tıbbi durumları, hareket kısıtlılığı, ölüm korkularının olması, uyku düzeninin bozulması, sağlık personelinin davranışı, aile bireyleri ve yakınlarını görememe, ağırlı invaziv girişimler, tedavi ve uygulamalar hakkında yeteri kadar bilgilendirilmeme gibi sebeplerden dolayı sağlık personeline agresyon uygulayabilir.

Ülkemizde yoğun bakım hemşirelerinin hasta agresyonu ile ilgili yapılan çalışmalarına rastlanamamıştır. Yoğun bakım üniteleri dışında acil ve psikiyatri servislerinde yapılan çalışmalar daha fazladır. Oysa ki yoğun bakım hemşirelerinin de psikiyatri hemşireleri ve acil servis hemşireleri kadar agresif davranışa maruz kaldıkları görülmektedir.

Etkilenme durumlarına bakıldığında ise Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği 'nin (IMPACS) puan ortalaması $X:17.99\pm 3,95$ olarak bulunmuştur (En düşük $x:7$, en yüksek $x:35$). Hemşirelerin yarısının hasta agresyonundan etkilendiği görülmüştür. Bu hastalar ile çalışırken kendilerini güvende hissetmediklerini ifade etmişlerdir. Bireysel, çalışma ve agresyona maruz kalma özellikleri incelendiğinde kadın hemşirelerin erkek hemşirelere göre agresyondan daha fazla etkilendikleri görülmüştür ($p=0.031$).

Literatür doğrultusunda hazırlamış olduğumuz Agresyon Deneyimleri formunda da yoğun bakım hemşirelerinin agresif davranışların olumsuz sonuçlarının birçoğunu yaşadığı görülmekle birlikte %22,6'sı hastalar tarafından sözel ve/veya fiziksel agresif davranışa uğradıktan sonra korktuğunu, %73,5'i güvende olmadığını hissettiğini belirterek korku ve güvensizliğin en yoğun yaşanan duygular olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin agresif davranışla yüksek oranda karşılaşmış olmaları, agresyondan daha fazla etkilenmesine ve hastalara karşı daha olumsuz duygular yaşamasına neden olabilir. Çoban'ın psikiyatri hemşireleri ile yaptıkları çalışmada (2015) hemşirelerin hastalara karşı suçluluk duydukları, korku, engellenmişlik ve incinme duygusu yaşadıkları belirlenmiştir.

Çalışmamızda yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin saldırgan hastaya yaklaşım (agresyon ve başatme yöntemleri) konusunda, %31'i eğitim aldığını ifade ederken, %61,9'unun eğitime ihtiyacı olduğu belirlenmiştir. Agresyon ve agresyon yönetimi hakkında eğitim alan hemşirelerin agresif davranışı önlemede ve yönetiminde daha etkili olduğu görülmüştür (Jansen 2005). Abderhalden ve ark (2002) çalışmasında da agresyon eğitiminin agresyonu önlemede önemli rol oynadığını vurgulamıştır. Ülkemizde Çoban'ın psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada, hemşirelerin agresyon yönetimi ile ilgili bilgilerinin eğitim öncesinde daha düşük, eğitim aldıktan sonra ise daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, agresyon ve agresyonla başatme konusunda eğitim alan hemşirelerin, eğitim almayan hemşirelere göre fiziksel agresif davranışa daha fazla maruz kaldıkları belirlenmiştir (Bilgin ve ark., 2012; Pekriz 2009).

Hemşirelerin yarısından fazlasının agresyon yönetimi konusunda eğitim aldığını belirtmesi ve katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitime ihtiyacı olduğunu düşünmesi, hastanelerde verilen hizmetiçi eğitimlerde agresyon yönetimi konusuna yeterince yer verilmemesinden kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. Hemşireler hastalarla daha yakın temas içinde oldukları için ve 24 saat hasta ile birebir iletişimleri olduğu için diğer sağlık çalışanlarına göre saldırganlık olayları açısından daha fazla risk altındadır. Agresyonun hemşireler, hasta ve diğer hastalara yönelik psikolojik ve fizyolojik zararları olduğundan dolayı yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin agresyon yönetimi oldukça önemlidir (Günüşen 2016). Bu nedenle agresyon yönetimi konusunda eğitim verilmesinin, agresyonun yönetimi ve önlenmesi açısından önemli olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin Saldırganlık Algısı Ölçeği 'ne verdiği cevaplar değerlendirildiğinde; POAS fonksiyonel puan ortalamasının 2.47 ± 0.74 , POAS disfonksiyonel puan ortalamasının ise 3.74 ± 0.60 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin hasta agresyonunu olumsuz, kabul edilemez olarak algıladıkları belirlenmiştir. En yüksek alınacak ortalama puanın '5' olduğu düşünülünce olumsuz algılamalarının, olumlu algılamalarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Hemşirelerin tamamına yakınının sözel ve fiziksel agresyonla karşılaşması ve maruz kalması, agresyon algılamalarının olumsuz olmasında bir faktör olarak düşünülebilir.

