



T. C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE  
HASTA AGRESYONUNA GÖSTERİLEN TEPKİLER İLE  
TÜKENMİŞLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ**

Seda ÖNER  
YÜKSEK LİSANS TEZİ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER

İKİNCİ DANIŞMAN  
Doç. Dr. Fatih ŞAHİN

Düzce 2011

T.C.  
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PSİKİYATRİ HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE  
HASTA AGRESYONUNA GÖSTERİLEN TEPKİLER İLE  
TÜKENMİŞLİK ARASINDAKİ İLİŞKİNİN  
İNCELENMESİ**

Seda ÖNER  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER

İKİNCİ DANIŞMAN  
Doç. Dr. Fatih ŞAHİN

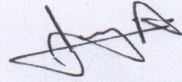
Düzce 2011

## KABUL VE ONAY

**Psikiyatri Hemşireliği** Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan  
**“Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Agresyonuna Gösterilen Tepkiler ile  
Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”**  
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 09 / 09 / 2011

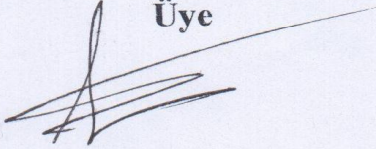
### TEZ SINAV JÜRİSİ



Yrd.Doç.Dr.Fatma EKER  
Düzce Üniversitesi  
Başkan

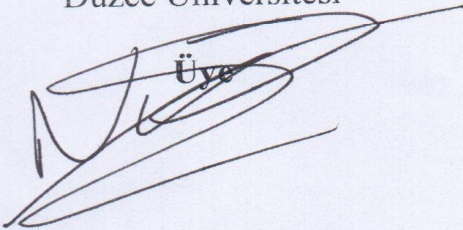
Doç.Dr.Fatih ŞAHİN  
Düzce Üniversitesi

Üye



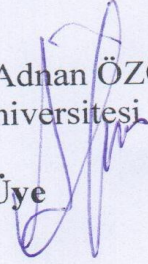
Yrd.Doç.Dr.Nuriye YILDIRIM  
Düzce Üniversitesi

Üye



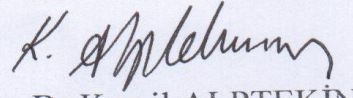
DoçDr.Adnan ÖZÇETİN  
Düzce Üniversitesi

Üye



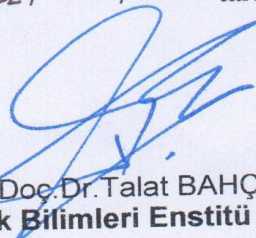
Yrd.Doç.Dr.Kamil ALPTEKİN  
Düzce Üniversitesi

Üye



Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun 22 / 09 / 2011 tarih ve 47 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Yrd.Doç.Dr.Talat BAHÇEBAŞI  
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü



## **TEŞEKKÜR**

Yüksek lisans eğitimin süresince bilgi ve tecrübesiyle bana yol gösteren, katkı ve manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Fatma Eker'e

Araştırmanın yapılmasına izin veren ve verilerin toplanması aşamasında destek olan Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Birimi'ne,

Tezimin verilerinin toplanmasında destek olan ve araştırmaya katılan Prof.Dr. Mazhar Osman Bakırköy RSHH, Erenköy RSHH, Bolu RSHH, Samsun RSHH, Elazığ RSHH, Manisa RSHH, Dr.Ekrem Tok Adana RSHH'lerinde çalışan değerli hemşire meslektaşlarıma,

Bana ailem kadar yakın olan ve çalışmam boyunca desteklerini esirgemeyen sevgili arkadaşlarım Aylin Kemahlı, Özge Kapısız, Hamide Pala, Nazmiye Uğur, Hasret Kutupoğlu ve Elvan Sağlam'a,

Araştırmanın her aşamasında beni gönülden destekleyen aileme ve eşim Seçkin Öner'e

**Teşekkür ederim**

**Seda ÖNER**

**ÖZET**  
**PSİKİYATRİ HASTANELERİNDE ÇALIŞAN HEMŞİRELERDE HASTA**  
**AGRESYONUNA GÖSTERİLEN TEPKİLER İLE TÜKENMİŞLİK**  
**ARASINDAKİ İLİŞKİNİN**  
**İNCELENMESİ**

Seda ÖNER

Yüksek Lisans Bitirme Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı  
Tez Danışmanı Yrd. Doç. Dr. Fatma EKER, Doç.Dr. Fatih ŞAHİN  
Eylül 2011, 71 sayfa

Bu çalışma, psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerde hasta agresyonuna gösterilen tepkiler ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini ve örneklemini T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı 7 bölge psikiyatri hastanesinin kapalı servislerinde çalışan 395 (296 kadın, 99 erkek) hemşire oluşturdu. Araştırmanın verileri bu çalışmada geçerlik güvenirlik çalışması yapılan Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği (Impact of Patient Aggression on Carers Scale) ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde ki-kare, t testi ve ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) ve korelasyon katsayısı kullanıldı. Yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında dil geçerliliği, ölçüt geçerliliği, faktör analizi ve Cronbach Alpha katsayısı yöntemleri kullanıldı. Agresif ve şiddet içeren davranışlardan etkilenme ölçeği (IMPACS)'nin 7 madde ve iki alt boyutla Türk toplumunda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlendi. Alt boyutlar "Bakım Verici ile Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması" ve "Kendini Güvende Hissetmeme" olarak isimlendirildi.

Araştırmaya katılan hemşirelerin 326'sı (%82.5) son bir yılda fiziksel agresyona maruz kaldığını bildirmiş olup, sözel agresyon sayısı ortalama  $15.29 \pm 26.96$ , fiziksel agresyon ise  $7.46 \pm 13.3$  idi. Erkek hemşirelerin daha çok küfür, tekmeleme, yumruklamaya maruz kaldıkları, kadın hemşirelerin daha çok dokunma/taciz etme davranışına maruz kaldıkları; çalışma yılına göre 0-3 yıldır çalışanların daha fazla küfür, tırmalama, itme davranışlarına maruz kaldıkları, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Agresyon yönetimi konusunda eğitim alanlarda IMPACS alt boyutlarından bakım verici ve hasta arasındaki ilişkinin daha az bozulduğu, kadın hemşirelerde Kendini Güvende Hissetmeme alt boyut ortalamasının daha yüksek olduğu ve psikiyatri hemşirelerinin gece bakmakla yükümlü oldukları hasta sayısı ortalamasının üstünde olan hastanelerde, Kendini Güvende Hissetmeme ve Duyusal Tükenme alt boyut ortalamasının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin %79'unda Duyusal Tükenme, %35.7'sinde Duyarsızlaşma oranı yüksek düzeyde bulundu. Yaş ve çalışma yılı arttıkça duyarsızlaşmanın azaldığı, erkeklerde duyarsızlaşmanın daha yüksek olduğu görüldü. Hemşirelerin hasta agresyonundan etkilenmeleri ile tükenmişlik düzeyleri arasında pozitif yönde ileri derecede anlamlı bir ilişki belirlendi.

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda psikiyatri kliniklerinde güvenli çalışma ortamını sağlayacak tedbirlerin alınması, agresyon yönetimi konusunda eğitim programlarının düzenlenmesi, agresyona maruz kalan hemşirelere krize müdahale yaklaşımıyla danışmanlık verilmesi ve bu hemşirelerin tükenmişlik açısından yakından izlenmesi önerildi.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta agresyonu, tükenmişlik, psikiyatri hemşiresi.



**ABSTRACT**  
**EVALUATION OF RELATIONSHIP BETWEEN REACTION AGAINST**  
**PATIENT AGGRESSION AND FATIGUE IN PSYHIATRIC HOSPITAL**  
**NURSES**

Seda ÖNER

Master thesis

Assist. Prof. Fatma EKER, Assoc. Prof. Fatih ŞAHİN

September 2011, 71 pages

This study has been done to evaluate the relationship between reaction against patient aggression and fatigue in nurses that working in psychiatric hospitals. The study was designed in descriptive manner. The universe and sample were constituted of 395 nurses who were working in closed inpatient services of 7 district psychiatric hospital which are affiliated to T.C. Ministry of Health. Data were collected with using Impact of Patient Aggression on Carers Scale (IMPACS) ve Maslach Fatigue Scale which's validity and reliability tests were performed in this study. In the statistical analysis of data chi-square test, t test, ANOVA, and correlation coefficient were used. In validity and reliability study language validity, criterion validity, factor analysis, and Cronbach Alpha coefficient methods were used. It was designated that Response of Care Providers to Patient Aggression Scale is valid and reliable scale that can be used in Turkish society with 7 item and two sub-dimensions. Sub-dimensions was named as Corruption of Relation Between Care Provider and Patient and Not Feeling Confident

Number of the nurses that exposed to physical aggression during last one year was 326 (%82.5), number of verbal aggression was 15.29±26.96, number of physical aggression was 7.46±13.3. Male nurses were exposed to aggression as swearing, kicking, fisting while female nurses were exposed to touch/solicitation. According to working year; 0-3 years workers were more often exposed to swearing, scratching, pushing, and the difference between groups was statistically significant. It was identified that, in nurses that had an education about aggression management the relation between patient and care provider was less corrupted through sub-dimensions of IMPACS, in female nurses mean of the sub-dimension of the "Not Feeling Confident" was higher and psychiatric nurses in their care of patients in hospitals with higher than average emotional fatigue and Not Feeling Confident was higher and differences between groups were statistically significant. The rate of emotional fatigue in psychiatric hospital nurses was %79 the rate of desensitization was %35.7. It was observed that desensitization was decreasing with age and working year and it was higher in male nurses. There was a positive relation between response to the patient aggression and fatigue levels in nurses.

According to the results of the study, it was concluded that, precaution must be taken in psychiatry clinics to provide safer work, education programmes about aggression management must be provided, consulting must be provided to the nurses that exposed to aggression and these nurses must be closely followed in terms of fatigue.

**Key Words:** burnout, patient aggression, psychiatric nurse.

# İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR.....	x
ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2. 1. Güvenli Çalışma Ortamı ve Önemi.....	4
2.2. İş Yerinde Şiddet ve Agresyon.....	4
2.3. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlara Yönelik Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlar..	6
2.3.1. Psikiyatri Kliniklerinde Agresyon ve Şiddet Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler	6
2.3.1.1. Hasta ile ilgili faktörler.....	6
2.3.1.1.A. Demografik özellikler.....	6
2.3.1.1.B. Geçmişte Saldırganlık Öyküsü.....	7
2.3.1.1.C. Psikiyatrik Hastalık Varlığı.....	7
2.3.1.1.D. Kişilik özellikleri.....	7
2.3.1.1.E. Madde kötüye kullanımı.....	8
2.3.1.1.F. Bilişsel Fonksiyonlar.....	8
2.3.1.2. Çevresel faktörler.....	8
2.3.1.3. Personel ile ilgili faktörler.....	9
2.3.2. Psikiyatri Kliniklerindeki Agresyon ve Şiddet İçeren Davranışların Çalışanlar Üzerindeki Etkileri.....	9
2.3.2.1. Psikolojik ve Davranışsal Sonuçlar.....	9
2.3.2.2. Tükenmişlik.....	10
2.3.2.2.A. Duygusal Tükenme.....	11
2.3.2.2.B. Depersonalizasyon / Duyarsızlaşma.....	11
2.3.2.2.C. Kişisel Başarının Düşmesi.....	11
2.3.2.2.D. Tükenmişlik Sendromunu Önleme ve Baş Etme Yöntemleri.....	12
2.3.3. İşyerinde Agresyon ve Şiddeti Önlemek İçin Alınacak Önlemler.....	12
2.3.1. Politika ve Prosedürlerin Geliştirilmesi.....	13
2.3.2. Personelin Agresyon Yönetimi Konusunda Eğitilmesi.....	13

2.4. Psikiyatri Hastanelerindeki Agresyon ve Şiddet Olaylarının Önlenmesi İçin Öneriler.....	15
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Şekli.....	19
3.2. Araştırmanın Alt Problemleri.....	19
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	19
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	20
3.5. Araştırmaya Katılma Kriterleri .....	20
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	20
3.7. Veri Toplama Araçları.....	21
3.7.1. Kişisel Bilgi Formu.....	21
3.7.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) .....	21
3.7.3. IMPACS (Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği) .....	22
3.7.3.1. Dil Geçerliliği.....	22
3.7.3.2. Yapı Geçerliliği .....	22
3.7.3.3. Ölçüt Geçerliliği .....	23
3.7.3.4. Güvenirlilik Çalışması .....	24
3.7.4. Ön Uygulama .....	25
3.7.5. Verilerin Toplanması .....	25
3.7.6. Verilerin Değerlendirilmesi .....	26
3.7.7. Araştırmanın Etik Boyutu .....	26
4. BULGULAR.....	27
4.1. Araştırmaya Katılan Psikiyatri Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri .....	27
4.2. Klinik Ortama İlişkin Bilgiler .....	28
4.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Deneyimleri.....	33
4.4. Psikiyatri Hemşirelerinin Agresif ve Şiddet İçerikli Hasta Davranışlarına Tepkileri .....	38
4.5. Bazı Değişkenlere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Agresyonundan Etkilenme ve Tükenmişlik Durumları.....	40
5. TARTIŞMA .....	48
5.1. Klinik Ortama İlişkin Bilgiler .....	48
5.2. Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Deneyimleri.....	49
5.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Agresyonuna Tepkileri.....	51



5.4. Bazı Değişkenlere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Agresyonundan Etkilenme ve Tükenmişlik Durumlarının Tartışılması .....	53
5.5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki .....	55
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	57
6.1. Sonuçlar .....	57
6.2. Öneriler .....	58
7. KAYNAKLAR.....	59
8. EKLER.....	66
EK-1: Kişisel Bilgi Formu.....	66
EK-2: MTÖ (Maslach Tükenmişlik Ölçeği).....	69
EK- 3: IMPACS (Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği).....	70
EK-4: Araştırma İzin Yazısı.....	71

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ICN	Uluslararası Hemşirelik Konseyi
ILO	Uluslararası Çalışma Örgütü
IMPACS	Impact of Patient Aggression on Carers Scale
MTÖ	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
DT	Duygusal Tükenme
Du	Duyarsızlaşma
KB	Kişisel Başarı
AŞİDEÖ	Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği

## ŞEKİLLER VE TABLOLAR LİSTESİ

Şekil 2.1. Agresyon Yönetimi Konusunda Konu İçerikleri.....	15
Şekil 3.1. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Kapalı Psikiyatri Servislerinin Güvenlik Önlemlerine İlişkin Özellikleri .....	20
Şekil 3.2. IMPAC Alt Ölçekleriyle ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki.....	24
Tablo 4.1.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=395) .....	28
Tablo 4.2.1. Psikiyatri Hemşirelerinin İş Yüküne İlişkin Bulgular .....	29
Tablo 4.2.2. Hemşirelerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Gündüz Bakmakla Yükümlü Oldukları Hasta Sayısı Ortalamaları .....	30
Tablo 4.2.3. Hemşirelerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Gece Bakmakla Yükümlü Oldukları Hasta Sayısı Ortalamaları .....	32
Tablo 4.2.4. Hemşirelere Uygulanan Hizmetiçi Eğitim Programlarında Agresyon Yönetimi Konusunun Anlatılma Durumu (n:395).....	31
Tablo 4.2.5. Hemşirelerin Agresyon Yönetimi Konusunda Eğitim İhtiyacı (n:395).....	32
Tablo 4.3.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Son Bir Yılda Maruz Kaldıkları Sözel ve Fiziksel Hasta Agresyonu Ortalaması .....	33
Tablo 4.3.2. Psikiyatri Hemşirelerinin Maruz Kaldıkları Agresif Davranışlar .....	34
Tablo 4.3.3. Hemşirelerin Cinsiyetine Maruz Kaldıkları Agresif Davranışlar (n:395) ...	35
Tablo 4.3.4. Psikiyatri Hemşirelerinin Çalışma Sürelerine Maruz Kaldıkları Agresif Davranışlar (n:395) .....	36
Tablo 4.3.5. En Son Agresif Davranışta Bulunan Hastanın Özellikleri (n:373) .....	37
Tablo 4.4.1. Araştırmaya Katılan Psikiyatri Hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği'nden Aldıkları Puanlar .	38
Tablo 4.4.2. Araştırmaya Katılan Psikiyatri Hemşirelerinin Tükenmişlik Düzeylerinin Dağılımı (n=395).....	39
Tablo 4.5.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Cinsiyetine Göre AŞİDEÖ ve MTÖ Alt Boyut Ortalamaları (n:395).....	40
Tablo 4.5.2. Psikiyatri Hemşirelerinin Çalışma Yılına Göre AŞİDEÖ ve MTÖ Alt Boyut Ortalamaları .....	41
Tablo 4.5.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Çalıştıkları Bölüme Göre AŞİDEÖ ve MTÖ Alt Boyut Ortalamaları.....	42

Tablo 4.5.4. Hastanelerin Gece Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısının Ortalamanın Altında ve Üstünde Kalmalarına Göre AŞİDEÖ-MTÖ Alt Boyut Ortalamaları.....	43
Tablo 4.5.5. Hastanelerin Gündüz Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısının Ortalamanın Altında ve Üstünde Kalmalarına Göre AŞİDEÖ-MTÖ Alt Boyut Ortalamaları.....	43
Tablo.4.5.6. Psikiyatri Hemşirelerin Eğitim Alma Durumlarına Göre AŞİDEÖ ve MTÖ Alt Boyut Ortalamaları (n:395).....	44
Tablo.4.5.7. Araştırmaya Katılan Psikiyatri Hemşirelerinin Yaş Ve Çalışma Yılı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği İle Yaş Ve Çalışma Yılı Arasındaki İlişki.....	46
Tablo.4.6.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:395) .....	47

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Olumlu çalışma ortamının ön koşulu güvenli bir işyeridir. Sağlıksız çalışma ortamlarındaki ağır iş yükü, uzun çalışma saatleri, profesyonel rolleri yerine getirmekteki sorunlar ve işyerinde çeşitli tehlikelerle karşı karşıya kalmak, hemşirelerin fiziksel ve psikolojik sağlığını etkilemektedir. Bu doğrultuda yapılan pek çok araştırmadan elde edilen bulgular “uzun dönemli iş stresinin kişisel ilişkileri etkilediğini, hastalıktan ötürü iş devamsızlığını, çatışmaları, iş tatminsizliğini, iş bırakma oranını ve verimsizliği artırdığını” göstermektedir. İş yerinde aşırı çalışmak ya da tehlikeye maruz kalmak hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına saygı görmediklerini ve kendilerine değer verilmediğini de düşündürebilmektedir. Olumsuz çalışma ortamları yalnızca hemşireleri değil, hastalarla ilgili olarak elde edilen sonuçları da etkilemektedir. Bu nedenle Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) 2007 yılı temasını “*Olumlu Çalışma Ortamları = Kaliteli İş Yerleri = Kaliteli Hasta Bakımı*” olarak seçmiştir<sup>1</sup>.

Araştırmalar sağlık personeli arasında hemşirelerin işyerinde şiddetle karşılaşma riskinin en yüksek olduğunu göstermiştir. Hem erkek hem de kadın hemşirelere karşı şiddetin yaygınlığı ve etkisi diğer mesleklerle karşılaştırıldığında rahatsız edici boyutlardadır<sup>2</sup>. Sağlık personeline karşı agresif olaylar hem fiziksel, hem sözel olabilmektedir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda hastane personelinin %35-80’inin en az bir kez fiziksel saldırıya uğradığı, hemşirelerin %65-82’sinin sözlü saldırıya uğradığı görülmüştür<sup>3,4</sup>.

