



Derleme

Psikiyatri servislerinde bir saldırganlık yönetimi olarak basitleştirilmiş sakinleştirme modeli*

Didem Ayhan,¹ Duygu Hicdurmaz²

¹Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Balıkesir

²Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Psikiyatri servislerinde saldırganlık yönetimi, zor ancak bir o kadar da önemli bir konudur. Saldırganlık yönetiminde eskiden beri kullanılmakta olan klasik yöntemler genellikle baskıcı-zorlayıcı bir doğaya sahip olup, duygusal/fiziksel zararlara neden olabilmektedir. Bu durum saldırganlığın yönetimi için esnekliğe fırsat veren alternatif yöntemlerin doğuşuna yol açmıştır. Alternatif yöntemler hastanın duygusunu ve anlatmak istediğini önemsemeyi/fark etmeyi ve problemin çözümünde birlikte çalışmayı dikkate alarak hasta ve sağlık çalışanlarında meydana gelmesi olası zararları azaltmayı hedeflemektedir. Bu makalede alternatif sakinleştirme yöntemlerinden biri olan Len Bowers'ın (2014) geliştirdiği basitleştirilmiş sakinleştirme modeli ve uygulama yöntemi anlatılmıştır. Bu model uygulama kolaylığı, maliyet azlığı ve çözüm odaklı yaklaşımı benimsemektedir. Bu sebeple psikiyatri servislerinde saldırganlığı önlemeye odaklı bir terapötik ortam yaratılmasında klinik psikiyatri hemşireleri için yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sakinleştirme yöntemleri; saldırgan hasta; saldırganlık; saldırganlık yönetimi.

Konu hakkında bilinenler nedir?

- Psikiyatri servislerinde saldırganlığı kontrol altına almak ve saldırgan hastaları sakinleştirmek için kullanılan yöntemler klasik (baskıcı-zorlayıcı) ve alternatif yöntemler olmak üzere iki temel başlık altında kategorize edilip, yeni eğilim alternatif yöntemleri öncelemektedir.

Bu yazının bilinenlere katkısı nedir?

- Bu çalışma ile saldırganlık kavramının ve sakinleştirme için kullanılan yöntemlerin detaylı bir incelemesinin yanı sıra alternatif yöntemlerin neden ve nasıl kullanılmalı gerektiği hemşirelerin sorumlulukları kapsamında değerlendirilmiştir.

Uygulamaya katkısı nedir?

- Çalışmanın uygulamaya katması beklenen hedef özellikle ülkemizde klasik sakinleştirme yöntemlerinin yerini alternatif yöntemlerin almasıdır. Bunlar arasında sistematik biçimde yapılandırılmış basitleştirilmiş sakinleştirme modeli örneklerle açıklanmıştır.

Psikiyatri servislerinde saldırganlık sık görülen ve personelin yönetmekte zorluk çektiği hem servis çalışanlarını hem de hastayı doğrudan ilgilendiren bir konudur.^[1] Hastanın saldırgan-

lığını ortadan kaldırmaya yönelik uygun olmayan müdahaleler, kaliteli hasta bakımını, sağlık çalışanlarının, diğer hastaların ve hasta yakınlarının güvenliğini tehlikeye atabilmektedir.^[2] Saldırganlık davranışı ortaya çıktığında hastanın ve ortamda bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlama ilk ve öncelikli hedef olmalıdır. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda saldırganlığın önlenmesi ve krizin etkili şekilde yönetilebilmesi için sağlık personelinin kendi duygularının farkında olması ve uygun müdahale için doğru bilgiye sahip olması beklenmektedir. Sağlık personelinin bir saldırganlık olayı karşısındaki algısı, vereceği tepkinin ve hastaya yaklaşımının belirleyicisi olmaktadır. Sağlık ekibinin saldırganlığa ilişkin bilgi, beceri, tutum ve davranışları saldırganlığın açığa çıkmasının yordayıcıları olarak tariflenmektedir.^[3] Sağlık personelinin saldırganlık nedenlerini iyi bilmesi, istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını önlemektedir.^[1] Ortamda şiddet olayına neden olabilecek risklerin tanınması ve kontrolünde sağlık ekibine önemli sorumluluklar düşmektedir.^[4] Hastanın saldırganlığını ortadan kaldırmaya yönelik