Konu ile ilgili literatür incelendiğinde Pekriz'in psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada (2009) hemşirelerin agresyonun çoğunlukla yıkıcı bir davranış olarak algılandığı, Pazvantoğlu ve ark psikiyatri hemşireleri ile yaptığı çalışmada (2011) hemşirelerin hasta saldırganlığı algılamalarının genellikle olumsuz yönde olduğunu göstermiştir. Jonker ve ark (2008) çalışmasında hemşirelerin, hasta saldırganlığını yıkıcı olarak gördüklerini ve bir iletişim şekli olarak düşünmediklerini bildirmişlerdir. Hasta saldırganlığıyla sık karşılaşmalarına rağmen saldırganlığı büyük bir sorun olarak görmemişlerdir (Jonker ve ark., 2008). Çalışmamız literatür ile paralellik göstermektedir. Araştırmaya katılan hemşireler hasta agresyonunu bir iletişim şekli olarak görmemiş, hemşirelik bakımına katkı sağladığını düşünmemişlerdir.

Hemşirelerin agresyon algılamalarının olumsuz olması ve agresyondan etkilenmeleri, düzenli aralıklarla eğitime ihtiyaçlarının olduklarını ve desteklenmeleri gerektiğini göstermektedir. Çünkü bu durum hemşirenin hasta bakımını etkileyebilir, kendi sağlığını bozabilir, hasta güvenliği açısından risk oluşturabilir. Hemşire hastanın odasına girmek istemeyip, hastaya bakım vermekten kaçınabilirler. Hastayı ihmal edip, cezalandırabilir. (Gorman ve ark., 2016). Bu durum hemşirelerin desteklenmeye ihtiyaçlarının olduğunu gösterir.

Çalışma sonucunda koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin agresyon algılamalarının daha negatif olduğu belirlenmiştir. Bu birimde yatan hastaların, yatış sürelerinin diğer yoğun bakım ünitelerinde yatan hastaların yatış sürelerinden daha uzun olmasından kaynaklı olabileceği düşünülebilir. Ayrıca hastanenin koroner yoğun bakım ünitesi yatak sayısının fazla olması ve bu alanda çalışan hemşire sayısının fazla olmasından da kaynaklı olabilir.

Hemşirelerin bireysel ve çalışma özellikleri ve agresyona maruz kalma durumları ile agresyon algılamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte yaş ve deneyimleri arttıkça agresyon algılamalarının daha olumlu yönde olduğu görülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hastaların agresif davranışlarını algılama ve hasta agresyonundan etkilenme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

- Araştırmaya katılan hemşireler çoğunlukla 24-26 yaş arasında, kadın, bekar ve lisans mezunudur.
- Hemşirelerin çalışma süreleri ağırlıklı olarak beş yıl ve daha kısa süre olup (% 25.8 i bir yıl ve daha kısa süredir, %58.1 i ise 2-5 yıldır çalışmakta), buldukları alanda ise yarıdan fazlası (%56.8) bir yıldır çalışmaktadır.
- Hemşirelerin çoğunluğu (%68.4) koroner yoğun bakım ünitesinde ve gündüz ve gece vardiyalarında (%78.7) çalışmaktadır
- Hemşirelerin tamamına yakınının (%96.1) yoğun bakım ünitesinde çalıştıkları süre içinde hastaların sözel ve davranışsal agresif davranışları ile karşılaştıkları ve bu davranışlara doğrudan maruz kaldıkları (%92.3), maruz kaldıkları davranışların en fazla sözel olarak aşağılayıcı, tehditkar sözler (%56.8) ve küfür (54.2); davranışsal olarak ise en fazla, itme (%49.7), tekme atma (%37.4), tükürme (%25.2) niteliğinde olduğu tespit edilmiştir.
- Hemşireler hastaların agresif davranışları ile yoğun olarak karşılaşmalarına karşın bu davranışlardan olumsuz etkilenmelerinin daha düşük olduğu, en fazla kendilerini güvende hissetme yönünden sorun yaşadıkları (%73.5), daha az olarak korku (%22.6), agresif davranışla karşılaştıktan sonra işe dönmede güçlük çekme (% 14.8), sorunları yaşadıkları belirlenmiştir.
- Hemşirelerin çoğunluğu agresyon ve agresyon yönetimi ile ilgili eğitim almamış (%69.0) olup, %61.9 u eğitime ihtiyaç duymaktadır, bununla birlikte %38.1 i ise eğitime gerek olmadığını belirtmektedir.

- Hemşirelerin agresyonu çoğunlukla olumsuz bir davranış olarak algıladıkları (POAS disfonksiyonel X:3.74, POAS fonksiyonel X: 2.47) anlaşılmaktadır .
- Hemşirelerin agresyonu genel olarak olumsuz bir durum olarak algılamakla birlikte hastaların agresif davranışlarından etkilenmeleri orta düzeydedir (IMPACS X: 17.99, alınabilecek en yüksek puan 35)
- Hemşirelerin agresyon algılamaları bireysel ve çalışma özellikleri yönünden değerlendirildiğinde; gerek fonksiyonel gerekse disfonksiyonel agresyon algılamalarında yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, toplam çalışma süresi, çalışma şekli yönünden anlamlı bir farklılık olmadığı; yalnızca koroner yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin olumsuz agresyon algılarının diğer birimlerde çalışanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (p<0.01).
- Hemşirelerin hastaların agresif davranışlarından etkilenme durumları bireysel ve çalışma özellikleri yönünden değerlendirildiğinde ise; erkeklerin etkilenmesinin kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0.05). Yaş, eğitim, medeni durum ve çalışma özellikleri yönünden hastanın agresif davranışından etkilenmede farklılık olmadığı görülmüştür.
- Hemşirelerin agresyon algıları ve hasta agresyonundan etkilenmelerinde agresyona maruz kalmalarının etkisi bulunmamaktadır.