Ülkemizde yapılan araştırmalarda, psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin şiddete uğrama sıklığının %36-90 arasında değiştiği görülmektedir<sup>5,6,7,8</sup>. Psikiyatri hastası olmak saldırganlık için önemli bir risk faktörü olarak gösterilmekte ve buna bağlı olarak psikiyatri hastalarında şiddet oranlarının diğer klinikler göre daha yüksek olduğu görülmektedir<sup>9</sup>. Türkiye’de yapılan bir çalışmada, otuz yaş altında olmak, bekar ve düşük eğitim düzeyine sahip olmak, psikoz tanısı almış olmak, sanrıların ve işitsel halüsinasyonların varlığı, saldırgan davranış öyküsü bulunması, gece saatleri, kliniğin personel sayısı ve niteliğinin saldırgan davranışın ortaya çıkmasında etkili faktörler olarak tanımlanmıştır<sup>10</sup>.

Psikiyatride şiddet ve saldırganlık durumları, psikopatoloji gibi hasta değişkenleri, çevresel değişkenler, olumsuz olaylar ve sağlık personelinin agresyon konusunda bilgi, beceri ve tutumlarından etkilenebilmektedir<sup>11,12</sup>. Karson ve Bigelow yaptıkları çalışmada hasta tanılarına göre şiddet oranlarını karşılaştırmıştır. Çalışmada şizofreni hastalarının %42'si şiddet davranışı gösterirken, diğer bütün tanılarda bu oran %9 bulunmuştur. Başka bir çalışmada şiddet oranının madde bağımlılığı ve kişilik bozukluğu hastalarında daha yüksek olduğu bulunmuştur<sup>9</sup>. Özellikle akut psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin en sık saldırıya maruz kalan grup olduğu bildirilmiştir<sup>13</sup>.

Mesleki deneyimin ve agresyon yönetimi konusunda eğitim almanın agresif davranışı önlemede ya da agresyonla başetmede önemli olduğu vurgulanmaktadır<sup>14</sup>. Ayrıca meslekte çalışılan süre arttıkça agresyon yönetimi konusunda bilgi, beceri ve tutumların olumlu yönde değiştiği görülmektedir. Whittington (2002) mesleki deneyimi 15 yıldan fazla olan sağlık personelinin agresyona karşı daha toleranslı olduğunu<sup>15</sup>, Jansen ve ark. (2005) da genç hemşirelerin yani mesleki deneyimi 6-10 yıl olanların agresif davranışa daha fazla maruz kaldığını belirlemişlerdir<sup>14</sup>.

Agresif davranışa maruz kalmak bireyi hem fiziksel, hem de psikolojik yönden olumsuz yönde etkilemektedir. Bazı araştırmacılar, saldırgan olaylara maruz kalan psikiyatri hemşirelerinin, suçluluk duygusu yaşama ve olaydan kendini sorumlu tutma gibi duygular yaşadıklarını ifade etmektedirler. Saldırgan olayla karşılaşan hemşireler profesyonelliklerinden şüphe edebilmekte ve başarısızlık duygusu yaşayabilmektedirler. Çalıştıkları kuruma karşı öfke duyabilmekte ve hatta kendilerinin doğru meslekte olup olmadıklarını sorgulayabilmektedirler. Saldırıya uğramanın hemşirelerde mesleği bırakma düşüncesine neden olmakla ilişkisi olduğu düşünülmektedir<sup>13,16</sup>. Genel olarak sözlü ve fiziksel saldırı deneyimleri personelde, anksiyete, hayal kırıklığı, öfke, korku, kızgınlık, çaresizlik ve endişe gibi duygular uyandırabilmektedir. Saldırıya uğradıktan sonra bazen hemşireler, post travmatik stres bozukluğu ya da tükenmişlik sendromu yaşayabilmektedirler<sup>13,16</sup>. Tükenmişlik, duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre çalışmaktan kaynaklanan, fiziksel yıpranma, işyerinde çalışanlara ve yaşama karşı olumsuz tutumlar geliştirilmesi gibi belirtilerin eşlik ettiği bir durum olarak tanımlanabilir. Psikiyatri hastalarının değişken durumlarından dolayı psikiyatri servisleri genellikle stresli yerler olarak gösterilmektedir<sup>17</sup>. Edwards ve Burnards'ın psikiyatri hemşireleri üzerinde yaptığı çalışmada, hemşirelerin hastalarıyla uzun süre,

hassas ve yakın ilişki kurması gerektiği için işyeri stresinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır<sup>18</sup>.

Yapılan araştırmalarda tükenmişliğin en önemli sonucunun, sunulan hizmetin nitelik ve niceliğinde bozulmalar olması ve bireyler üzerinde de ciddi fiziksel ve zihinsel sorunlara yol açtığı belirtilmektedir<sup>19,20</sup>. Bu nedenle psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin maruz kaldıkları hasta agresyonunun tükenmişlik üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmaya gereksinim olduğu düşünülmektedir.

## **1.2.Araştırmanın Amacı**

Bu çalışma, psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerde hasta agresyonunagösterilen tepkiler ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Güvenli Çalışma Ortamı ve Önemi

İnsan için iş kaçınılmaz bir zorunluluktur. Çünkü insan, yaşamı için gerekli olan her şeyi üretebilmek ve elde edebilmek için çalışmak zorundadır. Çalışmak ise yaşamın bir parçasıdır. Ancak bazen insanlar yaptıkları işten ve çalıştıkları ortamdan kaynaklanan sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedirler. Oysa yaşamak nasıl bir insan hakkı ise, sağlıklı ve güvenli bir ortamda çalışmak da bir insan hakkıdır<sup>21</sup>. Bu doğrultuda, sağlıklı ve güvenli iş ortamı ve güvenli istihdam özellikle sağlık çalışanları arasında çok önemlidir. Hatta ICN bu düşüncelerden yola çıkarak 2006 temasını güvenli ortam-güvenli istihdam üzerine oluşturmuş ve 2007 temasını da pozitif uygulama-çalışma ortamı üzerine odaklamıştır<sup>2</sup>. Çalışma yaşamında kalitenin artırılması hasta bakım kalitesinde de artışa yansiyacaktır. Diğer yandan, bir iş ortamında çalışanın sağlıklı olması sadece kendisini değil aynı zamanda hizmet verdiği kişileri de etkilemektedir. Bu bağlamdan belirtildiğinde; sağlık çalışanının yani sağlık hizmeti verenin sağlıklı olması, sağlık hizmeti alanın sağlığını ve yaşam kalitesini artırır<sup>22</sup>.

Çalışma ortamının sağlıklı ve güvenli hale getirilmesi çalışanın sağlığı ve güvenliği açısından olumlu olduğu kadar çalışan kişilerin iş verimini de olumlu yönde etkilemesi ve çalışanın sosyal yaşamından hizmet sunduğu alana kadar iyilik halinin devamının sağlanması bakımından çok önemlidir. Profesyoneller olarak hemşireler, disiplinlerinin yasalarda tanımlandığı şekilde uygulama alanları olduğunu, sosyal açıdan ve sağlık açısından zorunluluklarını kabul eden bir çalışma ortamına ihtiyaç duymaktadır. Kurumsal politika yapıları eğitimin ve devamlı öğrenmenin önemini farkında olmalı, ekip çalışması ve meslektaşlığı vurgulamalı, yaratıcılığı ve yenilikleri teşvik etmelidir<sup>2,22</sup>. Ayrıca hastane sağlık ve güvenlik uygulamalarının geliştirilmesi, politikaların düzenlenmesi, sağlık çalışanların sorunlarının çözümlenmesinde diğer kurumlarla işbirliği kurulması, sağlık çalışanlarının eğitim gereksinimlerinin saptanması ve bu doğrultuda girişimlerin yapılması önerilmektedir<sup>21,22</sup>.

### 2.2. İş Yerinde Şiddet ve Agresyon

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti “*Kişinin kendisine ya da başka birisine, bir gruba ya da topluma karşı fiziksel gücünü istemli olarak kullanması ya da tehdit etmesi*” olarak tanımlamaktadır<sup>23,24</sup>. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), “*belirli bir zarar veya*

*yaralanmaya yol açan, önceden planlanmamış beklenmedik olayı*” iş kazası olarak tanımlanmaktadır<sup>24,25</sup>. İşyerinde yaşanan şiddet olayları *iş kazası* kapsamında değerlendirilmektedir. İşyerinde şiddet “çalışanın işiyle ilgili durumlar sırasında bir kişi veya kişiler tarafından istismar edildiği veya saldırıya uğradığı olaylar” olarak tanımlanmıştır. Araştırmacılar şiddetin, toplumda ve işyerlerinde yaygın bir halk sağlığı sorunu ve mesleki tehlike olduğunu, işyeri şiddetinin ve saldırganlığının, günümüzde gittikçe artan bir önem kazandığını belirtmişlerdir. Yine, alınan tüm önlemlere ve önerilere rağmen, yıllardır sağlık alanında çalışan sağlık çalışanlarına karşı şiddetin gittikçe arttığını ve sağlık personelinin şiddet yönünden risk altında olduğunu vurgulamışlardır<sup>26</sup>. Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelen şiddetin boyutları ve sonuçları hakkında gerçekçi ve güvenilir resmi bir veri yoktur.

Sağlık kurumlarındaki şiddet, “hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum” olarak tanımlanmıştır<sup>27</sup>. Yapılan bazı çalışmalarda, şiddetin diğer işyerlerine göre en çok sağlık alanında ortaya çıktığı, sağlık alanındaki işyeri şiddetinin, diğer sektörlerdeki şiddetten doğası gereği farklılıklar gösterdiği ifade edilmiştir<sup>28,29</sup>. Bir çalışmada, sağlık kurumlarında çalışmanın, diğer işyerlerine göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmiştir<sup>30</sup>. Sağlık kurumlarındaki şiddetin az oranda bildirildiği, bunun nedeni olarak da, sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı, diğerlerinin önemsenmediği bildirilmiştir<sup>31,32</sup>. Bu konuda yapılan diğer bir çalışmada ise, sağlık çalışanlarının %40’ının şiddet olaylarının özel sorun olduğunu öne sürerek bildirmekten kaçındıkları ortaya konmuştur. Warshaw (1996), toplumda ve işyerlerinde şiddet sıklığının saptanmasında, bu durumu bildirmede eksiklikler ve engellerden doğan zorluklar olduğunu, sıklığı ile ilgili bilgilerin sadece bildirilen olgularla sınırlı olduğunu belirtmiştir<sup>28</sup>. İşyerinde şiddet çok yaygın ve evrensel bir sorundur. Kadın olsun erkek olsun hemşirelerin sıklıkla karşılaştığı bir sorundur. Hemşirelerin büyük bir bölümü işyerinde hem fiziksel hem de sözel/psikolojik şiddete maruz kaldıklarını dile getirmektedir. Sözel/psikolojik şiddet, kişinin değerlerine ve bütünlüğüne dönük yapılan hakaret, tükürme, küfür, bağırma ve tehdit gibi fiilleri içermektedir. Fiziksel şiddet ise, dayak, yumruk, aletle saldırı gibi kişinin bedenine yönelen saldırı ve fiilleri içermektedir<sup>24</sup>.

### **2.3. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışanlara Yönelik Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlar**

Ülkemizde yapılan araştırmalara bakıldığında, psikiyatri servislerinde en sık görülen çatışma davranışının “agresyon-şiddet” olduğu bildirilmektedir<sup>33</sup>. Bilgin ve Buzlu (2006), psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin yarısının, çalışırken hasta ve yakınlarının saldırgan davranışlarına maruz kaldıklarını belirlemişlerdir<sup>7</sup>. Coşkun ve Öztürk (2008) tarafından bir Ruh Sağlığı Bölge Hastanesinde hemşirelik hizmetlerini yürüten personelin karşılaştıkları sözel ve fiziksel şiddetin araştırıldığı bir çalışmada, hemşirelerin %86’sının sözel, %50.4’ünün fiziksel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir<sup>6</sup>. Pekriz (2009) psikiyatri hemşirelerinin agresyon algısını incelediği tez çalışmasında, psikiyatri hemşirelerinin sözel agresif davranışa maruz kalma oranı % 94.5 bulurken, fiziksel agresif davranışa maruz kalma oranını % 78.7 bulmuştur<sup>34</sup>. Yatan psikiyatri hastalarında saldırganlığı belirlemeye yönelik başka bir çalışmada da çoğunlukla görülen saldırganlık türünün fiziksel saldırı olduğu ve bunların içinde en önemli grubu ise eşyalara yönelik saldırıların oluşturduğu bildirilmektedir<sup>35</sup>. Sercan ve Bilici’nin (2009) çalışmasına göre tespit nedenlerine bir grup olarak bakıldığında insana dönük etkin şiddet (%37.1) ilk sırayı, servis ortamıyla ilgili nedenler (%34.1) ikinci sırayı, insana dönük şiddet olasılığı (%28.8) üçüncü sırayı almaktadır<sup>5</sup>. Yine bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada hemşirelerin %35,9’unun şiddete maruz kaldığı bulunmuştur<sup>36</sup>.

#### **2.3.1. Psikiyatri Kliniklerinde Agresyon ve Şiddet Oluşumunda Rol Oynayan Faktörler**

##### **2.3.1.1.Hasta ile ilgili faktörler**

###### **2.3.1.1.A. Demografik özellikler**

Cinsiyet göz önüne alındığında bazı araştırmacılar erkek hastaların kadınlardan daha fazla saldırgan davranış gösterdiklerini saptamışlardır<sup>9,37</sup>. Agresyon konusunda yapılan bazı çalışmalar sonucunda kadın psikiyatri hastalarının daha çok kendileri ve ailelerine karşı agresyon davranışı gösterirken, erkek psikiyatri hastalarının daha çok diğer insanlara ve sağlık personeline karşı tehdit oluşturan davranışlar gösterdikleri

saptanmıştır ve şiddet davranışı gösteren erkek hastaların daha fazla medikal tedavi aldığı ve tutuklandığı öne sürülmüştür<sup>38,39</sup>.

Bireyin yaşıyla agresyon arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde, Tardiff ve Koenigsberg (1985), agresyon eğilimi için riskin yüksek olduğu dönemin 'gençlik dönemi' olduğunu belirtmektedir<sup>40</sup>. Benzer şekilde ülkemizde yapılan bir çalışmada, yaş ile agresyona maruz kalma arasında anlamlı bir fark bulunmuştur<sup>34</sup>.

Düşük sosyo-ekonomik düzey agresif davranışın ortaya çıkmasında önemli bir etken olarak belirtilmektedir<sup>9,14,37,40</sup>. Türkiye'de yapılan bir çalışmada psikotik bozukluğu olan olgularda suç işleyenlerin belirgin olarak daha düşük eğitim düzeyinde oldukları, daha az oranda şehirde yaşadıkları, daha önce meslek sahibi olmalarına karşın çalışmayanların daha yüksek oranda olduğu ve sosyal güvencelerinin olmadığı belirlenmiştir<sup>41</sup>.

#### **2.3.1.1.B. Geçmişte Saldırganlık Öyküsü**

Geçmiş şiddet ve agresif davranış öyküsünün de; gelecekteki agresif davranışın habercisi, şimdiki agresif davranışla da ilişkili olduğu belirtilmektedir<sup>9,37,39,42</sup>. Beşten fazla saldırı öyküsü olanlarda risk %50'nin üzerine çıkmaktadır<sup>40</sup>.

#### **2.3.1.1.C. Psikiyatrik Hastalık Varlığı**

Hastada var olan ruhsal bozukluğa bağlı psikopatolojinin de agresyonun ortaya çıkmasında etkili olduğu ve majör ruhsal hastalık tanısı alanların agresyon riskinin almayanlara göre 3-5 kat daha fazla olduğu vurgulanmaktadır<sup>40</sup>. Bazı araştırmacılar agresif davranış gösteren psikiyatri hastalarının genellikle şizofreni tanılı olduğunu ileri sürerken<sup>43</sup>, bu konuda popüler inanış depresyon ve bipolar tanılı hastaların daha fazla saldırganlık gösterdiği yönündedir<sup>42</sup>. Benzer şekilde manik dönemdeki hastaların engellendiklerinde agresif davranış gösterdikleri görülmüştür<sup>17</sup>. Monahan ve arkadaşları (2001) ise madde kötüye kullanımının ruhsal hastalıklardan daha büyük risk grubu olduğunu ileri sürmüşlerdir<sup>39</sup>.

#### **2.3.1.1.D. Kişilik özellikleri**

Kişilik bozukluğu tanısı alan kişiler agresif davranışlar açısından riskli grup olarak görülmekte<sup>17</sup> ve özellikle anti-sosyal kişilik bozukluğunun yüksek risk taşıyan grup olduğu düşünülmektedir<sup>39</sup>. Kişilik bozukluğu tanısı almadan da psikopati varlığı (dürtüsel, duygusal labilite, kolay uyarılabilirlik, engellenme eşiğinin düşük olması,

nesne ilişkilerinde sürekliliği sağlayamama, ben-merkezcil olma, sosyal ilgisizlik, düşük benlik saygısı, eleştiriyi tolere edememe, kendi davranışlarını gözleyememe, yüzeysel çekiciliği olan, empati eksikliği olan, hilekar, ilke ve amaçları olmayan, sorumsuz davranışları olan ve sosyal normlara uymama eğilimi gibi sosyal sapma davranışlarını içeren bazı kişisel özellikler) agresyon riski oluşturabilir. Bu tür özelliklerin şiddet ve suç ile yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir<sup>17,42</sup>.

#### **2.3.1.1.E. Madde kötüye kullanımı**

Alkol ve uyuşturucunun agresif davranış için önemli bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir<sup>39</sup>. Kokain ve amfetamin gibi uyarıcı maddelerin refleks kaybı, büyüklük duygusu ve paranoya gibi duygulara yol açmasından dolayı büyük risk teşkil ettikleri öne sürülmüştür<sup>42</sup>.

#### **2.3.1.1.F. Bilişsel Fonksiyonlar**

Bilişsel fonksiyon düzeyi ve agresyon riski arasında negatif bir bağ olduğu düşünülmektedir<sup>17</sup>. Şizofreniye bağlı bilişsel bozukluklar, bilgileri anlama ve anlama hızı, dikkat, çalışma hafızası, sözel ve görsel öğrenme ve hafıza, akıl yürütme, problem çözme gibi alanlarda bozulmalar olduğu ileri sürülmüştür<sup>44</sup>. Bu bozulmalar -özellikle akıl yürütme ve problem çözme- bireyin stresör ve zorluklarla başa çıkma yeteneğini azaltmakta ve hastada agresyon ortaya çıkmasında katkıda bulunduğu düşünülmektedir<sup>17</sup>.

Beyin yaralanmaları veya hastalıklarının sonucu agresif davranışlar görülebilmektedir. Beyin travmaları sonrası, önceden normal insanlarda sözel ve fiziksel agresyon ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca organik psikotik hastalığı (diğer medikal durumundan dolayı ortaya çıkan demans veya delüzyonlarla birlikte olan vasküler demans) olan yaşlı hastalarda saldırgan davranışlar görülebilmektedir<sup>17</sup>.