uygun olmayan müdahaleler, kaliteli hasta bakımını, sağlık çalışanlarının, diğer hastaların ve hasta yakınlarının güvenliğini tehlikeye atabilmektedir.^[2] Hastaların saldırgan davranışları karşısında, sağlık personelinin empatik ve güven veren yaklaşımı büyük önem taşımaktadır.^[5] Bu derlemede saldırganlık "Kuram bakışı ile saldırganlığın tanımı ve nedenleri, Saldırganlığın Yönetimi, Saldırganlığın Yönetiminde Kullanılan Baskıcı-Zorlayıcı Yöntemler, Saldırganlığın Yönetiminde Kullanılan Alternatif Yöntemler, Saldırganlığın Yönetiminde Alternatif Bir Yöntem Olarak Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli, Saldırganlığın Yönetiminde Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları" başlıkları altında ele alınmıştır.

Kuram Bakışı Açısından Saldırganlığın Tanımı ve Nedenleri

Kuramsal açıdan saldırganlık olgusunu incelemek saldırganlığın doğasını, nasıl ortaya çıktığını, davranışına neden ve nasıl dönüştüğünü ortaya koymak açısından önemlidir.

Psikanalitik Kuram: Psikanalitik kuramın kurucusu olan Sigmund Freud'a (1914)^[6] göre insanın iki temel içgüdü vardır; bunlardan biri yaşama içgüdü (Libido) diğeri ise ölüm içgüdüdür (Thanatos). Libido hayatta kalma içgüdü (Thanatos) ise saldırganlık ile açıklanmıştır.^[4,7,8] Kurama göre birey, yaşam ve ölüm içgüdü arasında denge kurma çabası içindedir. Ölüm içgüdü güçlendiğinde birey, hiç olma isteğini dönüştürerek saldırganlık davranışı ile dışı vurmaktadır. Bu içgüdüün yoğunluğu diğeri birey ve nesnelere yönelik saldırganlığı arttırmaktadır.^[7-12]

Karen Horney (1939)^[13] ise, ölüm ve saldırganlık içgüdülerini reddetmiş ve saldırganlığın ortaya çıkmasına farklı bir açıklama getirmiştir. Horney'e göre saldırganlığın temelinde anksiyete yatmaktadır. Bireyin etrafı tehlikelerle doludur ve birey bu tehlikeler karşısında çaresiz ve yalnızdır.^[13] Bireyin doğumu ile beraber, ihtiyaçlarının giderilip giderilmemesi, ebeveyn tutumu, kardeş sayısı, sorumlulukları, onay görüp görmemesi, takdir edilip edilmemesi gibi dış çevresi ile ilişkisi/teması bireyde birtakım duyguların oluşmasına ve bunlarla baş etme yöntemleri geliştirmesine ve savunma mekanizmalarını kullanmasına neden olmaktadır. Bütün bu temaslar temelde anksiyete duygusunu ortaya çıkarır ve birey bunun üstesinden gelmeye çalışır. Benlik bütünlüğünü korumaya çalışırken, benliğine rahatsızlık veren anksiyeteyi oluşturan her türlü uyarı da tehdit olarak algılar ve bunun bir sonucu olarak da saldırgan davranışlar gösterebilir.^[8,9]

Etolojik Kuram: İçgüdü kuramlarından bir diğeri olan etolojik kuram, hayatın devamını sağlamak için türlerin saldırgan davranışlar gösterdiğini, saldırganlığın evrimin bir parçası olduğunu söylemektedir.^[7] Buna karşın saldırganlığı içgüdüsel bir durum olarak açıklayan analistlerden Konrad Lorenz (1963)^[14] dış uyaranlara bağlı olmaksızın bu enerjinin var olduğunu ve bunun saldırgan hedeften bağımsız olduğunu ileri sürmüştür. Lorenz'e göre birey savaşta olduğu için birini öldürmez, zaten saldırganlık içgüdü olduğu için savaş başlatmaktadır.^[14,15]