6.2. ÖNERİLER

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Çalışmada hemşirelerin hasta agresyonuna maruz kaldıkları, agresyon algılarının genel olarak olumsuz olduğu, ve eğitime gereksinim duydukları tespit edildiğinden hemşirelere düzenli aralıklarla agresyon yönetimi konusunda eğitimler verilmesi,

- Agresyona maruz kalan hemşirelere krize müdahale ve baş etme yöntemleri konusunda destek verilmesi,
- Agresyona maruz kalma riski daha yüksek olan kadın ve meslek deneyimi az olan hemşirelerin daha yakından izlenmesi,
- Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaların psikososyal bakımında çalışanları desteklemek üzere Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi (KLP) Birimlerinin kurulması ve hemşirelerin KLP hemşireleri tarafından desteklenmesinin sağlanması,
- Yoğun bakım üniteleri de saldırganlık ve şiddet olayları açısından acil servis ve psikiyatri servisleri gibi risk altında olup, bu birimlerde çalışmaların yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle bu alanda geniş örneklemlere ileri çalışmaların yapılması,
- Çalışmada IMPACS ölçeğinin cronbach alfa değeri 0,648 puan bulunmuş olup bu değer ölçeğin güvenilirliğinin orta derecede olduğunu göstermektedir. Bu nedenle hemşirelerin agresyondan etkilenmelerinin nitel araştırma yöntemi kullanılarak ayrıntılı olarak belirlenmesi,
- Değişkenlerde çoğunlukla anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Örneklem artırılarak ileri çalışmaların yapılması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- A. Pol, M. Carter, S. Bouchoucha, Violence and aggression in the intensive care unit: What is the impact of Australian National Emergency Access Target? Australian Critical Care xxx (2018) 1-7
- Abay E, Tuğlu C, Şiddet ve Agresyonun Nörobiyoloğisi, J Clin Psy. 2000; 3(1): 21-26
- Abderhalden, C. Needham, I., Friedli, T.K., Poelmans, J. ve Dassen, T.(2002). Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. Acta Psychiatr Scand, 106 (412):110-117
- Aktaş Y, Arabacı LB, Yoğun Bakımda Yatan Hasta ve Ailesiyle İletişim, İzmir Kátip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Dergisi 2016; 1(3): 39-43
- Aktaş Y, Yoğun bakım hemşirelerinin hastaların psikolojik bakım gereksinimlerini belirlemeye ve uygulamaya yönelik görüşlerinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) İzmir: Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2016
- Al ve ark, Increased Violence Towards Health Care Staf, JAEM 2012; 11: 115-24
- Alaca Ç (2008), Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemőireliđine Duyulan Gereksinmenin İncelenmesi (Yayınlanmamıő Yüksek Lisans Tezi), Mersin Üniversitesi, Mersin
- Annagür B, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Risk Faktörleri, Etkileri, Değerlendirilmesi ve Önlenmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(2):161173
- Arslan S, Taylan S, Gözüyeőil E, Küçükakça G, Akıl Y, İnce S, Hemşirelerin Çatışma ve Şiddete Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi, Sağlık Akademisi Kastamonu, 2018, 3(1): 1-20
- Aslan Ö, Lofçalı A, Uğur Ő. ve Tuğlu A (2005). Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet İçeren Olgu Senaryolarına Yaklaőımları. Gülhane Tıp Dergisi, 47 (1) : 18 – 23.
- Ayrancı et al, Identification of Violence in Turkish Health Care Settings, Journal of Interpersonal Violence Volume 21 Number 2 February 2006: 276-296
- Bahçivan G., Sütçüççek H., Özcan CT., Yoğun Bakımda Yatan Hasta ve Yakınlarıyla İletişim, İç Hastalıkları Dergisi 2011; 18: 117-122
- Barr, Juliana MD et al, Clinical Practice Guidelines for the Management of Pain, Agitation, and Delirium in Adult Patients in the Intensive Care Unit, Critical Care Medicine: January 2013 - Volume 41 - Issue 1 - p 263–306
- Batığın AD, Şahin NH, Demirel EK, Bedensel Hastalıkları Olan Bireylerde Stres, Kendilik Algısı, Kişilerarası Tarz ve Öfke İlişkisi Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22(4):245-54

- Bilgin H, Özcan NK, Psikiyatri Servislerinde Agresyon, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(1):42-47
- Bilici R, Sercan M, Tufan AE, Psikiyatrik Hastalarda Saldırıcılık ve Saldırılan Hastaya Yaklaşım, Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2013;26:190-198
- Bleil ME, McCaffery JM, Muldoon MF et al. (2004) Anger-related personality traits and carotid artery atherosclerosis in untreated hypertensive men. Psychosom Med, 66: 633-39.
- Büyükbayram B, Okçay H, Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-kültürel Etmenler, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(1):46-53
- Çamcı O, Kutlu Y., Kocaeli'nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(1):9-16
- Çelik H, Otrar M, Saldırıcılık Envanterinin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışmaları, M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi Yıl: 2009, Sayı: 29, Sayfa: 101-120
- Çoban Arguvanoğlu ve ark, Effect of aggression management training program on knowledge and attitudes of nurses working at psychiatric clinics, Anadolu Psikiyatri Derg 2015; 16:323-328
- Çoban SA, Agresyon Yönetimi Konusunda Verilen Eğitimin Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Bilgi Ve Tutumlarına Etkisi, Erciyes Üniversitesi
- Coşkun, S., Öztürk, A.T. (2010). Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 3, 16-23
- Çıtak EA, Avcı S, Basmacı Ö, Durukan İ, Bir Üniversite Hastanesinde Hemşirelerin "Zor Hasta" Olarak Tanımladıkları Hastalarla İletişim Davranışlarının İncelenmesi, Turkish Journal of Research & Development in Nursing . 2011, Vol. 13 Issue 1, p35-46. 12p
- Dedeli Ö, Akyol AD, Yoğun Bakım Hastalarında Psikososyal Sorunlar, Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2008;12(1-2):26-32
- Demir G, Öztunç G, Gürültünün Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Gece Uykusu ve Yaşamsal Bulguları Üzerine Etkisi, Turk J Intense Care 2017;15:107-16
- Dinçer NÜ, Hemşirelerin işyeri şiddetine maruz kalma durumları ile iş doyumları ve işten ayrılma eğilimleri. [Doktora Tezi] Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2010.
- Duğan Ö(2015), Sağlıkta Şiddet Haberlerinin Basına Yansıması (DoktoraTezi), Selçuk Üniversitesi, Konya