#### **2.3.1.2. Çevresel faktörler**

Kalabalık, gürültü, ısı, yetersiz aydınlatma gibi fiziksel ortamdaki yetersizlikler, servis aktiviteleri, hastanın özgürlüğünü kısıtlayan hastane prosedür ve kuralları, personelin ve diğer hastaların provokatif davranışları hastanın agresif davranışının ortaya çıkmasında rol oynayan ilişkili çevresel faktörlerdir<sup>9,14,45</sup>. Benzer şekilde aynı ortamda personel veya başka bir hastayla anlaşmazlık, tedaviyi reddetme, tedaviden çabuk yanıt alamama, zayıf

organizasyonlar ve personelin alanda yetersizliği hastaların agresif davranış sergilemelerini etkilediği görülmüştür<sup>46,47</sup>.

### **2.3.1.3. Personel ile ilgili faktörler**

Personelin mesleki deneyiminin ve agresyon konusunda eğitim alma durumunun agresif davranışı önlemede ya da agresyonla başetmede önemli olduğu vurgulanmaktadır<sup>14</sup>. Bu konuda yapılmış bazı çalışmalar mesleki deneyimi az olan hemşirelerin daha fazla agresif davranışlara maruz kaldığını öne sürerken<sup>48,49</sup>, bazıları deneyim ve eğitim almanın agresif davranışa maruz kalmada etkili olmadığını ileri sürmüşlerdir<sup>50</sup>. Whittington (2002) mesleki deneyimi 15 yıldan fazla olan sağlık personelinin agresyona karşı daha toleranslı olduğunu<sup>51</sup>, Jansen ve ark.(2005) da mesleki deneyimi 6-10 yıl olanların agresif davranışa dolayısıyla daha fazla maruz kaldığını belirtmektedir<sup>14</sup>. Agresyon ve agresyonla başetmede eğitim alma agresif davranışın ortaya çıkması kadar agresyonu önleme ve yönetmede önemli rol oynamaktadır<sup>52</sup>.

Yapılmış çalışmalarda erkek ve kadın hemşirelerin agresif davranışa maruz kalma sıklıklarında farklılık olmadığı gösterilmiştir<sup>48,51</sup>.

### **2.3.2. Psikiyatri Kliniklerindeki Agresyon ve Şiddet İçeren Davranışların Çalışanlar Üzerindeki Etkileri**

Needam'a göre hasta agresyonuna maruz kalan hemşireler etik ikilem yaşamaktadırlar. Hemşireler, bir yandan hastalarına en iyi bakımı vermeye devam etmek isterken diğer taraftan kendi güvenliklerini korumak istemekte ve tekrar hasta agresyonuna maruz kalmak istememektedirler<sup>53</sup>. Yaşanan bu etik ikilem, hemşirelerin tutum ve davranışlarında tutarsızlığa ve uyumsuzluğa neden olmaktadır<sup>17</sup>.

#### **2.3.2.1. Psikolojik ve Davranışsal Sonuçlar**

Yapılmış bazı çalışmalara göre; sözlü ve fiziksel agresyona maruz kalmanın sonrasında genellikle negatif psikolojik semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Bu semptomlar, öfke de dahil olmak üzere geçici duygusal tepkilerden stres ve depresyona, uzun süreli ciddi etkilerinde ise anksiyete bozuklukları ve özellikle post- travmatik stres bozukluğu ile sonuçlanabilmektedir<sup>54</sup>. Bunlara ek olarak, şiddete uğrayan psikiyatri hemşireleri, vicdan azabı, güvensizlik ve umutsuzluk duygusu yaşayabilmektedirler<sup>54,55</sup>. Bazı hemşireler agresif davranışın meydana gelmesi konusunda kendilerini suçlamakta ve hastayla olan ilişkilerinde eksiklik olduğunu düşünmektedirler<sup>14,56</sup>. Hasta agresyonuna

maruz kalan psikiyatri hemşireleri, verdikleri bakımın kalitesinden ve profesyonelliklerinden şüphe etmekte, işe geri dönmekte zorlanmakta ve hatta meslektaşlarıyla ilişkilerini değiştirmektedirler<sup>53,57</sup>.

Hasta agresyonunun hemşirelerin davranışları üzerindeki etkilere bakıldığında, agresif davranışa maruz kalan hemşireler sonraki agresif davranışa karşı aşırı tetikte olmakta<sup>57</sup> ve agresif davranışı sergileyen hastayla mümkün olduğunca uzaklaşmaktadırlar<sup>56</sup>. Fiziksel sonuçlar olarak hemşirelerde tansiyon problemleri ve baş ağrıları görülebilmektedir<sup>17</sup>.

### **2.3.2.2. Tükenmişlik**

İnsanlarla birebir ilişki içinde çalışmayı gerektiren meslekleri yürütenlerde sık görülen bir tür stres olan “tükenmişlik” kavramı ilk kez Freudenburg (1974) tarafından ortaya konmuş ve günümüzde kabul gören tanımı Maslach tarafından 1981’de yapılmıştır. Maslach tükenmişliği, kişinin profesyonel iş yaşamında ve diğer insanlarla olan ilişkilerinde olumsuzluklara yol açan özsaygı yitimi, kronik yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duygularının gelişimi ile birlikte seyreden fiziksel, duygusal ve entelektüel tükenmeyle karakterize bir sendrom olarak tanımlamış ve üç ayrı alt kategoriye ayırmıştır: bunlar duygusal tükenme (emotional exhaustion), depersonalizasyon (depersonalization) ve kişisel başarı (personel accomplishment) eksikliğidir<sup>58</sup>.

Maslach tarafından “hizmet alanlara karşı uzaklaşmış, katı ve insancıl olmayan tarzda yanıt” olarak tanımlanan tükenme, işten memnun olma düzeyi, iş doyumunu, iş heyecanı, işin önemi, iş-aile çatışması, iş değiştirme isteği, iş-yetenek uyumu, iş yükü, görev tanımı, ekonomik getiri ve sosyal destek arasında ilişki mevcuttur. Yoğun iş yükü, ölümcül hastalara bakım verme, çalışma süresi uzunluğu, vardiya biçimli çalışma zorunluluğu, hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma, sağlık hizmetindeki finansal ve insan kaynaklı yetersizlikler, kamu hastanelerinde çalışma, tıbbi cihazların hızlı teknolojik değişimi, ücret düşüklüğü, iş ortamında otonominin kısıtlı olmasına yol açan mesleki kıdemsizlik, eğitim sırasında kazanılan bilgilerin günlük çalışma sürecine aktarılamaması, personelin dengesiz dağılımı sağlık çalışanlarında iş stresini arttıran ve tükenişe sürükleyen başlıca etmenlerdir<sup>21,24,59,60</sup>.



### **2.3.2.2.A. Duygusal Tükenme**

Duygusal olarak kendini aşırı yüklenmiş hissetmedir ve tükenmişliğin ana boyutudur. Maslach, duygusal tükenmenin halsizlik, yorgunluk, güçsüzlük, kişinin özgüveninin, işine karşı ilgi ve coşkusunun azalması ya da yitimiyle gittiğini bildirmiştir. Tükenmiş insanlar yeni bir güne başlamakta zorlanabilmekte, enerjiden yoksun olmaktadır. Duygusal kaynakları tükenmiş ve bunları yenileme kaynaklarından da yoksun kalabilmektedirler. Bu yüklenmeden kurtulmak için diğer insanlarla ilişkilerini kesmek, azaltmak isterler. Bunun sonucunda katı kurallarla davranan bürokratlara dönebilmektedirler<sup>58,60</sup>.

Diğer kişiler hakkında fazla bir şey bilmekten kaçınırlar. Araştırmalar yoğun ilişkilerin uzun süre devam ettirilmesi gereken işlerde çalışanlarda gözlenen duygusal tükenmişliğin, rutin işlerde çalışanlarda gözlenen duygusal tükenmişlikten daha fazla olduğu belirtilmektedir<sup>58,60,61,62,63</sup>.

### **2.3.2.2.B. Depersonalizasyon / Duyarsızlaşma**

Bireyin insani olamayan tepkilerine işaret eden, tükenmişlik sendromunun ikinci boyutudur. Tükenmişliğin kişiler arası ilişki boyutudur. Birey diğer insanları siyah gözlüklerle görüyor gibidir. Onlara karşı olumsuz bir bakış açısı geliştirir, onlardan en kötüsünü bekler ve onlardan hoşlanmaz. Sanki insan değil de bir nesneymiş gibi davranır. Çalışan, yaşadığı stresten kaçınmak amacıyla bir başa çıkma mekanizması olarak insanlardan uzaklaşmaya başlar.

Duyarsızlaşma, duygusal tükenmenin aşırı olduğu durumlarda gelişir ve çalışan, kendisini diğer insanlardan uzak tutarak koruyucu bir işlev görür<sup>19,58,60,61,62,63</sup>.

### **2.3.2.2.C. Kişisel Başarının Düşmesi**

Tükenmenin bu üçüncü boyutunda, bakım verenler, diğerlerine olan tutum ve düşüncelerinden dolayı suçluluk ve sıkıntı hissederler<sup>19,61,62,63</sup>. Bireysel acıdan, tükenmenin iş kaybından aile içi sorunlarına, psikosomatik hastalıklardan, alkol-madde-sigara kullanımına ve yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrıları, duygusal bitkinlik, çabuk öfkelenme anksiyete, benlik saygısında düşme, eleştiriye aşırı duyarlılık ve alınganlık gibi duygusal sorunların sıklıkla görüldüğü çeşitli araştırmalarda ortaya konulmuştur<sup>60,64</sup>. Kurumsal açıdan ise; görevlilerin işe geç gelmesi, erken ayrılması, işi bırakması, sık sık rapor alması, hatalar yapma, bazı şeyleri erteleme, kaza ve

yaralanmalarda artış, işte yeniliklerin, yapıcı eleştirilerin, üretkenliğin ve yaratıcı girişimlerin kısırlığı ve dolayısı ile verilen sağlık hizmetlerinin nicelik ve niteliğinde bozulmalara sebep olabilmektedir<sup>65</sup>.

#### **2.3.2.2.D. Tükenmişlik Sendromunu Önleme ve Baş Etme Yöntemleri**

Hemşirelik mesleği birçok stresörü barındırdığından tükenmişlik için risk grubunu oluşturur. Ancak tükenmişlik önlenebilir bir durumdur. Tükenmişlikte en etkili müdahale ve önleme belirtilerin erken saptanmasıdır Maslach ve Jackson<sup>58</sup>, 1981).Günüşen ve Üstün'nü<sup>79</sup> (2009), Maslach ve arkadaşlarının<sup>60</sup> (2001), belirttiğine göre, tükenmişlik sonuçlarını ve stresi önlemeye yönelik iki yeni yaklaşım bireysel faktörler ve örgütsel faktörler arasındaki etkileşim üzerine odaklanmaktadır. Tükenmişliği engellemede yapılacak en etkin önlemlerden biri, çalışanları tükenmişlik konusunda eğitmek olarak belirtilmektedir. Mesleğe başlamadan önce tükenmişliğin anlatılması çalışanların bu semptomları kendisinde gördüğünde erkenden tanınmasını sağlayacağı ve bu şikayetlerini başka nedenlere atfetmesini engelleyeceği bildirilmektedir. Gene mesleğe başlamadan önce eğer mümkünse yardım verenin çalışacağı iş yerini, koşullarını ve çalışma arkadaşlarını tanınmasının, işe başladıktan sonra yaşayacağı stresi azaltmada yardımcı olacağı vurgulanmaktadır<sup>20,61</sup>. Maslach ve ark. (2001), tükenmişlik ile mücadelede örgütsel düzeyde yapılması gerekenlerle ilgili olarak, belirledikleri altı iş yaşamı alanına odaklanılması gerektiğini vurgulamışlardır. Maslach' a göre bunlar; *aşırı iş yükünün olması, kontrolsüzlük, yetersiz ödüllendirme, iş ortamının bozulması adaletin olmaması ve kişinin örgüt ile arasında değer farklarının olmasıdır*. Yapılacak değişiklikler tek başına yeterli olmayacağı için örgütsel ve bireysel değişikliklerin bir arada yapılması gerekmektedir.

#### **2.3.3. İşyerinde Agresyon ve Şiddeti Önlemek İçin Alınacak Önlemler**

İşyerinde şiddet hem çalışanları hem de verilen hizmetin kalitesini olumsuz yönde etkilediği için alınacak önlemler önem kazanmaktadır. Uluslararası yasalar “işyerinde şiddete sıfır tolerans” ilkesiyle çalışanların sağlığını ve güvenliğini korumaya yönelik önlemlere vurgu yapmaktadır. İşyerinde şiddeti önlemeye yönelik tedbirler bireysel düzeyden (bireylerin agresyon yönetimi konusunda eğitilmesi), organizasyonel ve ulusal düzeye (politika ve prosedürlerin geliştirilmesi ve kullanılması) geniş bir önleme yelpazesini oluşturur<sup>22,66</sup>.

### 2.3.1. Politika ve Prosedürlerin Geliştirilmesi

Şiddet etkisini azaltmak için geniş bir örgütsel yaklaşıma ve politikalara ihtiyaç vardır<sup>66</sup>. Öncelikle kurumun işyerinde şiddeti önlemeye yönelik politika ve prosedürlerinin olup olmadığı belirlenmelidir. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı yayınladığı “**Yeni Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği**”ne göre güncel ana konular sağlık çalışanlarıyla paylaşılmıştır.

Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ;

Bu Tebliğin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hasta ve çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına, hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin artırılmasına, hasta ve çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir. Hasta ve çalışanlar için güvenlik tedbirleri madde 18’de ele alınmıştır.

**MADDE 18:** Fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete karşı güvenlik:

- a) Sağlık kurum veya kuruluşu tarafından, fiziksel saldırılara karşı gerekli tedbirler alınır ve prensipler belirlenir.
- b) Özellikle çalışanların şiddete maruz kaldığı durumlarda çalışanın şikayetlerini değerlendirecek ve üst yönetimin desteğini hissedeceği bir düzenleme yapılır.
- c) Bu tür durumlara müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulur<sup>67</sup>.

### 2.3.2. Personelin Agresyon Yönetimi Konusunda Eğitilmesi

Bazen çalışma ortamında çalışanlara yönelik şiddet davranışlarının hayatı tehdit edecek düzeyde olabildiği görülmektedir. Bu yüzden çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik eğitim programları düzenlenmeli ve düzenli aralıklarla tekrar edilmelidir. Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Birimi hastane hizmet ve kalite standartları başlığı altında yayınladığı tebliğde çalışanlara;

- Psikiyatri hastaları ile baş etme,
- İletişim,
- Kriz yönetimi eğitimi verilmesini ve
- Psikologlar tarafından paylaşım grup toplantıları düzenlenmesini öngörmüştür<sup>67</sup>.

Yine ülkemizde agresif davranış gösteren hastaya tecrit ve tespit uygulaması yapılabilmektedir<sup>33</sup>.

Çeşitli ülkelerde ise agresyon konusunda içerik ve süreç bakımından farklı programlar uygulanmaktadır. Bunlara içerik olarak bakılırsa;

- Güvenli bir işyeri sağlamak; (Sağlık sektöründe şiddeti önleme ve şiddetle baş etme)
- Kriz ve agresyon yönetimi.
- Kritik durumlarla baş etme; (Klinik risklerini tanıma ve yönetme, siyah kod, agresyonla baş etme) çeşitli ülkelerde sağlık personeline uygulanan eğitim programlarıdır.

Bazı ülkelerin agresyon yönetimi programlarında kullanılan konu içerikleri en uygun programlar olarak görülmüşlerdir. Avustralya'da VDHS (Victorian Department of Human Services), İngiltere'de (United Kingdom Central Council for Nursing 2002) ve ILO (International Labour Organisation - Uluslararası Çalışma Örgütü)'nun uyguladıkları programlar aşağıdaki tabloda verilmiştir<sup>29</sup>.

## Şekil 2.1. Agresyon Yönetimi Konusunda Konu İçerikleri

VHSD (2003)	UKCC (2002)	İLO(2002)
<ul style="list-style-type: none"><li>- Agresyon yönetimi ve potansiyel saldırgan durumlar,</li><li>- Yasal konular,</li><li>- Agresyon yönetimi ve potansiyel riskli durumlar,</li><li>- Hasta agresyonunda önceden belirleyici işaretler,</li><li>- Yaralanma sonrası prosedürler ve destek sistemine erişim,</li><li>- Acil durumlara yanıt verebilecek yeterli düzeyde personel,</li><li>- İşyerinde politika ve prosedürler,</li><li>- Personele eğitim zorunluluğu.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Davranışsal teoriler ve işlevsel değerlendirme,</li><li>- Fiziksel teknikler (kaçma teknikleri, hastayı sabitleme ve taşıma),</li><li>- Medikal tespitleme,</li><li>- Tespit riskleri,</li><li>- Hasta istismarı konusunda yasal konular,</li><li>- Terapötik ilişki,</li><li>- Alternatif girişimleri gözden geçirme,</li><li>- Şiddet durumlarında farmakolojik tedavi.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Risk faktörlerini tanıyıp, kendini koruma,</li><li>- Özellikle bayanlara kendine güven eğitimleri,</li><li>- İşyerinde şiddeti etkisiz hale getirmek ve önleme konusunda kişilerarası ilişki ve iletişim programı,</li><li>- Potansiyel riskli durumları tanıma,</li><li>- İşyerinde şiddetin farklı tipleri (fiziksel ve psikolojik),</li><li>- Deneyimli ve yetkili çalışanlardan merkez bir grup oluşturma ve riskli durumlarda bu grupla iletişime geçme,</li><li>- Çalışanları oryantasyona tabi tutma,</li></ul>

### 2.4. Psikiyatri Hastanelerindeki Agresyon ve Şiddet Olaylarının Önlenmesi İçin Öneriler

Hasta agresyonu konusunda son 30 yılda araştırmalar artsa da, hasta agresyonu ile baş etmek hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri için oldukça zor bir durum olmaktadır. Bu problem tüm dünyada psikiyatri kliniklerinde önemli sorun teşkil etmekte ve sıklıkla tartışma konusu olmaktadır<sup>11,53</sup>. Birçok sağlık bakım organizasyonu şiddetten arındırılmış ortamlar yaratmaya çalışmakta ve güvenlik önlemlerini arttırmaktadırlar<sup>2</sup>. Psikiyatri hastanelerindeki şiddet olaylarının önlenmesi için öneriler;

- Hastanenin tehlikelilik-riskli hasta potansiyelinin değerlendirilmesi yapılmalı,
- Şiddet olayları izlenmeli ve kaydedilmeli,

- Hastanenin sosyoekonomik çevresinin analizi yapılarak güvenlik önlemlerinin derecesi saptanmalı,
- Güvenlik görevlisi eğitimi ve güvenliğin görünmez ama etkili organizasyonu planlanmalı (örneğin poliklinik koridorlarını izleyen kamera sistemi ve güvenliğin müdahaleye yakın bir yerde genelde görünmez ama gerektiğinde ortaya çıkacak şekilde hazır olması gibi),
- Gerek görülürse güvenlik kodları uygulamasına geçilmeli,
- Acil psikiyatri ve poliklinik odalarında alarm butonları olmalı ve alarm verildiğinde güvenlik hızla müdahale edebilmeli,
- Sağlık kurullarında ve hasta haklarında çalışanların şiddet olaylarıyla ilgili eğitimi yapılmalı,
- Silahlı görevlilerle ilgili uygulamalar gözden geçirilmeli ve önlem alınmalı (Muayene bölgelerine silahla girilmemesi),
- Psikiyatri bölümlerine (acil, poliklinik veya servis) girişlerde x ray tarama sistemi düşünülmeli (Görev yapan psikiyatristlerin de bu konuda görüşü alınmalı),
- Yataklı psikiyatri birimlerinde koridorda ve salonlarda kamera sistemi düşünülmeli. Bu birimlerde gece en az iki nöbetçinin kalması sağlanmalı,
- Psikiyatri birimlerinde çalışanlara şiddetle başa çıkma eğitimi verilmeli (Teorik ve pratik),
- Daha önce şiddet uygulamış hastaların tekrar başvurularında güvenlik önlemleri düşünülmeli. Bunun için önceden hekime ve diğer sağlık çalışanlarına bilgi verme sistemi oluşturulmalı,
- Daha önce şiddet uygulamış hastaların aynı hastaneden hizmet almaması konusunda başhekimlik kararı alınması düşünülmeli,
- Başhekimlik şiddet olaylarında şikayetçi olmalı (hukuki olarak) ve çalışanın yanında olmalı,
- Hastaların kızgınlık ve öfke duygularını arttıran gürültülü ortam ve çevresel uyaranlar azaltılmalı,

- Etkin çalışma ve ortamda güvenirliliğin sağlanması için yeterli sayıda çalışan sağlanmalı<sup>68,69</sup>.