Doğruluk payı olduğu düşünülse de öğrenme, kültürel ve ahlaki gelişim kavramlarının eksikliği açısından değerlendirildiğinde kuram bu yönüyle eleştiri almaktadır.^[16]

Etolojik araştırmalar diğeri canlıların saldırgan davranışlarının bir dış uyaran ya da tehdit ile tetiklendiğini ortaya koymuştur.^[4] Hayatın devamlılığını sağlamak üzere gelişmiş ve nesiller arası aktarılmış olan içgüdüsel yapı tehlike karşısında hormonal değişikliklerle kaç ya da savaş doğrultusunda hareket etmeye sebep olmaktadır.^[17] Fizyolojik olarak, ekstremitelerde kan dolaşımının artması, adrenalin hormonunun salınımının artması, sempatik sinir sisteminin uyarımı, organizmada saldırgan davranışların sebebi sayılabilmektedir. Biyolojik olarak ise, temporal lob ve korteksin saldırgan davranışlar sırasında aktive olduğu, görüntüleme çalışmaları ile belirlenmiştir.^[15-19]

Etolojik alandaki çalışma ve gözlemler arttıkça kalıtım, içgüdü, çevresel faktör ve uyarıların birbirlerinden keskin çizgilerle ayırımı giderek zayıflamış, bunların arasında ilişkiler kurmanın daha doğru olduğu anlayışı benimsenmiştir.^[18]

Dürtü Kuramı [Engellenme-Saldırganlık]: Bu kurama göre saldırganlık, zarar verici yıkıcı davranış olarak açıklanmaktadır.^[9] Bireyin hedefine ulaşmasının ya da hedefe ulaştıracak davranışın engellenmesi dürtüsel olarak saldırganlığa sebep olmaktadır.^[9,10] Engele ya da engellenmeye sebep olan faktöre yönelen dürtüsel davranış zarar verici ve yıkıcı eylemleri kapsar. Engellenme dışsal faktörlere bağlı olarak gelişirse, saldırgan davranışlar bu dışsal faktörlere yönelebilir. Engellenme içsel faktörlere bağlı olarak gelişirse, bu durumda birey saldırganlığı kendisine yöneltebilir. Bu kuramla birlikte saldırganlık ve tahrik kavramları arasındaki bağlantı da kurulmuştur. Engellenen hareket, bireyi tahrik ederek tepkiselliğe neden olmaktadır. Tahrikin sıklığı, şiddeti süresi ve yoğunluğu saldırgan davranışın gücünü etkilemektedir.^[4,7-12]

Kurama yapılan eleştiriler engellenme karşısında bireyde saldırganlık harici davranışların da ortaya çıktığını ileri sürmüştür. Yöneltilen bu eleştiriler, bireysel farklılıkların, kişilik özelliklerinin, deneyimlerin, alışkanlıkların engellenme karşısında verilen tepkilerde değişikliklere neden olduğunu iddia etmiştir.^[4] Bu eleştiriler ışığında kuramcılardan Leonard Berkowitz (1969),^[20] engellenme çeşitlerinden hangilerinin saldırgan davranışlara sebep olduğunu tanımlamaya çalışmıştır. Başlangıçta dürtü ne kadar güçlüyse ve ne kadar katı bir tutumla engelleniyorsa bu orantıda saldırgan davranışlara veya kaçma eylemine neden olduğu ileri sürülmüş ancak sonrasında duygusal tepkiler de kurama dâhil etmiştir.^[20] Duygusal bileşenlerin kurama eklenmesiyle beraber engellenmenin sonucunun her zaman saldırganlık olmadığı yani her saldırganlığın nedeninin de engellenme olmadığı, saldırganlığın tek bir sebep ve tek bir sonuca bağlanamayacağı anlaşılmıştır.^[10] Birey, kişisel özellikleri, engeller karşısındaki güçsüzlük algısı, sonuçların göze alınabilir olup olmamasıyla ilişkili olarak engellenme karşısında farklı duygular hissedebilmektedir.^[8,10,11] Bu duygular bireyin engellenme karşısında vereceği tepkiyi etkilemektedir. Birey engellenme karşısında korku hissediyorsa kaçma davranışı, öfke hissediyorsa saldırgan davranış gösterebilir.^[12]