- Eliassen K. M, Hopstock L. A. Sleep promotion in the intensive care unit - a survey of nurses'' interventions. *Intensive and Critical Care Nursing* 2011; 27(3): 138–142.
- Erol Ö, Enç N. Yoğun bakım alan hastaların uyku sorunları ve hemşirelik girişimleri. *Türkiye Klinikleri J Nurs. Sci* 2009; 1(1): 24-31.
- Estryn-Behar M, van der Heijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, et al. Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' Study. *Occup Med (Lond)* 2008;58:107-14
- Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing* 2007;58(2):140-9.
- Franz S et al, Aggression and violence against health care workers in Germany--a cross sectional retrospective survey, *BMC Health Serv Res.* 2010 Feb 25;10:51.
- Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabil Nurs* 2010;35:177-84.
- Gorman, Sultan, *Psikososyal Hemşirelik Genel Hasta Bakımı İçin*, Çev., Fatma Öz, Meral Demiralp. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi, 2014
- Gorman LM, Sultan DF, Raines ML Davis's Manual of Psychosocial Nursing in General Patient Care, FA Davis Company, Philadelphia, 1996: 95-111
- Gökçe T, DüNDAR C, Samsun Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde Çalışan Hekim ve Hemşirelerde Şiddete Maruziyet Sıklığı ve Kaygı Düzeylerine Etkisi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15 (1) 25-28 (2008)
- Günüşen NP, Öfke, Saldırganlık ve Psikiyatri Hemşireliği, *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics* 2016;2(2)
- Gürdoğan EP, Öztürk S, Uğur E, Yoğun Bakımda Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Öfke Düzeyleri Hasta Yakınlarının Görüşlerini Etkiler mi? *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2017; 1(4)
- Gürdoğan EP, Uğur E, Kınıcı E, Aksoy B, Yoğun Bakım Hemşirelerinin Fiziksel Tespite İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler, *Yoğun Bakım Derg* 2016; 7: 83-8
- Hahn et al, Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey, *J Adv Nurs.* 2012 Dec;68(12):2685-99
- Hasta D, Güler ME, Saldırganlık: Kişilerarası İlişki Tarzları Ve Empati Açısından Bir İnceleme, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2013, 4(1)
- Hintistan S, Nural N, Öztürk H, Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Hastaların Deneyimleri, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2009;13(1):40-46

Hye Jin Yoo et al, Experience of Violence from the Clients and Coping Methods Among Intensive Care Unit Nurses Working in a Hospital in South Korea, Asian Nursing Research Volume 12, Issue 2, June 2018, Pages 77-85

http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/yogun_bakim_genelgesi_2008_53.pdf (E.T.: 20.07.19)

<http://www.toraks.org.tr/halk/News.aspx?detail=3541> (E.T.: 23.10.2018)

IRWIN A, The nurse's role in the management of aggression Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing (2006) 13, 309–318

Jansen, G. J., Dassen, W.N. ve Moorer, P.(1997). The Perception of Aggression, Scandinavian Journal of Caring Sciences, 11, 51-55.

Jansen, G.J.(2005). The attitude of Nurses towards Inpatient Aggression in Psychiatric Care, The Development of an Instrument. 1st ed. The Netherlands, p.175-9.

J. Lynch R. Appelboam P. J. McQuillan, Survey of abuse and violence by patients and relatives towards intensive care staff, Anaesthesia, 2003,58, pages 874–910

Jonker et al, Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 2008, 15, 492–499

Kahriman İ, Hemşirelerin Sözel ve Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2014;5(2):77-83

Kaya E, Sönmez S, Barlas F, Deliryum, Okmeydanı Tıp Dergisi 29(Ek sayı 2):70-74, 2013

Kızmaz Z, Şiddetin Sosyo - Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt: 16, Sayı: 2 Sayfa: 247-267, ELAZIĞ-2006

Kocaman N, Genel Hastane Uygulamasında Psikososyal Bakım ve Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005, 9(1)

Mert V, Ergene S, Evrimsel Psikoloji ve Saldırganlığın Kökeni, https://www.researchgate.net/profile/Veli_Mert/publication/325451973_EVRIMSEL_PSIKOLOJI_VE_SALDIRGANLIGIN_KOKENI_Evrimsel_psikolojinin_nitelikleri_ve_saldirganligin_evrimsel_perspektifle_incelenmesi/links/5b0ecf6ea6fdcc80995ba6ef/EVRIMSEL-PSIKOLOJI-VE-SALDIRGANLIGIN-KOKENI-Evrimsel-psikolojinin-nitelikleri-ve-saldirganligin-evrimsel-perspektifle-incelenmesi.pdf?origin=publication_detail (E.T.: 26.07.2019)

Nau J, Dassen T, Halfens R, Needham I. Nursing students' experiences in managing patient aggression. Nurse Education Today. 2007; 27: 933–946.