Ayrıca 19.04.2011 tarihinde resmi gazetede yayınlanan 27910 sayılı yeni hemşirelik yönetmeliğinde psikiyatri hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları yeniden düzenlemiştir. Yönetmelikte hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik maddeler şu şekilde belirtilmiştir;

- Hasta güvenliği açısından riskli olabilecek eşyaların kontrolünü yapar, emanete alır, kaydeder ya da ailesine ulaştırır,
- Hastaya ait para ve özel eşyaları emanete alır, kaydeder, gerektiğinde hastaya verir,
- Hastanın ihtiyacı olan kişisel eşyalarının (pijama, terlik, havlu gibi) ailesi tarafından temin edilmesini sağlar,
- Hastayla biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplar,
- Riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alır, risk düzeyini değerlendirir,
- Hastaların öz bakımını yapması için teşvik eder, destekler, gerektiğinde yapar.
- Hastanın servise kabulünde fiziki muayenesini yaparak yara, iz ve darp bulgularını kontrol ederek kaydeder,
- Ailesi olmayan, ya da ailesi hakkında bilgi alınamayan hastanın ihtiyacı olan kişisel eşyaların (pijama, terlik vb.) hastane depolarından teminini sağlar,
- Hastanın sosyal güvencelerini takip eder, sosyal güvencesi olmayan hastaların sosyal güvencelerinin temini için ilgili birimlerle irtibata geçer,
- Hastanın özel gözlem, ziyaret, telefon izni ve tedbirlerin planlamasına katkıda bulunur, kararı uygular,
- Hasta ziyaretçilerini ve getirdiklerini denetler,
- Hastanın bakım gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hasta bakımında hemşirelik süreci sistemini kullanır,
- Beslenme, kilo takibi, uyku takibi, konversiyon takibi, deliryum takibi, ilaç yan etki takibi, pnömoni takibi, hipomani takibi ve istisnaları önleme takibi yapar,



- Hemşirelik hizmetleri için gerekli olan araç, gereç ve malzemelerin tespit ve teminini sağlar,
- Düzenli olarak üst araması yapılarak yanıcı, yakıcı, kesici aletlerin ve madde girişinin engellenmesini sağlar, güvenlik önlemlerinin kontrollerini yapar (kamera takibi, dolapların kilit kontrolü vb.),
- Hasta yakını ve hekim ile iletişim kurarak hastanın servise kabul ediliş biçimine karar verir,
- Hastaların en az kısıtlayıcı olan çevrede güvenli tedavi ve hizmet almalarına yardımcı olur,
- Hastaların ruhsal ve fiziksel sağlığının değerlendirildiği, planlanan hemşirelik uygulamaları doğrultusunda hasta sorunlarının ele alındığı planlı ve düzenli görüşmeler yapar,
- Elektrokonvülfik tedavi planlanan hastaya işlem öncesi, en az dört saat aç kalmasını sağlar, mesane boşaltımını kontrol eder, protezlerin çıkarılmasını sağlar, vital bulgu takibi yapar,
- Elektrokonvülfik tedavi uygulaması sırasında hastaya uygun pozisyonun verilmesini sağlar, nöbet izlemi ve süresini kayıt eder. Uygulama sonrasında olası komplikasyonları gözlemler,
- Tecrit ya da tespit gerekiyorsa, bu işlemlerle ilgili hastaya açıklama yapar, güven verir ve sık aralarla gözlemler, gözlemleri kaydeder, olası riskler için tedbir alır,
- Hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri takip eder, kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımlar uygular,
- Psikiyatrik acil durumları yönetir ve etkili acil bakımı başlatır<sup>70</sup>. Hemşirelerin agresyon olaylarına karşı yaklaşımlarının belirlenmesi agresyon risk tanılanmasında, olayların bildiriminde, agresif davranışın ortaya çıkışını önlemede veya en aza indirmede ve uygun başatma yöntemleri geliştirmede etkili olacaktır. Bu yaklaşımlar, hemşirelerin ve hastaların eğitilmesi, etkin iletişim becerilerinin uygulanması, olguların rapor edilmesi, agresyon olaylarını önleyebilecek prosedürler hazırlanması ve standartlar geliştirilmesi şeklinde belirlenebilir<sup>65</sup>.

### **3.GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Şekli**

Bu çalışma, psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerde hasta agresyonuna gösterilen tepkiler ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Alt Problemleri**

1. IMPACS (Impact of Patient Aggression on Carers Scale) ölçeği Türk toplumunda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek midir?
2. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin cinsiyetlerine ve çalışma sürelerine göre agresyona maruz kalma oranları farklılaşmakta mıdır?
3. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin cinsiyetlerine, çalışma sürelerine, çalıştıkları bölüme, çalıştıkları hastaneye ve agresyon yönetimi konusunda eğitim alma durumlarına göre agresyona gösterdikleri tepkilerin puan ortalamaları farklılaşmakta mıdır?
4. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin cinsiyetlerine, çalışma sürelerine, çalıştıkları bölüme, çalıştıkları hastane ve agresyon yönetimi konusunda eğitim alma durumlarına göre Maslach Tükenmiş Ölçeği alt boyutları puan ortalamaları farklılaşmakta mıdır?
5. Psikiyatri hemşirelerinin hasta agresyonuna gösterdikleri tepkiler ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları arasındaki ilişki var mıdır?

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, TC Sağlık Bakanlığı'na bağlı ruh ve sinir hastalıkları hastanelerinin Prof.Dr. Mazhar Osman Bakırköy RSHH (Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi), Erenköy RSHH, Bolu RSHH, Samsun RSHH, Elazığ RSHH, Manisa RSHH, Dr.Ekrem Tok Adana RSHH kapalı psikiyatri servislerinde yapılmıştır. Adı geçen hastaneler bulunduğu bölgelerin bölge hastanesi olma özelliğini taşımaktadır. Hastanelerin kapalı psikiyatri servislerinde kameralı sistem, güvenlik personeli, agresif hastaya yaklaşım konusunda protokolleri ve hizmetiçi eğitimlerde agresif hastaya yaklaşım konusunun anlatılması ile ilgili bilgiler aşağıdaki tabloda verilmiştir.

### Şekil 3.1. Araştırmanın Yapıldığı Hastanelerin Kapalı Psikiyatri Servislerinin Güvenlik Önlemlerine İlişkin Özellikleri

HASTANELER	Kamera		Güvenlik personeli		Agresif Hastaya Yaklaşım Protokolleri		Hizmet içi eğitim	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
Bakırköy RSHH	+		+		+		+	
Erenköy RSHH		+	+		+		+	
Bolu RSHH	+		+		+		+	
Samsun RSHH		+		+	+		+	
Elazığ RSHH	+		+		+		+	
Manisa RSHH		+		+	+		+	
Adana RSHH		+		+	+		+	

#### 3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Prof.Dr. Mazhar Osman Bakırköy RSHH, Erenköy RSHH, Bolu RSHH, Samsun RSHH, Elazığ RSHH, Manisa RSHH, Adana RSHH'lerinin kapalı psikiyatri servislerinde çalışan 395 hemşire oluşturmaktadır. Hastanelerin kapalı psikiyatri servislerinde toplam 406 hemşire çalışmaktadır. Araştırmaya katılmayan 11 hemşirenin 4 tanesi izin döneminde olup 7 tanesi araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir.

#### 3.5. Araştırmaya Katılma Kriterleri

- Araştırmanın yapıldığı hastanelerin kapalı psikiyatri servislerinde hemşire olarak çalışıyor olmak.
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek.

#### 3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma araştırmanın yapıldığı dönemde örnekleme alınan hastanelerde çalışan, hastalık ya da başka nedenlerle izinli olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelerle sınırlıdır. Hasta agresyonuna gösterilen tepkiler ölçek maddeleri ile sınırlıdır. Tükenmişlik düzeyleri kullanılan ölçeğin maddeleri ve alt boyutlarıyla sınırlıdır.

### 3.7. Veri Toplama Araçları

#### 3.7.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından hazırlanmış Anket Formu'nda, demografik özellikler, kuruma ait özellikler ve mesleki özellikler ve saldırıya maruz kalma deneyimlerinden oluşan toplam 14 açık ve kapalı uçlu soru bulunmaktadır (Ek-1)<sup>71,13,16,20,34,53</sup>.

#### 3.7.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Maslach (1981) tarafından geliştirilmiş<sup>58</sup>, Türkçe'ye Ergin (1992) tarafından çevrilmiş olup<sup>72</sup>, duygusal tükenme (9 madde), duyarsızlaşma (5 madde) ve kişisel başarı hissi (8 madde) olmak üzere üç boyut altında 22 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte 7'li Likert tipi kullanılmış olup, ölçeğin puanları 0'dan 6'ya kadar değerlendirilmiştir. Duygusal tükenme (DT) ve Duyarsızlaşma (Du) alt ölçekleri olumsuz anlatımlarda, Kişisel başarı (KB) boyutu ise olumlu anlatımlardan oluşmaktadır. DT ve Du puanlarının artışı tükenmişliğin fazlalığını, KB puanının artışı ise azlığını gösterir. Ergin, üç boyuta ait Cronbach alpha güvenirlik katsayılarını Duygusal Tükenme için 83, Duyarsızlaşma için 65 ve Kişisel Başarı hissi için 72 olarak bulmuştur<sup>72</sup>.

Araştırmamızda kullanmış olduğumuz MTÖ 5 dereceli (0: Hiçbir zaman, 1:Çok nadir, 2:Bazen, 3:Çoğu zaman, 4:Her zaman) likert tipi bir ölçektir. Alt ölçek puanları Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma için yukarıdaki gibi, Kişisel Başarı için tersine puanlanmaktadır (hiçbir zaman:4, her zaman: 0). Bu puanların toplanması ile DT için 0-36, D için 0-20 ve KB için ise 0-32 arasında değişen puanlar elde edilir. Alt ölçeklerin Cronbach Alfa değerleri; DT: 0.85, D: 0.45, KB: 0.58 olarak bulunmuştur. DT ve D puan ortalamasının yüksek, KB puan ortalamasının düşük olması bireylerin tükenmişlik yaşadığını gösterir. Maslach Tükenmişlik ölçeği alt boyutlarını oluşturan sorular ve değerlendirmesi aşağıda verilmiştir.

1-Duygusal tükenme :1,2,3,6,8,13,14,16,20

2 -Duyarsızlaşma : 5,10,11,15,22

3 -Düşük kişisel başarı : 4,7,9,12,17,18,19,21 maddelerini içermektedir.

	Yüksek	Orta	Düşük
Duygusal tükenme	18 ve üzeri	12-17	0-11
Duyarsızlaşma	10 ve üzeri	6-9	0-5
Kişisel başarı	0-21	22-25	26 ve üzeri

### **3.7.3. IMPACS (Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği)**

Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği (Impact of Patient Aggression on Carers Scale' (IMPACS), kliniklerde yaşanan şiddet olaylarının personel üzerindeki olumsuz etkilerini ölçmek için Needham Ian ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiştir (Ek-3)<sup>53</sup>. Ölçek, literatürdeki hasta agresyonunun hemşireler ve diğer sağlık personeli üzerindeki olumsuz etkilerine dayanarak oluşturulmuştur. Ölçeğin geçerlilik-güvenilirlik çalışması aşağıdaki aşamalardan oluşmuştur.

#### **3.7.3.1. Dil Geçerliliği**

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışması çalışmanın birinci aşamasını oluşturmuştur. Dil geçerliliği çalışmasında ölçekteki maddelere denk olan Türkçe'deki karşılıklarına ulaşılması hedeflenmiştir<sup>73</sup>. İngilizce'den Türkçe'ye uyarlanması çalışmasında; ölçek önce her iki dile hakim, alanında uzman ölçek geliştirmeye ilişkin bilgi ve uygulaması olan 6 uzman tarafından birbirinden bağımsız olarak İngilizce'den Türkçe'ye çevrilmiştir. Uzmanlardan gelen çeviriler incelenerek ortak bir Türkçe metin oluşturulmuştur. Daha sonra bu form bir İngilizce dil uzmanı tarafından İngilizce'ye geri çeviri yapılmıştır.

Dil geçerliliğinin son aşamasında oluşturulan Türkçe formun ifadelerinin orjinal ölçekteki ifadelerin anlamlarına, Türkçe dil bilgisi kurallarına ve Türk toplumunun uygunluğu açısından 5 uzman tarafından incelenmiştir. Daha sonra ölçeğe dil geçerliliği açısından en son hali verilmiştir.

#### **3.7.3.2. Yapı Geçerliliği**

Ölçeğin yapı geçerliliğini ölçmek için, yani ölçeğin Türkiye için temel boyutlarını ve faktör yapısını belirlemek amacıyla alt ölçeklerde yer alan 10 maddeye Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis) yapılmış<sup>74,75</sup>, öz değerleri 1'in üzerinde olan ve varyansın %51.6'sını açıklayan 3 faktör elde edilmiştir. Bu

faktörlerden ilki varyansın %26.2'ini, ikincisi %13.7'sini, üçüncüsü %11.6'sını açıklamaktadır.

Analiz ile gözlenen faktörleri ayrıştırarak, birbirinden olabildiğince bağımsız faktörlere ulaşabilmek amacıyla faktör analizi uygulamasına bir dik döndürme yöntemi olan Varimax kullanılarak devam edilmiştir.

*Ölçeğin orjinal halinde;*

Faktör 1- “Hasta ile İlişkisinin Bozulması” başlığı altında bulunan (1,2,3 ve 4 maddelerinden)

Faktör 2- “Olumsuz Manevi Duygular” başlığı altında bulunan (5,6,7 ve maddelerinden)

Faktör 3- “Çevreye Karşı Güvensizlik Hissetme” başlığı altında bulunan (9 ve 10 maddelerinden) 3 alt boyuttan oluşmaktadır.

*Yapılan analizler sonrası;*

Faktör 1- “Hasta ile İlişkisinin Bozulması” başlığı altında bulunan (1., 2., 3., 7., 9. maddeler) Türkçe formda yer almıştır.

Faktör 2- “Kendini Güvende Hissetmeme” başlığı altında yer alan (5 ve 8. maddeler) Türkçe formda yer almıştır.

Faktör 3- “Olumsuz Manevi Duygular” başlığı altında yer alan (4., 6., 10. maddeler) Türkçe formda yer almıştır.

### **3.7.3.3. Ölçüt Geçerliliği**

Ölçeğin ölçüt geçerliliğini sınamak için IMPAC alt ölçekleriyle ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin toplam puanı arasındaki korelasyona bakılmıştır.

**Şekil 3.2. IMPAC Alt Ölçekleriyle ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki**

DEĞİŞKENLER	Hasta ile İlişkinin Bozulması	Kendini Güvende Hissetmeme	Olumsuz Manevi Duygular
Duygusal Tükenme	r=0.408**	r=0.416**	r=0.144**
Duyarsızlaşma	r=0.341**	r=0.194**	r=0.093
Kişisel Başarı	r=-0.249**	r=-0.173**	r=0.124**

\*p<0.005

\*\*p<0.001

r:Korelasyon katsayısı

Tabloda görüldüğü gibi Hasta ile İlişkinin Bozulması ile Kendini Güvende Hissetmeme, Olumsuz Manevi Duygular, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma Arasında pozitif yönde, Kişisel Başarı ile negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Kendini Güvende Hissetme alt boyutu ile Olumsuz Manevi Duygular, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma arasında pozitif yönde, Kişisel Başarı ile negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Olumsuz Manevi Duygular alt boyutu ile Duygusal Tükenme, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatürdeki bulgulara benzer şekilde tükenmişliğin Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma boyutları ile arasında pozitif yönde, Kişisel Başarı boyutu ile negatif yönde anlamlı ilişki olması bu ölçeğin ayırt ediciliğini ortaya koymaktadır<sup>53</sup>.

**3.7.3.4. Güvenirlilik Çalışması**

Ölçeğin güvenirliliği için madde analizine dayalı iç tutarlılık yöntemi olan Cronbach Alfa katsayısı yöntemi kullanılmıştır. Neddam (2005) yaptığı analizde<sup>53</sup>;

Alt boyutlar	Cronbach Alfa
Hasta ile İlişkinin Bozulması	0.780
Olumsuz Manevi Duygular	0.680
Çevreye Karşı Güvensizlik Hissetme	0.600

şeklinde bulunmuştur.



Bizim çalışmamızda bulunan alt boyutların güvenirlik katsayıları aşağıda verilmiştir.

<b>Alt boyutlar</b>	<b>Cronbach Alfa</b>
Hasta ile İlişkinin Bozulması	0.600
Kendini Güvende Hissetmeme	0.619
Olumsuz Manevi Duygular	0.100

Yapılan analizde 3. faktörün (Olumsuz Manevi Duygular) Cronbach Alfa katsayısının .100 olduğu belirlenmiştir. Güvenirlik katsayısı 0.40’ın altında olan ölçekler güvenilir olarak kabul edilmemektedir<sup>75</sup>.

Yapılan geçerlik güvenirlik çalışması sonucunda özgün hali 10 madde ve 3 alt boyuttan oluşan IMPACS (Impact of Patient Aggression on Carers Scale)’ın Türkçe uyarlaması olan “Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği” 7 madde ve 2 alt boyutla Türkiye’deki psikiyatri kliniklerinde çalışan bakım vericilerde kullanılabilmesi açısından geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiştir.

#### **3.7.4. Ön Uygulama**

Araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan bilgi formunun ön uygulaması 10 psikiyatri hemşiresine uygulanmış, ön uygulama sonunda forma son şekli verilmiştir. Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği geçerlik-güvenirlik çalışması Bakırköy RSHH, Manisa RHSS ve Adana RHSS’inde çalışan 200 psikiyatri hemşiresine uygulanmış ve gerekli analizler yapıldıktan sonra ölçeğe son hali verilmiştir.