- Needham I, Abderhalden C, Halfens R., Dassen T., Haug H., Fischer F. The effect of a training course in aggression management on mental health nurses' perceptions of aggression: A cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2005;42: 649–655.
- Onur E, Cimilli C, Deliryum Tedavisinde Yeni Bir Yaklaşım: Atipik Antipsikotikler, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(3):216-224
- Oral G, Atamer A, (2004). Psikolojik Kuramlar ve Agresyon Üzerine Bir Derleme. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 1(1):43-57.
- Öner S (2011), *Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Agresyonuna Gösterilen Tepkiler ile Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi)*, Düzce Üniversitesi Düzce
- Özcan NK, Bilgin H, Yoğun Bakım Hemşirelerine Yönelik Psikolojik Şiddet: Niteliksel Bir Çalışma, *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi* 2010;14(2)
- Pazvantoğlu O, Gümüş K, Böke Ö, Yıldız İ, Şahin AR, Perception of patient aggression among nurses working in a university hospital in Turkey_1967 495..50, *International Journal of Nursing Practice* 2011; 17: 495–501
- Pekriz Ş (2009), *Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Algılamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi)*, İstanbul Üniversitesi İstanbul
- Sağlık Çalışanları Şiddet Araştırması, Sağlık-Sen AR-GE Birimi Aralık 2013
- Saloojee S (2009) Routine pre-admission laboratory screening investigations in aggressive patients who require sedation in the emergency department-necessary or unnecessary. *South Afr J Psychiatry*. 15(3):67-71
- Savaşan A, Mete L, Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniklerinde Agresyonun ve Kısıtlama Yöntemlerinin İncelenmesi, *Klinik Psikiyatri* 2018;21:130-136
- Solgun C, Tarsuslu B, Çulhacık GD, Durat G, Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Hemşirelerin Örgütsel Stres Düzeyleri İle Benlik Savunma Mekanizmaları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Journal of Human Rhythm* 2018;4(2):126-133
- Taş F, Çevik Ü, Konya İlindeki Pediatri Hemşirelerinin Şiddete Maruz Kalma Durumları, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi Cilt: 9 Sayı: 3* 2006
- Terzi B, Kaya N. Yoğun bakım hastasında hemşirelik bakımı. *Yoğun Bakım Dergisi* 2011; 1: 21-5
- Tetik ve ark, Sağlık Personeline Yönelik Şiddet Nedenlerinin ve Şiddet Uygulamayı Düşünen Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirmesi, *The Journal of Turkish Family Physician* 2018;9(1):2-8

- Turgut T, Lagace D, Izmir M, Dursun S. Assessment of violence and aggression in psychiatric settings: Descriptive approaches. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2006;16:179-194
- Vanderslott, J.(1998). A study of incidents violence towards staff by patients in an NHS Trust hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 5, 291-298.
- Vekurinen P, Willman L, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Välimäki M, Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings, *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Oct; 14(10): 1245.
- Yalçın Ö, Erdoğan A, Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojik, Psikososyal ve Çevresel Nedenleri, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2013; 5(4):388-419
- Yeşilbaş H (2016), Sağlıkta Şiddete Genel Bakış, 3
- Yıldırım S ve ark, Hemşirelerin Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Hemşireliği Hakkındaki Bilgi Ve Uygulamalarının İncelenmesi, *J Psychiatric Nurs* 2019;10(2):96-102
- Yıldız A, Akut Ajitasyon Sağaltımında Benzodiazepinlerin, Tipik ve Atipik Antipsikotiklerin Yeri: Bulguların Gözden Geçirilmesi, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003; 14(2):134-144

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

CALIŞMANIN ADI: Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Hemşirelerin Hasta Saldırganlığına Yönelik Algılamaları ve Etkilenmeleri

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirseniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

CALIŞMANIN KONUSU VE AMACI : Bilindiği gibi yoğun bakım üniteleri özellikleri ve stresli çalışma ortamları nedeniyle hasta agresyonunun sık yaşandığı birimlerdir. Bu alanlarda çalışan hemşireler hasta agresyonunu olumsuz algılamaktadırlar. Bunun sonucunda hemşireler çalışma ortamından soğumakta, işten ayrılmaya kadar giden olumsuz kararlar verebilmektedirler. Bu çalışma yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna yönelik algıları ve hasta agresyonundan etkilenme durumlarının ve bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılacaktır.

CALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız gereken üç adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde bazı demografik verilerinizle ilgili sorular bulunmaktadır. Bu form araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır. Diğer iki form ise standardize ölçeklerdir. Bu ölçekler sizin hasta agresyonuna yönelik algınızı ve etkilenmenizi ölçmektedir. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

CALIŖMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda literatüre bu konu hakkında destek sağlayarak veri eklememize yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŐVURULACAK KİŞİLER :

Ayşen Ayçiçek

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

Gönüllü Adı Soyadı:		Tarih ve İmza:
Telefon:		

Araştırmacı ² Adı Soyadı:	Ayşen AYÇİÇEK	Tarih ve İmza:
Adres ve Telefon	Küçükçekmece/ İSTANBUL	

8. EKLER

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışma Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı kapsamında yürütülen tez çalışmasıdır. Yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna yönelik tutumlarını ve hasta agresyonundan etkilenme durumlarının incelenmesi amacıyla yapılmaktadır. Çalışmanın yararlı olması ve gerçeği yansıtması için lütfen her soruyu içtenlikle yanıtlayınız. Katılımınız için teşekkür ederim.

Ayşen Ayçiçek

Ü. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü

1. Bireysel ve Çalışma Özellikleri

1. Yaşı.....
2. Cinsiyeti: ()Kadın ()Erkek
3. Medeni durumu: ()Bekar ()Evli ()Dul ()Boşanmış ()Ayrı yaşıyor
4. Eğitim durumu: ()SML ()Önlisans ()Lisans ()Yüksek Lisans
5. Çalıştığı bölüm: ()Koroner Yoğun Bakım Ünitesi ()KVC Yoğun Bakım Ünitesi ()KVC Yoğun Bakım İzolasyon Ünitesi
6. Kaç yıldır bulunduğu alanda çalışıyor?.....
7. Çalışma biçimi: ()Gündüz ()Nöbet ()Gündüz + Nöbet
8. Kaç yıldır hemşirelik yapıyor? ()1 yıldan az ()2-5 yıl ()6-9 yıl ()10 yıl ve üzeri

2. Hemşirelerin Agresyon (Saldırganlık) Deneyimleri ve Algılamaları:

Bu bölümde, hastalar tarafından tanık olduğunuz ve/veya maruz kaldığınız sözel ve fiziksel agresif davranışlarla ilgili sorular bulunmaktadır. Lütfen yanıtlarınızı aşağıdaki tanımlamalara uygun olarak veriniz.

Sözel Agresif Davranışlar: Aşağılayıcı, korkutucu, tehdit edici, tiksindirici, fiziksel temas içermeyen sözler ve jestler.

Fiziksel Agresif Davranışlar: Tükürme, tekmeleme, tırmalama, yumruklama, itme, dayak veya bir eşya kullanarak saldırma. (Yaralanma olması şart değildir.)

1. Yoğun bakım ünitesinde çalışırken, hastalar tarafından gerçekleştirilen yukarıdaki durumlarla karşılaştınız mı?

() Evet () Hayır

2. Yoğun bakım ünitesinde çalışırken, hastalar tarafından gerçekleştirilen yukarıdaki durumlara maruz kaldınız mı?

() Evet () Hayır

3. (Agresif davranışa maruz kalanlar için) Hastalar tarafından en fazla hangi agresif davranışlara maruz kaldınız? (Birden çok seçenek işaretlenebilir)

Sözel Agresif Davranışlar:

Aşağılayıcı sözler () Korkutucu sözler () Tehdit edici sözler ()

Tiksindirici sözler () Küfür () Diğer ()

Fiziksel Agresif Davranışlar:

Tükürme () Tekmeleme () Tırmalama () Yumruklama () İtme ()

Tokat () Dayak () Bir eşya kullanarak saldırma () Diğer ()

4. Hastalar tarafından sözel ve/veya fiziksel agresif davranışa uğramak sizi nasıl etkiledi? (Birden fazla seçenek işaretlenbilir)

- Korktum.
- Güçsüz olduğumu düşündüm.
- Güvende olmadığımı düşündüm.
- Çaresiz olduğumu hissettim.
- Kendimi suçladım.
- İşe dönmede güçlük çektim.
- Bedensel şikayetlerim oldu.
- Sosyal ilişkilerimde bozulma oldu.
- Diğer (açıklayınız)

5.Çalıştığınız bölümde kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?

- Hiçbir zaman Nadiren (%25) Bazen (%25–50)
- Sık sık (%50–75) Her zaman (%75–100)

6.Agresyon (saldırganlık) ve baş etme yöntemleri konusunda eğitim aldınız mı?

- Evet Hayır

7.Saldırgan hastaya yaklaşım (agresyon yönetimi) konusunda eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?

- Evet Hayır

EK-2

AGRESYON (SALDIRGANLIK) ALGILAMALARI ÖLÇEĞİ (POAS) (PERCEPTION OF AGGRESSION SCALE)

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

		Kesimlikle katılıyorrum	Katılıyorrum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesimlikle katılmıyorum
	Agresyon;					
1.	Hasta, kendisine veya başkalarına fiziksel zarar verecek duygulara sahipse ortaya çıkar.	5	4	3	2	1
2.	Kendisine veya başkalarına yönelik şiddet davranışıdır.					
3.	Enerjinin duygusal olarak boşaltılmasıdır.					
4.	Birisini dövmektir.					
5.	Diğer insanlara veya eşyalara zarar verme tehdididir.					
6.	Hemşirelik bakımında yeni olanaklar sağlar.					
7.	İnsanların amaca ulaşmak için kullandıkları bir enerjidir.					
8.	Engelleri kaldırma girişimidir.					
9.	Kişisel çıkar sağlamak için yapılan, uygunsuz, uyumsuz, etkili sözel ve/veya fiziksel eylemdir.					
10.	Gerçeği değerlendiremeyen (psikotik olan) bir kişinin agresif davranışı hariç, kasıtlı olarak yapılmaktadır.					
11.	Diğer insanlara üstünlük sağlamak veya onları incitmek amacıyla müdahale veya rahatsız etme dürtüsüdür.					
12.	Gereksiz ve kabul edilemez bir davranıştır.					
13.	Başkalarına ruhsal veya fiziksel olarak acı vermektir.					
14.	Bir fiziksel şiddet eylemidir.					
15.	İğrenç (tikindirici) bir davranıştır.					
16.	Hemşirenin hastayı farklı bir bakış açısından görmesine yardım eder.					
17.	Hastanın diğer kişide yaralanmaya yol açabileceğini bildiği bir davranıştır.					
18.	Gülme veya ağlama gibi bir tür duygu ifadesidir.					
19.	Servis ortamını olumsuz etkiler ve tedaviyi engeller.					
20.	Kendini korumaktır.					
21.	Hangi biçimde olursa olsun, her zaman olumsuz ve kabul edilemez bir davranıştır: duygular başka bir şekilde ifade edilmelidir.					
22.	Hastaların diğer insanlar üzerinde güç gösterisi yapmak için kullandığı bir araçtır.					