#### **3.7.5. Verilerin Toplanması**

Araştırma, Sağlık Bakanlığın’dan gerekli izin alındıktan sonra, 18/10/2010 tarihleri ile 10/01/2011 arasında uygulanmıştır. Araştırma verileri, Prof.Dr. Mazhar Osman Bakırköy RSHH, Erenköy RSHH, Bolu RSHH’nde yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Diğer hastanelerde Sağlık Bakanlığı Performans ve Kalite Birimi aracılığıyla hastanelere anketler ulaştırılmış ve eğitim hemşireleri aracılığı ile hemşirelere uygulanmıştır.

### **3.7.6. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmanın verileri SPSS 16.0 paket programında değerlendirilmiştir. Geçerlik güvenirlik çalışmasında Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis), Varimax, korelasyon katsayısı ve Cronbach Alfa katsayısı yöntemi kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde ki-kare, t testi ve ANOVA (Tek Yönlü Varyans Analizi) ve korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

### **3.7.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bakanlığı'ndan gerekli izin alınmış, hemşirelerin araştırmaya katılıp katılmama kararı kendilerine bırakılmıştır (Bilgilendirilmiş onam). Araştırma sonunda elde edilen bilgiler araştırma raporu dışında herhangi bir yerde kullanılmayacaktır (Dürüstlük). Katılımcılara araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları söylenmiştir ve kimlik bilgileri ile ilgili veri toplanmamıştır (Otonomi, bireye saygı). Araştırma raporunda kişisel bilgiler ve sır olarak verilen özel bilgiler araştırmaya katılanların izni olmadıkça açıklanmayacaktır (Gizlilik, dürüstlük).

## **4. BULGULAR**

### **4.1. Araştırmaya Katılan Psikiyatri Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri**

Araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1'de verilmiştir. Tablo incelendiğinde hemşirelerin %74.9'unun kadın, yaş ortalamalarının  $33.57 \pm 6.39$  (min:21-max:56) olduğu bulunmuştur. Araştırma kapsamına alınan psikiyatri hemşirelerinin %31.9'u lisans mezunu olup, çoğunluğu (%39.2) hastanelerin karma servislerinde, 0-3 yıldır (%42.3), servis hemşiresi (%88.1) olarak çalışmaktadır.

**Tablo 4.1.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Sosyo-Demografik Özellikleri (n=395)**

ÖZELLİKLER		Sayı	%
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	296	74.9
	Erkek	99	25.1
<b>Öğrenim Düzeyi</b>	Sağlık Meslek Lisesi	74	18.7
	Ön Lisans	123	31.1
	A.Ö. Ön Lisans	61	15.4
	Lisans	126	31.9
	Yüksek Lisans	11	2.8
<b>Çalıştığı Bölüm</b>	Erkek servisi	132	33.4
	Kadın servisi	108	27.3
	Karma	155	39.2
<b>Hastanedeki Görevi</b>	Sorumlu hemşire	44	11.1
	Servis hemşiresi	348	88.1
	Eğitim hemşiresi	3	0.8
<b>Psikiyatri hemşiresi olarak çalışma yılı</b>	0-3 yıl	167	42.3
	4-7 yıl	122	30.9
	8 yıl ve üstü	106	26.8
<b>Yaş <math>\bar{x}</math> : 33.57±6.39 (min:21-max:56)</b>			

#### 4.2. Klinik Ortama İlişkin Bilgiler

Tablo 4.2.1’de psikiyatri hemşirelerinin gündüz ve gece bakmakla yükümlü olduğu hasta sayıları ve hemşire başına düşen hasta sayısı yer almaktadır. Hemşirelerin klinikte yatan hasta sayısı ortalaması 56.54±25.59, gündüz hemşire başına düşen hasta sayısı ortalaması 8.91±4.55, gece hemşire başına düşen hasta sayısı ortalaması 34.02±17.71 olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.1. Psikiyatri Hemşirelerinin İş Yüküne İlişkin Bulgular**

<b>HASTA–HEMŞİRE SAYILARI</b>	<b><math>\bar{x} \pm SD</math></b>	<b>Minimum-Maximum</b>
Klinikte yatan hasta sayısı	56.54±25.59	1-120
Gündüz çalışan hemşire sayısı	5.56±2.48	1-20
Gündüz hemşire başına düşen hasta sayısı	8.91±4.55	2-40
Gece çalışan hemşire sayısı	1.51±0.93	1-12
Gece hemşire başına düşen hasta sayısı	34.02±17.71	3-85

Tablo 4.2.2’de psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları hastaneler göre gündüz bakmakla yükümlü oldukları hasta sayısı ortalamaları yer almaktadır. Gündüz hemşire başına düşen hasta sayısı ortalaması 8.91±4.55 olarak belirlenmiş ve hastaneler ortalamanın üstünde ve altında kalan şeklinde iki gruba ayrılmışlardır. Bakırköy RSHH, Adana RSHH, Erenköy RSHH ortalamanın üstü, Manisa RSHH, Samsun RSHH, Elazığ RSHH, Bolu RSHH ortalamanın altı olan gruba dahil edilmişlerdir.

**Tablo 4.2.2. Hemşirelerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Gündüz Bakmakla Yükümlü Oldukları Hasta Sayısı Ortalamaları**

Gündüz Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	$\bar{x} \pm SD$	Minimum-Maximum
Manisa RSHH	7.71±4.24	2-20
Bakırköy RSHH	8.92±3.56	3-22
Adana RSHH	12.10±3.61	5-20
Samsun RSHH	5.04±1.24	3-7
Elazığ RSHH	6.83±1.93	4-11
Erenköy RSHH	13.54±6.25	8-40
Bolu RSHH	4.30±0.80	3-6

Tablo 4.2.2’de psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları hastaneler göre gece bakmakla yükümlü oldukları hasta sayısı ortalamaları yer almaktadır. Gece hemşire başına düşen hasta sayısı ortalaması 34.02±17.71 olarak belirlenmiş ve hastaneler ortalamasının üstünde ve altında kalan şekilde iki gruba ayrılmışlardır. Adana RSHH, Elazığ RSHH, Erenköy RSHH ortalamasının üstü, Manisa RSHH, Bakırköy RSHH, Samsun RSHH, Bolu RSHH ortalamasının altı olan gruba dahil edilmişlerdir.

**Tablo 4.2.3. Hemşirelerin Çalıştıkları Hastanelere Göre Gece Bakmakla Yükümlü Oldukları Hasta Sayısı Ortalamaları**

Gece Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	$\bar{x} \pm SD$	Minimum-Maximum
Manisa RSHH	28.57±11.19	3-60
Bakırköy RSHH	25.00±8.26	5-50
Adana RSHH	61.40±16.42	19-85
Samsun RSHH	24.28±6.63	12-35
Elazığ RSHH	39.65±15.12	10-57
Erenköy RSHH	36.02±10.39	20-48
Bolu RSHH	19.50±3.17	14-22

Tablo 4.2.4.'te psikiyatri kliniklerinde uygulanan hizmetiçi eğitim programlarına agresyon yönetimi konusunun anlatılma sıklığı incelenmiştir. Araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin %53.8'inin daha önce hizmet içi eğitim programlarında agresyon yönetimi konusunda eğitim aldıkları belirlenmiştir.

**Tablo 4.2.4. Hemşirelere Uygulanan Hizmetiçi Eğitim Programlarında Agresyon Yönetimi Konusunun Anlatılma Durumu (n:395)**

EĞİTİM ALMA DURUMU	Sayı	%
Eğitim alan	212	53.8
Eğitim almayan	58	14.7
Konuların içinde kısmen anlatılan	124	31.5
<b>TOPLAM</b>	395	100.0

Tablo 4.2.5’de psikiyatri hemşirelerinin saldırgan hastaya yaklaşım (agresyon yönetimi) konusunda eğitim ihtiyacı olup olmadığı incelenmiştir. Psikiyatri hemşirelerinin %63.0’ü agresyon yönetimi konusunda eğitime ihtiyacı olduğunu belirtmişlerdir.

**Tablo 4.2.5. Hemşirelerin Agresyon Yönetimi Konusunda Eğitim İhtiyacı (n:395)**

<b>EĞİTİM İHTİYACI</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Eğitim almak isteyen	249	63.0
Eğitim almak istemeyen	144	36.5
Kararsız olan	2	0.5
<b>TOPLAM</b>	<b>395</b>	<b>100.0</b>



### 4.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Deneyimleri

Bu bölümde psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin son bir yılda maruz kaldıkları agresyon ortalamaları ve maruz kaldıkları agresif davranışlar incelenmiştir. Hemşirelerin cinsiyeti ve deneyimlerine göre hasta agresyonuna maruz kalma durumları ele alınmıştır.

Tablo 4.3.1’de hemşirelerinin psikiyatri kliniğinde çalışırken son bir yılda hasta agresyonuna ortalama kaç kez maruz kaldıkları incelenmiştir. Araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin son bir yılda sözel agresyona maruz kalma ortalamaları (15.29±20.96), fiziksel agresyona maruz kalma ortalamaları (7.46±13.03) belirlenmiştir. Hiç hasta agresyonuna maruz kalmadığını bildirenlerin (n:8) yanında, “sayılamayacak kadar çok” ifadesini kullanan hemşireler bu değerlendirmeye alınmamıştır.

**Tablo 4.3.1. Psikiyatri Hemşirelerinin Son Bir Yılda Maruz Kaldıkları Sözel ve Fiziksel Hasta Agresyonu Ortalaması**

Maruz Kalınan Şiddet Türü	n	$\bar{x} \pm SD$	Minimum-Maximum
Sözel agresyon	126	15.29±20.96	0-101
Fiziksel agresyon	326	7.46±13.03	0-101

Tablo 4.3.2’de psikiyatri hemşirelerinin son bir yılda hangi agresif davranışa maruz kaldıkları incelenmiştir. Araştırma katılan psikiyatri hemşirelerinin sözel olarak en çok %74.7’si küfüre, %67.8’si korkutucu/tehdit edici sözlere, %51.1’i aşağılayıcı sözlere, %42.5’i tiksindirici sözlere maruz kaldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin fiziksel olarak ise %43.5’i itme, %30.4’ü hastaların bir eşya kullanarak saldırıda buldukları, %18.0’inin tokat, %11.9’unun dayağa maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır. Araştırma kapsamına alınan psikiyatri hemşirelerinin %2.5’inin ise dokunma/tacize maruz kaldığı bildirmiştir.

**Tablo 4.3.2. Psikiyatri Hemşirelerinin Maruz Kaldıkları Agresif Davranışlar**

<b>AGRESİF DAVRANIŞLAR</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Aşağılayıcı sözler	202	51.1
Korkutucu / tehdit edici sözler	268	67.8
Tiksindirici sözler	168	42.5
Küfür	295	74.7
Tükürme	166	42.0
Tekmeleme	130	32.9
Tırmalama	103	26.1
Yumruklama	118	29.9
İtme	172	43.5
Tokat	71	18.0
Dayak	47	11.9
Bir eşya kullanarak saldırma	120	30.4
Kafa atma	6	1.5
Boğaza sarılma	4	1.0
Saç çekme	2	0.5
Isırma	1	0.3
Dokunma/taciz etme	10	2.5

Tablo 4.3.3'de psikiyatri hemşirelerinin cinsiyetlerine göre maruz kaldıkları agresif davranışlar incelenmiştir. Tabloda görüldüğü gibi kadınların %72'sinin, erkeklerin %82.8'inin küfüre, kadınların %29.4'ünün, erkeklerin %43.4'ünün tekmelemeye, kadınların %23'ünün, erkeklerin %50.5'inin yumruklamaya, kadınların %3.4'ünün dokunma/tacize maruz kaldıkları belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.3.Hemşirelerin Cinsiyetine Maruz Kaldıkları Agresif Davranışlar (n:395)**

AGRESİF DAVRANIŞLAR	KADIN Sayı (%)	ERKEK Sayı (%)	TOPLAM Sayı (%)*
Küfür**	213 (72.0)	82 (82.8)	295 (74.7)
$x^2:4.635$ Sd:1 $p=0.031$			
Tekmeleme **	87 (29.4)	43 (43.4)	130 (32.9)
$x^2:6.626$ Sd:1 $p=0.010$			
Yumruklama **	68 (23.0)	50 (50.5)	118 (29.9)
$x^2:26.844$ Sd:1 $p=0.000$			
Dokunma/taciz etme**	10 (3.4)	0 (0.0)	10 (2.5)
$x^2:5.857$ Sd:1 $p=0.016$			

\*Yüzdelikler n:395'e göre alınmıştır. \*\*Maruz kalanların yüzdesi Sd: Serbestlik Derecesi

Tablo 4.3.4'de psikiyatri hemşirelerinin çalışma yılına göre maruz kaldıkları agresif davranışlar incelenmiştir. Tabloda görüldüğü gibi 0-3 yıl çalışanların %77.8'inin küfüre, %32.8'inin tırmalamaya, %53.3'ünün itmeye maruz kaldığı, 4-7 yıl çalışanların %77.9'unun küfüre, %23'ünün tırmalamaya, %40.2'sinin itmeye maruz kaldığı, 8 yıl ve üstü çalışanların ise %66'sının küfüre, %19.8'sinin tırmalamaya, %32.1'inin itmeye maruz kaldığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.4. Psikiyatri Hemşirelerinin Çalışma Sürelerine Maruz Kaldıkları Agresif Davranışlar (n:395)**

<b>AGRESİF DAVRANIŞLAR</b>	<b>0-3 YIL</b>	<b>4-7 YIL</b>	<b>8 YIL VE ÜSTÜ</b>
	<b>Sayı (%)</b>	<b>Sayı (%)</b>	<b>Sayı (%)</b>
Küfür*	130 (77.8)	95 (77.9)	70 (66.0)
$x^2:5.627$ $Sd:2$ $p=0.057$			
Tırmalama *	54 (32.3)	28 (23.0)	21 (19.8)
$x^2:6.171$ $Sd:2$ $p=0.046$			
İtme *	89 (53.3)	49 (40.2)	34 (32.1)
$x^2:12.695$ $Sd:2$ $p=0.002$			

\* Maruz kalanların yüzdesi  $Sd$ : Serbestlik Derecesi

Tablo 4.3.5’de psikiyatri hemşirelerinin en son agresif davranışa maruz kaldıkları hastanın özellikleri incelenmiştir. Agresif davranışta bulunan hastaların %61.9’u erkek, %51.5’i 30 yaş ve üstü yaş grubunda, %66’sı psikoz tanılı, %27.3’ünün madde bağımlılığı öyküsü bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların %51.1’inde işitsel halüsilasyon, %56.3’ünde sanrı varlığı olduğu ortaya çıkmıştır. Hastaların %76.5 oranında saldırganlık öyküsü bulunduğu ve %76.7’sinin zorla hastaneye yatırıldığı belirlenmiştir.

**Tablo 4.3.5. En Son Agresif Davranışta Bulunan Hastanın Özellikleri (n:373)**

<b>ÖZELLİKLER</b>		<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Hastanın cinsiyeti</b>	Kadın	142	38.1
	Erkek	231	61.9
<b>Hastanın yaşı</b>	30 yaş altı	181	48.5
	30 yaş ve üstü	192	51.5
<b>Hastanın tanısı</b>	Psikoz	246	66.0
	Diğer tanılar	127	34.0
<b>Madde bağımlılığı</b>	Evet	102	27.3
	Hayır	271	72.7
<b>İşitsel Halüsilasyon varlığı (n:372)</b>	Evet	190	51.1
	Hayır	182	48.9
<b>Sanrı varlığı</b>	Evet	210	56.3
	Hayır	163	43.7
<b>Saldırganlık öyküsü</b>	Evet	302	81.0
	Hayır	71	19.0
<b>Zorla hastaneye yatırılma öyküsü</b>	Evet	286	76.7
	Hayır	87	23.3

#### 4.4. Psikiyatri Hemşirelerinin Agresif ve Şiddet İçerikli Hasta Davranışlarına Tepkileri

Tablo 4.4.1.'de araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği'nden aldıkları puanlar incelenmiştir. Hemşirelerin Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeğinin Bakım Verici ile Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması alt boyutu puan ortalaması  $9.60 \pm 2.89$ , Kendini Güvende Hissetmeme alt boyutu puan ortalaması  $6.22 \pm 1.77$  olarak belirlenmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin DT alt boyutu puan ortalaması  $23.03 \pm 6.82$ , Du alt boyutu puan ortalaması  $8.85 \pm 3.67$ , KB alt boyutu puan ortalaması  $29.37 \pm 5.51$  olarak belirlenmiştir.

**Tablo 4.4.1. Araştırmaya Katılan Psikiyatri Hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeğinden Aldıkları Puanlar**

Alt Boyutlar	Madde Sayısı	$\bar{x} \pm SD$	Minimum-Maximum
<b>Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği</b>			
Hasta ile İlişkisinin Bozulması	5	$9.60 \pm 2.89$	5-21
Kendini Güvende Hissetmeme	2	$6.22 \pm 1.77$	2-10
<b>Maslach Tükenmişlik Ölçeği</b>			
Duygusal tükenme	9	$23.03 \pm 6.82$	9-55
Duyarsızlaşma	5	$8.85 \pm 3.67$	5-44
Kişisel başarı	8	$29.37 \pm 5.51$	17-79

Tablo 4.4.2.'de araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin tükendişlik düzeylerinin dağılımını incelenmiştir. Hemşirelerin, %79.0'unun yüksek düzeyde duygusal tükendişme yaşadıkları, %48.9'unun orta düzeyde duyarsızlaştıkları, %5.3'ünün ise kişisel başarı düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4.4.2. Araştırmaya Katılan Psikiyatri Hemşirelerinin Tükendişlik Düzeylerinin Dağılımını (n=395)**

ALT BOYUTLAR	Sayı	Yüzde
<b>Duygusal Tükendişme</b>		
Yüksek (18 puan ve üstü)	312	79.0
Orta (12-17 puan)	74	18.7
Düşük (0-11 puan)	9	2.3
<b>Duyarsızlaşma</b>		
Yüksek (10 puan ve üstü)	141	35.7
Orta (6-9 puan)	193	48.9
Düşük (0-5 puan)	61	15.4
<b>Kişisel Başarsızlık</b>		
Yüksek (0-21 puan)	21	5.3
Orta (22-25 puan)	47	11.9
Düşük (26 puan ve üstü)	327	82.9

#### 4.5. Bazı Değişkenlere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Agresyonundan Etkilenme ve Tükenmişlik Durumları

Psikiyatri hemşirelerin cinsiyetine göre AŞİDEÖ-MTÖ alt boyut ortalamaları 4.5.1’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi kadınların (X:6.36±1.75) Kendini Güvende Hissetmeme alt boyutu puan ortalamaları erkeklere (X: 5.78±1.79) göre daha yüksek olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=2.189,p<0.05). Alt boyutlar incelendiğinde erkek hemşirelerin (X: 9.45±3.66) Du alt boyut puanı kadın hemşirelere (X: 8.63±3.65) göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=1.935,p<0.05).