23	Bir iletişim şeklidir ve bu yüzden yıkıcı değildir.					
24	Kişinin kendi alanını ve mahremiyetini korumasıdır.					
25	Daha olumlu bir hemşire-hasta ilişkisinin başlangıcıdır.					
26	Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır.					
27	Hastanın sakinleşmesini sağlar.					
28	Öfkeye karşı sağlıklı bir tepkidir.					
29	Hoş görülemeyecek bir şeydir.					



EK-3

Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği (IMPACS)

Aşağıda, bakım verdikleri hastaların agresif davranışlarına maruz kalan bireylerin, olayın arkasından hissettikleri duygularla ilgili, 10 maddeden oluşan bir liste bulunmaktadır. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyunuz ve agresif hastayla bakım verdikten sonra, belirtilen duyguları hangi sıklıkta yaşadığınızı düşünerek duygularınızı en iyi şekilde açıklayan maddeyi daire içine alınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur, lütfen ne hissediyorsanız onu işaretleyiniz.

Hasta agresyonu ile karşıladıktan sonra:

1. Hastaya karşı “vicdan azabı/suçluluk” hissedirim.

()Asla ()Nadiren ()Bazen ()Sıkça ()Her zaman

2. Hastayla olan ilişkilerimde rahatsızlık hissedirim.

()Asla ()Nadiren ()Bazen ()Sıkça ()Her zaman

3. Hasta ile ilişki kurmaktan kaçınıyorum.

()Asla ()Nadiren ()Bazen ()Sıkça ()Her zaman

4. Bu hastayla çalışırken kendimi güvende hissetmem.

()Asla ()Nadiren ()Bazen ()Sıkça ()Her zaman

5. Toplum sorunları ile baş etmek zorunda olduğumu hissedirim.

()Asla ()Nadiren ()Bazen ()Sıkça ()Her zaman

6. İş yerinde kendimi güvende hissetmem.

()Asla ()Nadiren ()Bazen ()Sıkça ()Her zaman

7. Başarısız olduğumu hissedirim.

()Asla ()Nadiren ()Bazen ()Sıkça ()Her zaman

EK-4**Tablo 10: Hemşirelerin POAS Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=155)**

Agresyon;	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Agresyon; hasta, kendisine veya başkalarına fiziksel zarar verecek duygulara sahipse ortaya çıkar.	1	0.6	6	3.9	23	14.8	67	43.2	58	37.4
Kendisine veya başkalarına yönelik şiddet davranışıdır.	1	0.6	5	3.2	13	8.4	81	52.3	55	35.5
Enerjinin duygusal olarak boşaltılmasıdır.	16	10.3	26	16.8	42	27.1	50	32.3	21	13.5
Birisini dövmektir.	30	19.4	54	34.8	37	23.9	24	15.5	10	6.5
Diğer insanlara veya eşyalara zarar verme tehdididir.	5	3.2	15	9.7	26	16.8	79	51	30	19.4
Hemşirelik bakımında yeni olanaklar sağlar.	37	23.9	33	21.3	52	33.5	25	16.1	8	5.2
İnsanların amaca ulaşmak için kullandıkları bir enerjidir.	32	20.6	33	21.3	38	24.5	40	25.8	12	7.7
Engelleri kaldırma girişimidir.	36	23.2	34	21.9	39	25.2	39	25.2	7	4.5
Kişisel çıkar sağlamak için yapılan, uygunsuz, uyumsuz, etkili sözel ve/veya fiziksel eylemdir.	5	3.2	17	11	31	20	60	38.7	42	27.1
Gerçeği değerlendiremeyen (psikotik olan) bir kişinin agresif davranışı hariç, kasıtlı olarak yapılmaktadır.	7	4.5	14	9	50	32.3	47	30.3	37	23.9
Diğer insanlara üstünlük sağlamak veya onları incitmek amacıyla müdahale veya rahatsız etme dürtüsüdür.	7	4.5	14	9	42	27.1	55	35.5	37	23.9
Gereksiz ve kabul edilemez bir davranıştır.	5	3.2	17	11	21	13.5	53	34.2	59	38.1
Başkalarına ruhsal veya fiziksel olarak acı vermektir.	3	1.9	10	6.5	27	17.4	61	39.4	54	34.8
Bir fiziksel şiddet eylemidir.	3	1.9	19	12.3	19	12.3	70	45.2	44	28.4
İğrenç (tiksendirici) bir davranıştır.	2	1.3	9	5.8	23	14.8	63	40.6	58	37.4