**Tablo 4.5.1. Psikiyatri Hemşirelerin Cinsiyetine Göre AŞİDEÖ ve MTÖ Alt Boyut Ortalamaları (n:395)**

Alt Boyutlar	Kadın (n =296)	Erkek (n =99)	t ve p
<b>AŞİDEÖ Alt Boyutları</b>			
Hasta ile İlişkisinin Bozulması	9.05±3.00	9.09±2.55	0.130,p>0.05
Kendini güvende hissetmeme	6.36±1.75	5.78±1.79	2.189,p<0.05
<b>MTÖ Alt Boyutları</b>			
Duygusal tükenme	23.17±6.77	22.63±7.00	0.676,p>0.05
Duyarsızlaşma	8.63±3.65	9.45±3.66	1.935,p<0.05
Kişisel başarı	29.59±5.68	28.71±4.96	1.371,p>0.05

Psikiyatri hemşirelerinin çalışma yıllarına göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) ve Agresif ve şiddet içeren davranışlardan etkilenme ölçeği (AŞİDEÖ) alt boyut ortalamaları 4.5.2’de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi Bakım Verici İle Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması alt boyutu puan ortalamaları 0-3 yıl deneyimi olanlarda (X:9.41±3.04) yüksek olsa da gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kendini Güvende Hissetmeme alt boyutu puan ortalamaları 4–7 yıl deneyimi olanlarda (X:33.57±18.12) yüksek olsa da gruplar arası fark istatistiksel



olarak anlamlı bulunmamıştır. DT alt boyutu puan ortalamalarında 8 yıl ve üzeri deneyimi olanlarda yüksek bulunsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alt boyutlar incelendiğinde 0-3 yıl deneyimi olanların (X: 9.25±3.39) Du alt boyut puanı 4-7 yıl deneyimi olan gruba (X: 9.09±4.58) ve 8 yıl ve üstü deneyimleri olan gruba (X: 7.89±2.63) göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (F=4.951, p<0.05). KB alt boyutu puan ortalamalarına bakıldığında 4–7 yıl deneyimi olanlarda (X: 29.70±5.21) yüksek olsa da gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.5.2. Psikiyatri Hemşirelerin Çalışma Yılına Göre AŞİDEÖ ve MTÖ Alt Boyut Ortalamaları**

Alt Boyutlar	0-3 yıl (n=167)	4-7 yıl (n=122)	8 yıl ve üzeri (n=106)	F ve p
<b>AŞİDEÖ Alt Boyutları</b>				
Hasta ile İlişkinin Bozulması	9.41±3.04	8.77±2.64	8.82±2.88	2.240,p>0.05
Kendini güvende hissetmeme	6.08±1.76	6.39±1.88	6.22±1.67	1.029,p>0.05
<b>MTÖ Alt Boyutları</b>				
Duygusal tükenme	22.91±6.73	23.04±6.83	23.22±7.02	0.069,p>0.05
Duyarsızlaşma	9.25±3.39	9.09±4.58	7.89±2.63	<b>4.951,p&lt;0.05</b>
Kişisel başarı	28.98±5.28	29.70±5.21	29.60±6.19	0.719,p>0.05

Psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları bölüme göre AŞİDEÖ ve MTÖ alt boyut ortalamaları 4.5.3'de verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi Bakım Verici İle Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması, Kendini Güvende Hissetmeme, DT alt boyutu puan ortalamaları kadın servisinde çalışanlarda yüksek bulunsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alt boyutlar incelendiğinde erkek servisinde çalışanların KB alt boyutu puan ortalamalarına (X: 29.58±6.08) bakıldığında kadın servisinde çalışan (X: 28.7±5.47) ve karma serviste çalışan gruba (X: 29.61±5.02) göre yüksek olsa da gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.5.3. Psikiyatri Hemşirelerin Çalıştıkları Bölüme Göre AŞİDEÖ ve MTÖ Alt Boyut Ortalamaları**

ALT BOYUTLAR	Erkek (n =132)	Kadın (n =108)	Karma (n = 155)	F ve p
<b>AŞİDEÖ Alt Boyutları</b>				
Hasta ile İlişkisinin Bozulması	8.87±3.01	9.39±3.09	8.98±2.63	1.068,p>0.05
Kendini güvende hissetmeme	6.31±1.90	6.34±1.84	6.05±1.61	1.071 p>0.05
<b>MTÖ Alt Boyutları</b>				
Duygusal tükenme	23.08±6.65	24.12±6.66	22.24±7.01	2.423, >0.05
Duyarsızlaşma	9.09±4.35	8.84±3.43	8.62±3.17	0.574,p>0.05
Kişisel başarı	29.58±6.08	28.7±5.47	29.61±5.02	0.898,p>0.05

Psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları hastanelerde gece bakmakla yükümlü oldukları hasta sayılarına göre ortalamının altı ve üstü hastanelerin AŞİDEÖ ve MTÖ alt boyut ortalamaları 4.5.4'de verilmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde ortalamının üstünde kalan hastane grubunda çalışan hemşirelerin Kendini Güvende Hissetmeme (6.54±1.74) ve Duygusal Tükenme (24.01±7.38) alt boyutu puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.5.4. Hastanelerin Gece Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısının Ortalamasının Altında ve Üstünde Kalmalarına Göre AŞİDEÖ-MTÖ Alt Boyut Ortalamaları**

<b>Alt Boyutlar</b>	<b>Ortalamanın üstünde kalan hastaneler</b>	<b>Ortalamanın altında kalan hastaneler</b>	<b>t ve p</b>
<b>AŞİDEÖ Alt Boyutları</b>			
Bakım Verici ile Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması	9.42±3.08	8.86±2.76	1.841, p>0.05
Kendini Güvende Hissetmeme	6.54±1.74	6.04±1.79	2.693, p<0.05
<b>MTÖ Alt Boyutları</b>			
Duygusal Tükenme	24.01±7.38	22.50±6.45	2.115, p<0.05
Duyarsızlaşma	8.99±3.36	8.75±3.83	0.611, p>0.05
Kişisel başarı	29.03±6.20	29.56±5.10	0.904, p>0.05

Psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları hastanelerde gündüz bakmakla yükümlü oldukları hasta sayılarına göre ortalamanın altı ve üstü hastanelerin AŞİDEÖ ve MTÖ alt boyut ortalamaları 4.5.5’de verilmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde ortalamanın üstünde kalan hastane grubunda çalışan hemşirelerin Bakım Verici ile Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma boyutu puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek olsa da istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.5.5. Hastanelerin Gündüz Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısının Ortalamasının Altında ve Üstünde Kalmalarına Göre AŞİDEÖ-MTÖ Alt Boyut Ortalamaları**

Alt Boyutlar	Ortalamanın üstünde kalan hastaneler	Ortalamanın altında kalan hastaneler	t ve p
<b>AŞİDEÖ Alt Boyutları</b>			
Bakım Verici ile Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması	9.13± 2.84	8.95±2.96	0.600, p>0.05
Kendini Güvende Hissetmeme	6.12±1.76	6.35±1.79	1.301, p>0.05
<b>MTÖ Alt Boyutları</b>			
Duygusal Tükenme	22.93±7.17	23.18±6.33	0.369, p>0.05
Duyarsızlaşma	8.93±3.29	8.70±4.14	0.604, p>0.05
Kişisel Başarı	29.29±4.89	29.48±6.68	0.336, p>0.05

Psikiyatri hemşirelerinin eğitim alma durumlarına göre AŞİDEÖ-MTÖ alt boyut ortalamaları 4.5.6'de verilmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde eğitim almayanların Bakım Verici İle Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması alt boyut puanı (X: 9.42±2.92) eğitim alanlara göre (X: 8.74±2.84) daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=2.329, p<0.05). Tabloda görüldüğü gibi Kendini Güvende Hissetmeme, DT ve Du alt boyutlarında eğitim almayanların puan ortalamaları eğitim alanlara göre daha yüksek olsa da aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

**Tablo 4.5.6. Psikiyatri Hemşirelerin Eğitim Alma Durumlarına Göre AŞİDEÖ ve MTÖ Alt Boyut Ortalamaları (n:395)**

Alt Boyutlar	Alan (n =212)	Almayan (n =58)	t ve p
<b>AŞİDEÖ Alt Boyutları</b>			
Hasta ile İlişkinin Bozulması	8.74±2.84	9.42±2.92	2.329,p<0.05
Kendini güvende hissetmeme	6.20±1.89	6.24±1.64	0.216,p>0.05
<b>MTÖ Alt Boyutları</b>			
Duygusal tükenme	22.88±6.98	23.18±6.65	0.426,p>0.05
Duyarsızlaşma	8.63±3.31	9.09±4.05	1.242,p>0.05
Kişisel Başarı	29.55±5.41	29.17±5.61	0.673,p>0.05

Tablo 4.5.7.'de psikiyatri hemşirelerinin yaşları ile alt boyutlardan Bakım Verici Arasındaki İlişkinin Bozulması ve Du arasında negatif yönde, KB ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışma yılı ile Du arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (\*p<0.005, \*\*p<0.001).

**Tablo.4.5.7. Araştırmaya Katılan Psikiyatri Hemşirelerinin Yaş Ve Çalışma Yılı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği İle Yaş Ve Çalışma Yılı Arasındaki İlişki**

ALT ÖLÇEKLER	Yaş	Çalışma yılı
<b>AŞİDEÖ Alt Boyutları</b>		
Hasta ile İlişkisinin Bozulması	r= -0.134**	r= -0.084
Kendini güvende hissetmeme	r= -0.130	r= 0.016
<b>MTÖ Alt Boyutları</b>		
Duygusal tükenme	r= -0.002	r= -0.014
Duyarsızlaşma	r= -0.175**	r= -0.158**
Kişisel başarı	r= 0.112*	r=-0.049

\*p<0.05 \*\*p<0.01

#### **4.6. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki**

Tablo 4.6.1.'de psikiyatri hemşirelerinin Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği'nin alt boyutlarından Bakım Verici İle Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması ile Kendini Güvende Hissetmeme alt boyutu arasında, ayrıca Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Du ve DT alt boyutlarıyla arasında pozitif yönde, KB ile negatif yönde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Kendini Güvende Hissetmeme ile DT ve Du arasında pozitif yönde, KB ile negatif yönde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. DT alt boyutu ile Du arasında pozitif yönde, Du ile KB arasında negatif yönde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.01).

**Tablo.4.6.1. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki (n:395)**

<b>DEĞİŞKENLER</b>	Kendini güvende hissetmeme	Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı
Hasta ile İlişkinin Bozulması	r= 0.333**	r= 0.408**	r= 0.341**	r= -0.249**
Kendini güvende hissetmeme	-	r= 0.416**	r= 0.194**	r= -0.173**
Duygusal tükenme		-	r= 0.469**	r= -0.303**
Duyarsızlaşma			-	r= -0.321**

**\*\*p<0.01**

## 5. TARTIŞMA

Hasta agresyonu konusunda son 30 yılda araştırmalar artsa da, hasta agresyonu ile başetmek hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleri için oldukça zor bir durum olmaktadır. Bu problem tüm dünyada psikiyatri kliniklerinde önemli sorun teşkil etmekte ve sıklıkla tartişma konusu olmaktadır<sup>11,53</sup>. Birçok sağlık bakım organizasyonu şiddetten arındırılmış ortamlar yaratmaya çalışmakta ve güvenlik önlemlerini arttırmaktadırlar<sup>2</sup>. Psikiyatri kliniklerinde çalışan hemşirelerin, hasta agresyonuna gösterdikleri tepkiler ile tükenmişlik arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada elde edilen sonuçlar 5 bölüm halinde tartişılmıştır.

### 5.1. Klinik Ortama İlişkin Bilgiler

Eğitimle ilgili niteliklere göz önüne alındığında, hemşirelerin agresyon durumlarıyla daha etkili veya daha etkisiz şekilde baş edebildiği ileri sürülmektedir. Eğitimsel nitelikler ve deneyimlere bağlı olarak, hemşirelerin agresyonun işaretçi belirtilerini daha iyi tanıyabildikleri ve daha uygun şekilde yönetebildikleri belirtilmektedir<sup>11</sup>. Psikiyatri kliniklerinde uygulanan hizmetiçi eğitim programlarında agresyon yönetimi konusunun anlatılma sıklığına bakıldığında; araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin %53.8'inin daha önce hizmet içi eğitim programlarında agresyon yönetimi konusunda eğitim aldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.2.4). Psikiyatri hemşirelerinin saldırgan hastaya yaklaşım (agresyon yönetimi) konusunda eğitim ihtiyaı olup olmadığı incelendiğinde ise; psikiyatri hemşirelerinin %63.0' agresyon yönetimi konusunda eğitime ihtiyaı olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 4.2.5).

Sonuçlar incelediğinde hastanelerin hepsinde agresif hastaya yaklaşım konusunda eğitim verilmesine rağmen (Tablo 3.1) psikiyatri hemşirelerinin yarısından fazlasının agresyon yönetimi konusunda eğitim aldığını belirtmesi ve katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitime ihtiyaı olduğunu düşünmesi, hastanelerde verilen hizmetiçi eğitimlerinde agresyon yönetimi konusunun yeterli düzeyde olmamasını göstermesi açısından önemli bir bulgudur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, agresyon ve agresyonla başetme konusunda eğitim alan hemşirelerin, eğitim almayanlara göre psikiyatride fiziksel agresif davranışa daha fazla maruz kaldıkları belirlenmiştir<sup>34</sup>. Agresyon ve agresyonla başetme eğitimi alan hemşirelerin hastaların agresif davranışını önlemede, yönetmede ve agresyonla başa çıkmada daha etkili oldukları saptanmıştır<sup>14,76</sup>.



Agresyonla başetme konusunda eğitim almayan ya da etkisiz eğitim alan psikiyatri hemşirelerinin hasta agresyonundan daha fazla etkilenebileceği düşünülmektedir.

## 5.2. Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Deneyimleri

Bu bölümde psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin son bir yılda maruz kaldıkları agresyon ortalamaları ve maruz kaldıkları agresif davranışlar incelenmiştir. Hemşirelerin cinsiyeti ve deneyimlerine göre hasta agresyonuna maruz kalma durumları ele alınmıştır.

Çalışmamızda psikiyatri hemşirelerinin psikiyatri kliniğinde çalışırken son bir yılda hasta agresyonuna ortalama kaç kez maruz kaldıklarına bakılmıştır. Araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin son bir yılda daha çok sözel agresyona maruz kaldıkları ( $15.29 \pm 20.96$ ), fiziksel agresyonunda azımsanmayacak kadar çok olduğu ( $7.46 \pm 13.03$ ) belirlenmiştir. Hiç hasta agresyonuna maruz kalmadığını bildirenlerin (n:8) yanında, “sayılamayacak kadar çok” ifadesini kullanan hemşireler bu değerlendirmeye alınmamıştır (Tablo 4.3.1).

Literatür incelendiğinde; psikiyatri servislerindeki agresyon ve şiddetle ilgili yapılan çalışmalarda hemşirelerin uğradıkları sözel ve fiziksel agresyonun %35-90 arasında değiştiği görülmektedir<sup>4,5,6,7,8</sup>. Coşkun ve Öztürk (2008) tarafından bir Ruh Sağlığı Bölge Hastanesinde hemşirelik hizmetlerini yürüten personelin karşılaştıkları sözel ve fiziksel şiddetin araştırıldığı bir çalışmada, hemşirelerin %86’sının sözel, %50.4’ünün fiziksel şiddete maruz kaldıkları belirlenmiştir<sup>6</sup>. Pekriz (2009) psikiyatri hemşirelerinin agresyon algısını incelediği tez çalışmasında, psikiyatri hemşirelerinin sözel agresif davranışa maruz kalma oranı % 94.5 bulurken, fiziksel agresif davranışa maruz kalma oranını % 78.7 bulmuştur<sup>34</sup>. Literatürle uyumlu bulunan bu sonuçlar, psikiyatri hemşirelerine karşı gerçekleştirilen agresif olayların sık meydana gelmesi yönündeki mevcut bilgileri bir kez daha doğrulamaktadır.

Araştırma bulgularına göre psikiyatri hemşirelerinin sözel olarak en çok %74.7’sinin küfüre, %67.8’sinin korkutucu/tehdit edici sözlere, %51.1’inin aşağılayıcı sözlere, %42.5’inin tiksindirici sözlere maruz kaldığı belirlenmiştir. Hemşirelerin fiziksel olarak ise %43.5’i itme, %30.4’ü hastaların bir eşya kullanarak saldırıya maruz kaldıkları, %18.0’inin tokat, %11.9’unun dayağa maruz kaldıkları ortaya çıkmıştır. Araştırma kapsamına alınan psikiyatri hemşirelerinin %2.5’i ise dokunma/tacize maruz kaldığını bildirmiştir (Tablo 4.3.2). Benzer şekilde Wynn ve Bratlid (1998) yaptıkları çalışmada

katılımcıların %42.4'ünün bir eşya kullanarak saldırıya, % 70.6'sının yumruklamaya, %56.5'inin tekmelemeye maruz kaldığını bulmuşlardır<sup>38</sup>. Bazı araştırmacılar, agresif olaylara maruz kalan hemşirelerin, suçluluk duygusu yaşama ve olaydan kendini sorumlu tutma gibi duygular yaşadıklarını ifade etmektedirler. Anksiyete ve korku hasta agresyonuna karşı sık duygulardır ve agresif olayla karşılaşan hemşireler profesyonelliklerinden şüphe etmekte ve başarısızlık duygusu yaşayabilmektedirler<sup>53</sup>. Genel olarak sözlü ve fiziksel saldırı deneyimleri personelde, hayal kırıklığı, öfke, korku, kızgınlık, çaresizlik ve endişe gibi duygular uyandırabilmektedir<sup>16</sup>. Psikiyatri hemşirelerinin en sık hasta agresyonuna maruz kalan grup olduğu düşünülmektedir ve bu durumun hemşirelerde mesleği bırakma düşüncesine sebep olmakla ilişkisi olduğu düşünülmektedir<sup>13</sup>. Sonuç olarak; şiddet ve agresif davranışla baş etmenin hemşireler için baş edilmesi zor bir durum olduğu düşünülmektedir.

Psikiyatri hemşirelerinin cinsiyetlerine göre maruz kaldıkları agresif davranışlar incelendiğinde; kadınların %72'sinin, erkeklerin %82.8'inin küfüre, kadınların %29.4'ünün, erkeklerin %43.4'ünün tekmelemeye, kadınların %23'ünün, erkeklerin %50.5'inin yumruklamaya, kadınların %3.4'ünün dokunma/tacize maruz kaldıkları belirlenmiştir (Tablo 4.3.3). Yapılmış bazı çalışmalarda erkek ve kadın hemşirelerin agresif davranışa maruz kalma sıklıklarında farklılık olmadığı gösterirken<sup>48,55</sup>, başka bir çalışma erkek hemşirelerin kadın hemşirelerden daha fazla agresif davranışa maruz kaldığını belirtmiştir<sup>77</sup>. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise; erkek hemşirelerin daha fazla fiziksel agresyona maruz kaldığı belirlenmiştir<sup>34</sup>. Bu çalışmada erkek hemşirelerin daha fazla agresif davranışa maruz kalması, daha çok agresif davranışların meydana geldiği kapalı erkek psikiyatri servislerinde çalıştırılmalarıyla açıklanabilir.

Psikiyatri hemşirelerinin çalışma yılına göre maruz kaldıkları agresif davranışlara bakıldığında; 0-3 yıl çalışanların %77.8'inin küfüre, %32.8'inin tırmalamaya, %53.3'ünün itmeye maruz kaldığı, 4-7 yıl çalışanların %77.9'unun küfüre, %23'ünün tırmalamaya, %40.2'sinin itmeye maruz kaldığı, 8 yıl ve üstü çalışanların ise %66'sının küfüre, %19.8'sinin tırmalamaya, %32.1'inin itmeye maruz kaldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.4).

Bu konuda yapılmış bazı çalışmalar mesleki deneyimi az olan hemşirelerin daha fazla agresif davranışlara maruz kaldığını öne sürerken<sup>15,48</sup>, bazıları deneyim sahibi olmanın agresif davranışa maruz kalmada etkili olmadığını ileri sürmüşlerdir<sup>50</sup>. Whittington (2002) mesleki deneyimi 15 yıldan fazla olan sağlık personelinin agresyona karşı daha

toleranslı olduğunu belirtmiştir<sup>15</sup>. Çalışmamızda 8 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerin son bir yılda daha az agresif davranışa maruz kalması mesleki deneyim ve toleranslı olmalarıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda psikiyatri hemşirelerinin en son agresif davranışa maruz kaldıkları hastanın özelliklerine baktığımızda; hastaların %61.9'u erkek, %51.5'i 30 yaş ve üstü yaş grubunda, %66'sı psikoz tanılı, %27.3'ünün madde bağımlılığı öyküsü bulunduğu belirlenmiştir. Hastaların %51.1'inde işitsel halüsinasyon, %56.3'ünde sanrı varlığı olduğu ortaya çıkmıştır. Hastalarda %76.5 oranında saldırganlık öyküsü ve %76.7'sinin zorla hastaneye yatırıldığı belirlenmiştir (Tablo 4.3.5).

Çalışmamızla paralel şekilde, bazı araştırmacılar erkek hastaların kadınlardan daha fazla saldırgan davranış gösterdiklerini saptamışlardır<sup>9,37,42</sup>. Agresyon konusunda yapılan çalışmalar sonucunda kadın psikiyatri hastalarının çoğunlukla kendileri ve ailelerine karşı agresyon davranışı gösterirken, erkek psikiyatri hastalarının daha çok diğer insanlara ve sağlık personeline karşı tehdit oluşturan davranışlar gösterdikleri saptamışlardır<sup>38,39</sup>. Bazı araştırmacılar agresif davranış gösteren psikiyatri hastalarının genellikle şizofreni tanılı olduğunu ileri sürerken<sup>43</sup>, diğer bir grup araştırmacı depresyon ve bipolar tanılı hastaların daha fazla saldırganlık gösterdiğini düşünmektedirler<sup>42</sup>. Depresyon tanılı hastaların daha çok kendilerine karşı şiddet davranışı gösterdiği ileri sürülmüştür. Benzer şekilde manik dönemdeki hastaların engellendiklerinde agresif davranış gösterdikleri görülmüştür<sup>17</sup>. Monahan ve arkadaşları (2001) ise madde kötüye kullanımının ruhsal hastalıklardan daha büyük risk grubu olduğunu ileri sürmüşlerdir<sup>39</sup>.

### **5.3. Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Agresyonuna Tepkileri**

Bu bölümde araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin hasta agresyonuna verdikleri tepkiler ele alınmıştır. Araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Agresif ve şiddet içeren davranışlardan etkilenme ölçeği'nden aldıkları puanlar incelenmiştir. Hemşirelerin Agresif ve şiddet içeren davranışlardan etkilenme ölçeğinin Bakım Verici ile Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması alt boyutu puan ortalaması 9.60±2.89, Kendini Güvende Hissetmeme alt boyutu puan ortalaması 6.22±1.77 olarak belirlenmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin DT alt boyutu puan ortalaması 23.03±6.82, Du alt boyutu puan ortalaması 8.85±3.67, KB alt boyutu puan ortalaması 29.37±5.51 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.4.1).

Sinat (2007) yaptığı çalışmada, DT boyutu puan ortalaması  $13.67 \pm 6.07$ , Du alt boyutu puan ortalaması  $3.13 \pm 2.82$ , KB alt boyutu puan ortalaması  $10.88 \pm 5.51$  olarak belirlemiştir<sup>20</sup>. Çalışma bizim çalışmamızla karşılaştırıldığında puan ortalamalarının bizim çalışmamıza göre daha düşük olduğu görülmüştür. Sinat'ın çalışmasını 2 devlet hastanesi, 2 üniversite hastanesi ve 1 vakıf hastanesinde yapmasından dolayı sonuçlar arasında farklılık olduğu düşünülebilir. Sinat çalışmasında hemşirelerin çalıştığı kurumları tükenmişlik açısından karşılaştırmış ve Du alt boyutunun devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerde daha yüksek olduğunu görmüştür. Bu sonuç bizim çalışmamızı destekler niteliktedir. Köksal (2009) araştırmaya katılan hemşirelerin tükenmişlik alt ölçek puanlarını duygusal tükenme puan ortalamaları 17.21, Du puan ortalamaları 5.59, KB puan ortalamaları 20.98 olarak bulunmuştur<sup>78</sup>. Günüşen ve Üstün'ün (2009) üniversite hastanesinde çalışan 148 hemşire ile yaptıkları çalışmada hemşirelerin DT puan ortalamaları 18.63, Du puan ortalamaları 4.83, KB puan ortalamaları 20.71 olarak bulunmuştur<sup>79</sup>. Malak 2009 yaptığı çalışmada tükenmişlik alt boyutu DT puan ortalaması  $17.21 \pm 6.74$ ; Du puan ortalaması  $5.99 \pm 3.75$ ; KB puan ortalaması  $20.98 \pm 3.96$  bulmuştur<sup>80</sup>. Yapılmış çalışmalara baktığımızda bu çalışmanın alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur, bu durum bizim çalışmamızın psikiyatri hemşireleriyle yapılmış olmasıyla ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda araştırmaya katılan psikiyatri hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerinin dağılımı incelenmiştir. Hemşirelerin, %79'unun yüksek düzeyde DT yaşadıkları, %48.9'unun orta düzeyde Du, %82.9'unun ise KB düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4.2).

Ruh sağlığı hemşireleri diğer hemşirelerle aynı stresörleri paylaşırlar, ama ruh sağlığı hemşireliğinin doğası hasta ve hasta yakınlarıyla güçlü kişilerarası ilişkileri gerektirmektedir<sup>36</sup>. Hannigan ve arkadaşlarının 301 hemşire üzerinde yaptığı çalışmada (2000) 283 toplum ruh sağlığı hemşiresi MTÖ' ni doldurmuş, bunların yarısı duygusal olarak tükenmişlik yaşadığını ve iş tarafından tükendiğini bildirmişlerdir<sup>18</sup>.

#### **5.4. Bazı Değişkenlere Göre Psikiyatri Hemşirelerinin Hasta Agresyonundan Etkilenme ve Tükenmişlik Durumlarının Tartışılması**

Bu bölümde psikiyatri hemşirelerinin bazı değişkenlere göre AŞİDEÖ ve MTÖ alt boyut ortalamaları ele alınmıştır. Psikiyatri hemşirelerinin cinsiyetine göre AŞİDEÖ-MTÖ alt boyut ortalamalarına bakıldığında; kadınların ( $X:6.36\pm1.75$ ) Kendini Güvende Hissetmeme alt boyutu puan ortalamaları erkeklere ( $X: 5.78\pm1.79$ ) göre daha yüksek olup gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=2.189$ ,  $p<0.05$ ). Çalışmamızda erkek çalışanların ( $X: 9.45\pm3.66$ ) Du alt boyut puanı kadın çalışanlara ( $X: 8.63\pm3.65$ ) göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=1.935$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 4.5.1).

Kadın ve erkekler tükenmişlik sendromunda birbirlerine benzer bir deneyim yaşarlar ama bir takım farklılıklar da vardır. Kadınlar duygusal tükenmeye daha yatkındırlar ve bunu erkeklerden daha yoğun yaşarlar. Erkekler ise duyarsızlaşmaya yatkındır ve birlikte çalıştıkları insanlara karşı daha katıdırlar. Kadınlar erkeklere göre emosyonel etkilenmeye daha yatkındırlar. Bu da duygusal tükenme riskini artırır<sup>20,63</sup>. Sonuçlar literatürde yer alan bilgileri destekler niteliktedir.

Psikiyatri hemşirelerinin çalışma yıllarına göre alt boyutlar incelendiğinde; 0-3 yıl deneyimi olanların ( $X : 9.25\pm3.39$ ) Du alt boyut puanı 4-7 yıl deneyimi olan gruba ( $X : 9.09\pm4.58$ ) ve 8 yıl ve üstü deneyimleri olan gruba ( $X : 7.89\pm2.63$ ) göre daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $F=4.951$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 4.5.2). Bu durum deneyim sahibi olan hemşirelerin daha az agresif davranışa maruz kalmaları (Tablo 4.3.4.) ve agresyonla başetme konusunda daha deneyimli olmalarıyla açıklanabilir. Sinat yaptığı tez çalışmasında DT ve Du ile çalışma yılı arasında anlamlı fark bulamazken 6-10 yıl deneyimi olanların KB puanını yüksek düzeyde bulmuştur.

Psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları bölüme göre AŞİDEÖ ve MTÖ alt boyut ortalamalarına bakıldığında; Bakım Verici ile Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması, Kendini Güvende Hissetmeme, DT alt boyutu puan ortalamaları kadın servisinde çalışanlarda yüksek bulunsa da istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Alt boyutlar incelendiğinde erkek servisinde çalışanların KB alt boyutu puan ortalamalarına ( $X: 29.58\pm6.08$ ) bakıldığında kadın servisinde çalışan ( $X: 28.7\pm5.47$ ) ve karma serviste çalışan gruba ( $X: 29.61\pm5.02$ ) göre yüksek olsa da gruplar arası fark istatistiksel olarak

anlamli bulunmamıştır (Tablo 4.5.3). Sonuçlar arasında anlamlı fark bulunamamasının nedeni çalışılan hastanelerde hemşirelerin rotasyona tabi tutulması ile açıklanabilir.

Çalışılan ortamın ve çalışılan hastanenin “tükenmişlik” süreci açısından önemli bir faktör olduğu belirtilmiştir<sup>20,81</sup>. Kurumda organizasyonun ve yönetimin zayıf olması tükenmişliği oluşturabilir. Eğer kurumun amaçları açık değilse, çalışanların rolleri ve sınırları iyi belirlenmemişse, bürokratik işlemler ön planda ise, yönetim-çalışan iletişimi destekleyici ve açık değilse o zaman çalışan için iyi hizmet, tedavi ve bakım vermek zorlaşır<sup>20,63</sup>.

Psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları hastanelerde gece hemşire başına düşen hasta sayısının ortalamasının altında ve üstünde kalmalarına göre AŞİDEÖ ve MTÖ alt boyut ortalamalarına bakıldığında; ortalamasının üstünde kalan hastane grubunda çalışan hemşirelerin Kendini Güvende Hissetmeme (6.54±1.74) ve Duygusal Tükenme (24.01±7.38) alt boyutu puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.5.4.). Psikiyatri hemşirelerinin çalıştıkları hastanelerde gündüz bakmakla yükümlü oldukları hasta sayılarına göre ortalamasının altı ve üstü hastanelerin AŞİDEÖ ve MTÖ alt boyutları incelendiğinde ortalamasının üstünde kalan hastane grubunda çalışan hemşirelerin Bakım Verici ile Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması, Duygusal Tükenme ve Duyarsızlaşma boyutu puan ortalamaları diğer gruba göre daha yüksek olsa da istatistiksel olarak fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.5.4.). Agresif davranış yaşama durumları ile ilgili literatür incelendiğinde, hemşireler agresyon olaylarının daha çok akşam saatlerinde ve gece vardiyalarında olduğunu düşünürken<sup>54</sup>, benzer bir çalışmada agresyon olaylarının öğleden sonra ve akşam saatlerinde daha fazla olduğu yönündedir<sup>38</sup>. Bu durum hemşirelerin gece hemşire sayısının daha az olması nedeniyle iş yükünün fazla olmasıyla bağdaştırılabilir. Araştırmanın sonuçları literatürle uyumlu bulunmuştur.

Psikiyatri hemşirelerinin agresyon yönetimi konusunda eğitim alma durumlarına göre AŞİDEÖ-MTÖ alt boyut ortalamaları incelendiğinde; eğitim almayanların hasta bakım verici arasındaki ilişkinin bozulması alt boyut puanı ( $\bar{X}$ : 9.42±2.92) eğitim alanlara göre ( $\bar{X}$ : 8.74±2.84) daha yüksek olup gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t=2.329$ ,  $p<0.05$ ). Kendini Güvende Hissetmeme, DT ve Du alt boyutu puan ortalamalarında eğitim almayanların eğitim alanlara göre daha yüksek olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.5.5). Benzer şekilde yurt dışında yapılan bir çalışmada eğitim almanın AŞİDEÖ alt boyutları arasında anlamlı fark bulunamamış ancak Bakım Verici ile Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması alt boyutunda hafif değişiklik olduğu belirlenmiştir. Bulgular doğrultusunda hasta agresyonu yönetimi konusunda eğitim almayanların, hasta ile olan ilişkilerinin bozulduğunu göstermesi açısından önemli bulunmaktadır. Agresyon ve agresyonla başetmede eğitim alma agresif davranışın ortaya çıkması kadar agresyonu önleme ve yönetmede önemli rol oynadığı düşünülmektedir<sup>76</sup>.

Psikiyatri hemşirelerinin yaşları ile alt boyutlardan hasta ile bakım verici arasındaki ilişkinin bozulması ve Du arasında negatif yönde, KB ile pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Çalışma yılı ile duyarsızlaşma arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ( $*p<0.005$ ,  $**p<0.001$ ) (Tablo 4.5.6). Psikiyatri hemşirelerinin yaşları arttıkça deneyimleri ve toleranslarında artacağından hasta ile olan ilişkilerinin bozulmasının ve duyarsızlaşmaların azalması ve kişisel başarılarının artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

### **5.5. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişki**

Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği'nin alt boyutlarından Bakım Verici ile Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması ile Kendini Güvende Hissetmeme alt boyutu arasında, ayrıca Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin Du ve DT boyutlarıyla arasında pozitif yönde, KB ile negatif yönde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. Kendini Güvende Hissetmeme ile DT ve Du arasında pozitif yönde, KB ile negatif yönde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur. DT alt boyutu ile Du arasında pozitif yönde, Du ile KB arasında negatif yönde ileri derecede anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0.01$ ) (Tablo 4.6.1). BVHAE ölçeği ile MTÖ ölçeği alt boyutlarının arasındaki ilişkinin ileri derecede anlamlı bulunması, Bakım Verici İle Hasta Arasındaki İlişkinin

Bozulması ve Kendini Güvende Hissetmemenin artması ile DT ve Du artması, KB azaltması açısından önemli görülmektedir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

Bu çalışma, psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerde hasta agresyonuna gösterilen tepkiler ile tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma kapsamında geçerlik-güvenirlilik çalışması yapılan Agresif ve Şiddet İçeren Davranışlardan Etkilenme Ölçeği (AŞİDEÖ)'nin 7 madde ve iki alt boyutla Türk toplumunda kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiş, alt boyutlar "Bakım Verici ile Hasta Arasındaki İlişkinin Bozulması" ve "Kendini Güvende Hissetmeme" olarak isimlendirilmiştir. Araştırmaya katılan hemşirelerin çoğu kadın (%74.9), lisans mezunu (%31.9) olup yaş ortalaması  $33.5 \pm 6.39$ 'dur. Hemşirelerin çoğunluğu 0-3 yıldır (%42.3) psikiyatri kliniklerinde çalışmaktadır. Psikiyatri kliniklerinde gündüz hemşire başına düşen hasta sayısı  $8.91 \pm 4.55$  iken gece bu sayı 3-4 kat artmaktadır. Gece hemşire başına düşen hasta sayısı  $34.02 \pm 17.7$ 'dir. Hemşirelere uygulanan hizmetiçi eğitim programlarında agresyon konusu %85.3 oranında anlatılmış olmakla birlikte hemşirelerin %63.2'si agresyon yönetimi konusunda eğitime ihtiyacı olduğunu bildirmiştir. Psikiyatri kliniklerindeki sözel agresyon ortalaması, fiziksel agresyonun iki katıdır. Hemşirelerin 326'sı son bir yılda fiziksel agresyona maruz kaldığını bildirmiş olup ortalama sözel agresyon  $15.29 \pm 26.96$ , fiziksel agresyon  $7.46 \pm 13.3$ 'tür. en fazla maruz kalınan agresif davranışlar küfür %74.7, korkutucu/tehdit edici sözler %67.8, aşağılayıcı sözler %51.1'dir. erkek hemşirelerin daha çok küfür, tekmeleme, yumruklamaya maruz kaldıkları, kadın hemşirelerin daha çok dokunma/taciz etme davranışına maruz kaldıkları gruplar arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Çalışma yılına bakıldığında, en az agresif davranışa maruz kalan hemşirelerin 8 yıl ve üstü mesleki deneyimi olanların olduğu, daha az deneyimi olanların küfür, tırmalama, itme davranışına maruz kaldıkları, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. En son agresif davranışta bulunan hastanın özellikleri sorulduğunda erkek, psikoz tanısı olan, saldırganlık öyküsü olan ve zorla hastaneye yatırılan hastaların öne çıktığı görülmüştür. Psikiyatri hemşirelerinin hasta agresyonundan etkilenme boyutunda agresyon yönetimi konusunda eğitim alanlarda ve Manisa RSSH'inde çalışanlarda bakım verici ve hasta arasındaki ilişkinin daha az bozulduğu, kadın hemşirelerde ve gece ortalamanın üstünde hasta bakanlarda kendini güvende hissetmeme alt boyut ortalamasının daha yüksek olduğu ve gruplar arası farkın

istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi. Psikiyatri hastanelerinde çalışan hemşirelerin %79'unda duygusal tükenme, %35.7'sinde duyarsızlaşma, %5.3'ünde kişisel başarısızlık oranı yüksek düzeyde bulunmuştur. Duyarsızlaşma 8 yıl ve üzeri çalışanlarda daha az, duygusal tükenmenin en çok gece ortalamanın üstünde hasta bakan hemşirelerde görüldüğü, çalışılan servisin kadın, erkek, karma olması gösterilen tepkiyi etkilemediği belirlenmiştir.

## 6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Psikiyatri kliniklerinde agresyonu önleyici çalışma ortamlarının sağlanması,
- Agresyon yönetimi konusunda uygulamalı eğitim verilmesi ve bu eğitimin her yıl tekrarlanması,
- İş yükünü azaltmaya yönelik önlemlerin alınması,
- Zorla hastaneye yatırılma, saldırganlık öyküsü olan, psikoz tanılı erkek hastaların agresyon açısından daha yakından izlenmesi,
- Agresyondan etkilenme açısından kadın hemşirelerin ve meslek tecrübesi az olanların yakından izlenmesi,
- Agresyona maruz kalan hemşirelere krize müdahale yaklaşımı doğrultusunda psikiyatrik destek verilmesi,
- Hastanelerde çalışanların güvenliğini sağlamak için alınan önlemlerin yanında politika ve prosedürlerin oluşturulması ve bunun takip edilmesi,
- Agresyona maruz kalanların tükenmişlik açısından yakından izlenmesi önerilmektedir.