Hemşirenin hastayı farklı bir bakış açısından görmesine yardım eder.	25 16.1	18 11.6	62 40	36 23.2	14 9
Hastanın diğer kişide yaralanmaya yol açabileceğini bildiği bir davranıştır.	9 5.8	15 9.7	44 28.4	59 38.1	28 18.1
Gülme veya ağlama gibi bir tür duygu ifadesidir.	24 15.5	25 16.1	53 34.2	38 24.5	15 9.7
Servis ortamını olumsuz etkiler ve tedaviyi engeller.	5 3.2	7 4.5	16 10.3	67 43.2	60 38.7
Kendini korumaktır.	45 29	43 27.7	40 25.8	23 14.8	4 2.6
Hangi biçimde olursa olsun, her zaman olumsuz ve kabul edilemez bir davranıştır: duygular başka bir şekilde ifade edilmelidir.	6 3.9	15 9.7	24 15.5	51 32.9	59 38.1
Hastaların diğer insanlar üzerinde güç gösterisi yapmak için kullandığı bir araçtır.	12 7.7	17 11	39 25.2	50 32.3	37 23.9
Bir iletişim şeklidir ve bu yüzden yıkıcı değildir.	63 40.6	45 29	30 19.4	9 5.8	8 5.2
Kişinin kendi alanını ve mahremiyetini korumasıdır.	60 38.7	48 31	25 16.1	16 10.3	6 3.9
Daha olumlu bir hemşire-hasta ilişkisinin başlangıcıdır.	72 46.5	41 26.5	28 18.1	6 3.9	8 5.2
Güçsüzlük duygusundan kaynaklanır.	15 9.7	23 14.8	49 31.6	38 24.5	30 19.4
Hastanın sakinleşmesini sağlar.	59 38.1	53 34.2	25 16.1	13 8.4	5 3.2
Öfkeye karşı sağlıklı bir tepkidir.	73 47.1	39 25.2	27 17.4	13 8.4	3 1.9
Hoş görülemeyecek bir şeydir.	15 9.7	13 8.4	27 17.4	42 27.1	58 37.4

EK-5**Tablo 11: Hemşirelerin IMPACS Maddelerine Verdikleri Yanıtların Dağılımı (N=155)**

IMPACS	Asla		Nadiren		Bazen		Sıkça		Her zaman	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hastaya karşı “vicdan azabı/suçluluk” hissedirim.	32	20.6	62	40	47	30.3	12	7.7	2	1.3
Hastayla ile olan ilişkilerimde rahatsızlık hissedirim.	25	16.1	47	30.3	46	29.7	34	21.9	3	1.9
Hasta ile ilişki kurmaktan kaçınıyorum.	41	26.5	57	36.8	33	21.3	18	11.6	6	3.9
Bu hastayla çalışırken kendimi güvende hissetmem.	15	9.7	31	20	47	30.3	53	34.2	9	5.8
Toplum sorunları ile baş etmek zorunda olduğumu hissedirim.	13	8.4	29	18.7	49	31.6	53	34.2	11	7.1
İş yerinde kendimi güvende hissetmem.	12	7.7	44	28.4	60	38.7	34	21.9	5	3.2
Başarısız olduğumu hissedirim.	64	41.3	70	45.2	19	12.3	2	1.3	0	0



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Ayşen AYÇİÇEK(Anket Çalışması)

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
(Altunizade Mah.Haluk Türksoy Sk.No:14 PK:34662 Üsküdar/ İst)

İlgi : a) 10/05/2019 tarihli ve 71211201-2404 sayılı yazı.
b) 21/05/2019 tarihli ve 10678112-799-6565 sayılı yazı

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşen AYÇİÇEK 'in " Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna yönelik algıları ve hasta agresyonundan etkilenme durumlarının incelenmesi" başlıklı anket çalışmasını, Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma hastanenin ilgi b) sayılı yazısı ile uygun görülmüş olup, konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Müdür a.
Başkan

Seyitmazın Mah. Mevlana Cad.No:35 Zeytinburnu-İstanbul Sağlık Geliştirilmesi
Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta: sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbul.saglik.gov.tr

Bilgi için: Sinan KAVZAN
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrak elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden oc3a85d3-a7eb-46e9-a770-3cfd94c3f753 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01
Konu : Ayşen AYÇİÇEK(Anket Çalışması)

MEHMET AKİF ERSOY GÖĞÜS KALP VE DAMAR CERRAHİSİ EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİNE

İlgi : a) 10/05/2019 tarihli ve 71211201-2404 sayılı yazı.
b) 21/05/2019 tarihli ve 10678112-799-6565 sayılı yazı.

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Ayşen AYÇİÇEK 'in " Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin hasta agresyonuna yönelik algıları ve hasta agresyonundan etkilenme durumlarının incelenmesi" başlıklı anket çalışmasını, Hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma ilgi b) sayılı uygun görüşlerinize istinaden Müdürlüğümüzce onaylanmıştır.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN
Başkan

Seyitnizam Mah. Mevlana Cad.No:55 Zeytinburnu-İstanbul Sağlık Geliştirilmes
Birimi
Telefon: Faks No:
e-Posta: sinan.kavzan@saglik.gov.tr İnt Adresi: www.istanbul.saglik.gov.tr

Bilgi için: Sinan KAVZAN
SÜREKLİ İŞÇİ
Telefon No:0212 638 33 99-3059

Evrak elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 04749e95-b92e-43f6-0295-e95e4bd17ce6 kodi ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.