---

## 7. KAYNAKLAR

1. Baumann A. Olumlu çalışma ortamları. Uluslararası Hemşirelik Konseyi. (2007).
2. Bryant E. When the going gets tough. *The Canadian Nurse*. 1994. 90(2):36-9.
3. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;58(2):140–149.
4. Rippon T. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*. 2000;31(2):452—460.
5. Sercan ve Bilici. Türkiye’de bir ruh sağlığı bölge hastanesindeki hasta bağlama uygulamalarının değişkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009;20(1):37-48.
6. Coşkun S, Öztürk A. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma oranı ve stres faktörleri. II. Psikiyatri Hemşireliği Günleri (28-30 Nisan 2008, İstanbul), Özet Kitabı, s.60.
7. Bilgin H. ve Buzlu S. A study of psychiatric nurses’ beliefs and attitudes about work safety and assaults In Turkey. *Issues in Mental Health Nursing*. 2006. 27:75–90.
8. 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*. 2008;15(1):25-28.
9. Turgut T, Lagace D, İzmir M, Dursun S. Assessment of violence and aggression in psychiatric settings: descriptive approaches. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2006;16:179-194.
10. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ. Yatan psikiyatri hastalarında saldırganlık: Erzurum’da psikiyatri kliniklerinde görülen saldırgan davranışlar üzerine bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1995;6(4):285-296.
11. Jonker EJ, Goossens PJJ, Steenhuis IHM. ve Oud NE. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008;15: 492–499.
12. Martin T, Daffern M. Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;13:90–99.

- 
13. Needham I, Abderhalden C, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE. The perception of aggression by nurses: psychometric scale testing and derivation of a short instrument. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2004;11:36–42.
  14. Jansen GJ, Dassen TWN, Jebbink GG. Staff attitudes towards aggression in health care: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005;12:3–13.
  15. Whittington R. Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the ‘zero tolerance’ era: associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing*. 2002;11:819–825.
  16. Nau J, Dassen T, Halfens R, Needham I. Nursing students’ experiences in managing patient aggression. *Nurse Education Today*. 2007; 27: 933–946.
  17. Parry JC. *Understanding Patient Aggression: Attributions For Patient Aggression and Their Relationship to Staff Well-Being*. 2007, Doctora in Clinical Psychology the University of Edinburg, İngiltere.
  18. Hannigan B, Edwards D, Coyle D, Fothergill A, Burnard P. Burnout in community mental health nurses: findings from the all-wales stres study. *Psychiatric Mental Health Nursing*. 2000;7:127-134.
  19. Taycan O, Kutlu I, Çimen S, Aydın N. Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*.2006; 7:100-108.
  20. Sinat Ö. *Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Araştırılması*. 2007, Yüksek lisans tezi, 62 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Yasemin Kutlu).
  21. Parlar S. Sağlık çalışanlarında göz ardı edilen bir durum: sağlıklı çalışma ortamı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2008; 7(6): 547-554.
  22. Annagür B. sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *psikiyatride güncel yaklaşımlar*. 2010; 2(2):161–173.
  23. World Health Organization: *Violence and Health: task force on violence and health*. Cenevre, WHO, 1998.
  24. Adaş E, Elbek O, Bakır K. Hekimlere yönelik şiddet ve hekimlerin şiddet algısı. *Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu-1*. 2008.
  25. ILO. *Encyclopaedia of occupational safety and health*, Geneva, ILO, 1983.

- 
26. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2002; 3:147-154.
  27. Saines JC. Violence and aggression in A&E: recommendations for action. *Accid Emerg Nurs*. 1999;7:8-12.
  28. Warshaw LJ. Workplace violence: preventive and interventive strategies. *J Occup Environ Med*. 1996;38:993-1006.
  29. Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2005;14:44–53.
  30. Elliott PP. Violence in health care. What nurse managers need to know. *Nurs Manage* 1997;28:38-41.
  31. Barrett S. Protecting against workplace. *Public Manag* 1997;79:9-12.
  32. Gates DM. Workplace violence. *AAOHN J*. 1995;43:536-543.
  33. Sercan M, Bilici R. Türkiye’de Bir Ruh Sağlığı Bölge Hastanesindeki Hasta Bağlama Uygulamalarının Değişkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009;20(1):37-48.
  34. Pekriz Ş. Psikiyatri hemşirelerinin agresyon algılamalarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. 2009. Yüksek lisans tezi, 160 sayfa, İstanbul, (Yrd. Doç. Dr. Hülya Bilgin).
  35. Kırpınar İ, Özer H, Coşkun İ. Yatan psikiyatri hastalarında saldırganlık: Erzurum’da psikiyatri kliniklerinde görülen saldırgan davranışlar üzerine bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1995;6(4):285-296.
  36. Terzi Ö, Arslan N, Yılmaz M, Turla A, Peşken Y. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde çalışan hemşirelerde şiddete maruziyet sıklığının değerlendirilmesi. 2008.
  37. Cimilli C. Alanda Saldırgan Hastaya Yaklaşım. [www.deu.edu.tr/](http://www.deu.edu.tr/). 23.02.2011.
  38. Wynn R, Bratlid T. Staff’s Experiences with Patients’ Assaults in a Norwegian Psychiatric University Hospital. *Scand J Caring Sci*. 1998. 12; 89–93.
  39. Monahan J., Steadman H., Robbins P. The MacArthur Violence Risk Assessment Study. <http://www.macarthur.virginia.edu/mentallhome.html>. 2005. 13.03.2011.
  40. Dilbaz N. Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım. *Klinik psikiyatri*. 1999;2:179-188.

- 
41. Öncü F, Sercan M, Ger C, Bilici R, Ural C, Uygur N. Sosyoekonomik etmenlerin ve sosyodemografik özelliklerin psikotik olguların suç işlemede etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(1):4-12.
42. Scott C, Resnick P. Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violent Behavior*.2006;11:598–611.
43. Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104:273–279.
44. Nuechterleina K, Barche D, Gold J., Goldberge T, Grena M, Heatong R. Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2004;72;29–39.
45. Yeşildal N, Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve şiddetin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005;4:280-302.
46. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(5):469–478.
47. Finnema E, Dassen T, Halfens R. Aggression in psychiatry: a qualitative study focusing on the characterization and perception of patient aggression by nurses working on psychiatric wards. *Journal of Advanced Nursing*. 1994; 19:1088-1095.
48. Cunnihham J, Connor D., Miller K., Melloni R. Staff Survey Results and Characteristics That Predict Assault and Injury to Personnel Working in Mental Health Facilities. *Aggressive Behavior*. 2003;29:31–40.
49. Whittington, R., Shuttleworth, S. & Hill, L. Violence to staff in a general hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*. 1996;24:326-333.
50. Bowers L, Alexander J, Simpson A, Ryan C, Carr-Walker P. Student psychiatric nurses' approval of containment measures: Relationship to perception of aggression and attitudes to personality disorder. *International Journal of Nursing Studies*.2007;44:349–356.
51. Whittington R. Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: Associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing* 2002;11:819–825

- 
52. Abderhalden C, Needham I, Friedli T, Poelmans J, Dassen T. Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand.* 2002;106: 110–117.
53. 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.
54. Zernicke W, Sharpe P. Patient aggression in a general hospital setting: do nurses perceive it to be a problem? *International Journal of Nursing Practice.* 1998;4:126-133.
55. Fry, AJ, O'Riordan D, Turner M, Mills KL. Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2002;11:112-120.
56. Chambers N. We have to put with it – don't we? The experience of being the registered nurses on duty, managing a violent incident involving an elderly patient: A phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing.* 1998;27: 429-436.
57. Kindy D, Petersen S, Parkhurst D. Perilous work: Nurses experiences in psychiatric units with high risks of assault. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2005;19(4):169-175.
58. Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour.* 1981;2:99-113.
59. Kocabıyık ZO, Çakıcı E. Sağlık çalışanlarında tükenmişlik ve iş doyumunu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2008;9:132-138.
60. Maslach C, Schaufeli W, Leiter MP. Job burnout: *Annual Review of Psychology.* 2001;52:397-422.
61. Kaçmaz N. Tükenmişlik Sendromu, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.2005;68:1-6.
62. Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D. Ankara'da bir tıp fakültesi'nde okuyan son sınıf öğrencilerde tükenmişlik sendromu. *Sted Dergisi.* 2005;14:169-173.
63. Çam O. Hemsirelerin Tükenmişlik Düzeyleri Ve Tükenmişliği Etkileyen Bazı Etmenlerin İncelenmesi. *C. Ü. Hemsirelik Yüksekokulu Dergisi.* 1992: 456-461.
64. Wright TA, Cropanzano R. Psychological well-being and job satisfaction a predictors of job performance. *J Occup Health Psychol.* 2000;5:84-94.

- 
65. Aslan H, Alpaslan NZ, Aslan O, Ünal M. Hemşirelerde tükenme, İş Doyumu ve ruhsal belirtiler. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 1996;33:192-199.
66. Martin T, Daffern M. Clinician perceptions of personal safety and confidence to manage inpatient aggression in a forensic psychiatric setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;13:90–99.
67. Sağlık Kurum Ve Kuruluşlarında Hasta Ve Çalışan Güvenlinin Sağlanması Ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ. [www.performans.saglik.gov.tr/](http://www.performans.saglik.gov.tr/). 19.05.2011.
68. Kamışlı ÖS. Psikiyatri Servislerinde Çalışan Hekim Ve Hemşirelerin Acil Psikiyatrik Durumlarda Yaşadıkları Güçlüklerin Saptanması. 1998, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bilim Uzmanlığı Tezi, 68 sayfa, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Besti Üstün).
69. Türkcan A. Psikiyatri Çalışanlarına Yönelik Şiddet. Hekime Yönelik Şiddet Görev Grubu Ön Raporu. [78.189.53.61/-/bs/bss/a\\_turkcan2.pdf](http://www.mevzuatlar.com/sy/resmiGazete/rga/11/04/19Nisan11.ht). 21.05.2011.
70. <http://www.mevzuatlar.com/sy/resmiGazete/rga/11/04/19Nisan11.ht>
71. Gürçay E. Psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin saldırgan davranış gösteren hastaya yaklaşımları. 1990, Bilim uzmanlığı tezi, 40 sayfa, Ankara, (Yrd. Doç.Dr. Nalan Özhan).
72. Ergin C., Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi ve Türk Psikologlar Derneği Yayını, 143-154.
73. Savaşır I. Ölçek uyarlamasındaki sorunlar Ve bazı çözüm yolları. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1994;9(33):27-32.
74. Özgüven İE. Psikolojik testler. Yeni Doğu Matbaası. Ankara. 1994; 83-108.
75. Balcı A. Sosyal Bilimlerde Araştırma. A.Ü. Eğitim Fakültesi Matbaası. Ankara. 1997: p. 115-155.
76. Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, Poelmans J, Dassen T. Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;106 (412):110-117.
77. Nijman H, Bowers L, Oud N. Psychiatric nurses experiences with inpatient Aggression. *Aggressive Behavior*. 2005;31:217-227.
78. Köksal H. Hemşirelerin Empatik Eğilim ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 2009. Yüksek lisans tezi, 59 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Besti Üstün).



- 
79. Günüşen NP, Üstün B. Turkish nurses' perspectives on programme to reduce burnout. *International Nursing Review*. 2009;56(2):237-242.
80. Malak B. Hemşirelerin Kişilik Özellikleri ve Tükenmişlik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 20009. Yüksek lisans tezi, 86 sayfa, İzmir, (Prof. Dr. Besti Üstün).
81. Özdemir K, Özdemir HD, Coşkun A, Çınar Z. Dişhekimliği fakültesi öğretim elemanlarında mesleki tükenmişlik ölçeğinin değerlendirilmesi, Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi. 1999;2(2):98-104.

## 8. EKLER

### EK-1: Kişisel Bilgi Formu

Sayın Meslektaşım,

Bu çalışma kapalı psikiyatri servislerinde yaşanan agresif (saldırgan) davranışların hemşireler üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmanın yararlı olması ve gerçeği yansıtması için lütfen her soruyu içtenlikle yanıtlayınız. Bilgi formunda isim belirtilmeyecek ve tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Bu çalışmaya katılmama, anketi cevaplamama ve istediğiniz zaman anketi bırakma hakkınız bulunmaktadır.

Araştırmaya yaptığınız katkılardan dolayı şimdiden teşekkür eder, saygılar sunarım.

YL. Öğrencisi Seda ŞAHİN

Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Programı

#### A- Sosyo-demografik ve Mesleki Özellikler

1. Yaşınız.....

2. Cinsiyetiniz: a. Kadın b. Erkek

3. Medeni durumunuz:

a. Bekar b. Evli

4. Eğitim durumunuz:

a. Sağlık Meslek Lisesi Mezunu b. Önlisans c. Açıköğretim Önlisans  
d. Lisans e. Yüksek Lisans

5. Kaç yıldır psikiyatri hemşiresi olarak çalışıyorsunuz?.....

6. Çalışmakta olduğunuz kurum .....

7. Çalıştığınız bölüm: .....

8. Çalıştığınız kurumda halen aşağıdaki görevlerden hangisini üstlenmektediriniz?

a. Servis sorumlu hemşiresi b. Servis hemşiresi c. Diğer (Açıklayınız).....

#### B- Klinik Ortama İlişkin Bilgiler

9. Genellikle bakmakla yükümlü/ sorumlu olduğunuz hasta sayısı nedir?

Gündüz  $\frac{\text{Hemşire sayısı}}{\text{Hasta sayısı}} = \underline{\hspace{2cm}}$   
Gece  $\frac{\text{Hemşire sayısı}}{\text{Hasta sayısı}} = \underline{\hspace{2cm}}$

10. Kliniğinizde düzenlenen hizmet içi eğitimlerde “agresyon yönetimi” yani saldırgan hastaya yaklaşım konusu anlatılmakta mıdır?

- a. Evet                      b. Hayır                      c. Kısmen (başka bir konunun içinde bahsediliyor)

**C- Agresyon (Saldırganlık) Deneyimleri ve Öneriler**

Bu bölümde, hastalar tarafından maruz kaldığınız ve/veya tanık olduğunuz sözel ve fiziksel agresif davranışlarla ilgili sorular bulunmaktadır.

**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**).

11. Psikiyatri kliniğinde çalışırken, hastalar tarafından gerçekleştirilen aşağıdaki durumlara son bir yılda ortalama kaç kez maruz kaldınız ?

Sözel Agresif Davranışlar.....

Fiziksel Agresif Davranışlar.....

*Bugüne kadar herhangi bir agresif davranışa maruz kalmadıysanız 15. soruya geçiniz..*

12. En son bir hasta tarafından hangi agresif davranışa maruz kaldınız? (yanlarındaki parantezin içine X işareti koyunuz)

**Sözel Agresif Davranışlar:** Aşağılayıcı sözler ( ), korkutucu sözler ( ), tehdit edici sözler ( ), tiksindirici sözler ( ), küfür ( ), diğerleri ( ) .....

**Fiziksel Agresif Davranışlar:** Tükürme ( ), tekmeleme ( ), tırmalama ( ), yumruklama ( ), itme ( ), tokat ( ), dayak ( ), bir eşya kullanarak saldırma ( ) diğerleri( )...

13. En son agresif davranışa maruz kaldığımız hastanın özellikleri aşağıdaki tanımlardan hangisine uyuyordu? (Yanına “X” işareti koyun)

<b>Cinsiyeti</b>	Kadın ( )	Erkek ( )
<b>Yaş</b>	30 yaş altı ( )	30 yaş üstü ( )
<b>Tanısı</b>	Psikoz tanısı ( )	Diğer tanılar ( )
<b>Madde bağımlılığı</b>	Evet ( )	Hayır ( )
<b>İşitsel varsanı varlığı</b>	Evet ( )	Hayır ( )
<b>Sanrı varlığı</b>	Evet ( )	Hayır ( )
<b>Saldırganlık öyküsü</b>	Evet ( )	Hayır ( )
<b>Zorla hastaneye yatırılma</b>	Evet ( )	Hayır ( )

14. Saldırgan hastaya yaklaşım (agresyon yönetimi) konusunda eğitime ihtiyacımız olduğunu düşünüyor musunuz?

a. Evet

b. Hayır

## EK-2: MTÖ (Maslach Tükenmişlik Ölçeği)

MTÖ					
Aşağıda bireylerin işleriyle ilgili tutumlarını yansıtan ifadeler yer almaktadır. Her bir ifadenin örneklemediği durumu ne sıklıkla yaşadığınızı uygun yanıt aralığına işaretleyiniz.					
	Hiçbir zaman	Çok nadir	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1.İşimden soğuduğumu hissediyorum.					
2.İş dönüşü kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3.Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4.Hastalarımın ne hissettiğini hemen anlarım.					
5.Bazı hastalara sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6.Bütün hastalarla uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7.Hastaların sorunlarına en uygun çözüm yolunu bulurum.					
8.Yaptığım isten yıldığımı hissediyorum.					
9.Yaptığım iş sayesinde hastaların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10.Bu işte çalışmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11.Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12.Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13.İşimin beni kısıtladığımı hissediyorum.					
14.İşimde çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15.Hastalara ne olduğu umurumda değil.					
16.Doğrudan doğruya hastalarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17.Hastalarla aramda rahat bir hava yaratıyorum.					
18.Hastalarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissediyorum.					
19.Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20.Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21.İşimdeki duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşıyorum.					
22.Hastaların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarımı hissediyorum.					

---

### **EK- 3: IMPACS (Hasta Agresyonunun Bakım Vericiler Üzerindeki Etkisi Ölçeği)**

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 karşılaştıktan sonra:**

**1. Hastaya karşı “vicdan azabı/suçluluk” hissederim.**

Asla      Nadiren      Bazen      Sıkça      Her zaman

**2. Hastayla olan ilişkilerimde rahatsızlık hissederim.**

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 hissederim.**

Asla      Nadiren      Bazen      Sıkça      Her zaman

**6. İş yerinde kendimi güvende hissetmem.**

Asla      Nadiren      Bazen      Sıkça      Her zaman

**7. Başarısız olduğumu hissederim.**

Asla      Nadiren      Bazen      Sıkça      Her zaman

## EK IV: ARAŞTIRMA İZİN YAZISI

18/P9/2011 16:39

83124351579

PERFORMANS

PAGE 81/8

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü**

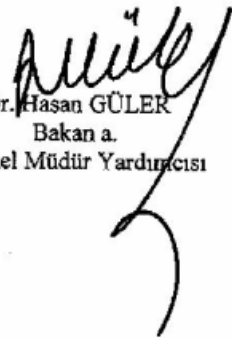
**Sayı** : B.10.0.THG.0.07.00.04/41699  
**Konu** : Akademik destek

18/10/2010

.....**VALİLİĞİNE**  
**(İl Sağlık Müdürlüğü)**

Düzce Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans öğrencisi Seda ÖNER'in "Kapalı Psikiyatri Kliniklerinde Yaşanan Hasta Agresyonunun Psikiyatri Hemşireleri Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi" isimli araştırma çalışması için akademik destek talebi uygun görülmüş olup, ekte gönderilen anketin ilinizde bulunan Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanelerinin Kapalı Psikiyatri Servislerinde görev yapan Hemşirelere uygulanması ve doldurulan anketlerin Tutanak karşılığı araştırma sahibine teslim edilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
Dr. Hasan GÜLER  
Bakan a.  
Genel Müdür Yardımcısı

**Ek:**  
Anket Örneği (6 sayfa)

**Dağıtım:**  
İstanbul, Bolu, Samsun, Elazığ, Adana, Manisa Valilikleri

---

## ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Adana’da doğdu. İlköğretim ve liseyi burada tamamladıktan sonra 2000 yılında Ege Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünü kazandı. 2005 yılında Ege Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi’nde yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaya başladı. 2007 yılında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi’nde çalışmaya başladı. 2008 yılında Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Programına başladı ve halen Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Servisi sorumlu hemşiresi olarak çalışmaya devam etmektedir

Tel :0 422 2126243

e-posta: seda0810@hotmail.com