Engellenmeler karşısında ortaya çıkan saldırganlığı nesne ilişkileri kuramı ile Melanie Klein (1946)^[21] açıklamıştır. Buna göre doğumdan itibaren birey içsel çatışma halindedir. Zarar görme anksiyetesi ve hayatı sürdürme isteği karşısında ilkel bir savunma mekanizması olarak saldırganlık ve yok edici dürtüler ortaya çıkmaktadır. Yaşamak için temel motivasyon, saldırganlık dürtüsünden kaynaklanır. Saldırganlık içgüdüleriyle hayatta kalabilmek için başkaları üzerinde egemenlik kurma arzusu, yaşamın başlangıcından beri vardır. Egemenlik kurma isteği engellenmeler karşı karşıya geldiğinde bireyin gerilimi artmakta ve engellenmeyi ortadan kaldırmak istemektedir.^[22] Otto Kernberg'e (1975)^[23] göre narsistik bireylerde engellenme karşısında suçluluk ve pişmanlık gibi duygulardan ziyade öfke ve yenilgi hisleri ortaya çıkmaktadır. Heinz Kohut (1977),^[24] şiddetli öfkenin tahrikle ortaya çıkacağını ifade etmektedir. Burada engellenme bir tahrik unsuru haline gelmektedir. Gregory Rochlin (1973),^[25] zarar verici öfkenin empati yeteneği düşüklüğü, başkalarının ihtiyaçlarını önemsememe, ben-merkezilik ve kendini /kendi ihtiyaçlarını diğerlerinden üstün görme gibi narsistik özelliklerin yaranlanması ile güdülendiğini ifade etmektedir. Rochlin'in öngördüğü narsistik yapıların saldırganlık eğilimleri toplumun içine yayılarak şiddetlenebilir.^[26,27] Hatta Rochlin şunu der: "narsisizmin gaddarlığı bir insanlık şartıdır".^[25]

Sosyal Öğrenme Kuramı: Sosyal öğrenme kuramına göre birey, içinde bulunduğu ortamla sürekli etkileşim halindedir ve davranışlarını bu etkileşim sonucunda değiştirir ya da yenilerini geliştirir.^[9] Bu kuramda saldırganlık kavramı çevre koşulları açısından değerlendirilmekte ve saldırganlık uyaranlar bağlamında ele alınmaktadır.

Saldırganlığa neden olan faktörler çevreden gelmektedirler ve bu uyaranlara yanıt olarak saldırganlığın ortaya çıkması da yine çevreden öğrenilmektedir. Sosyal öğrenme kuramının diğer kuramlardan farkı içgüdülerin aktive olmasında "tahrik" kadar "teşvik" kavramının da önemli olmasıdır. Eylem sonucu beklenen fayda davranışı pekiştirmektedir. Bu nedenle kuram, bireyi saldırgan davranışa yönelten pekiştireçleri değerlendirmiş ve "araşsal öğrenme" ve "gözlem ve model alma yolu ile öğrenme" kavramları ile saldırganlığı açıklamıştır.^[7,8]

Araşsal Öğrenmeye göre, bir davranışın pekiştirilmesi ya da ödüllendirilmesi, o davranışın yinelenme sıklığını artırır. Saldırgan davranış karşısında ödül alan [onaylanan, sevilen, ilgi gören, istediğini elde eden ya da aldığı haz ve doyumunu artan] bireyin bu davranışı pekiştirilmiş olmaktadır. Davranışı pekiştirilen birey bu davranışı farklı ortam ve durumlar karşısında da tekrarlama eğilimindedir.^[7,8,10]

Gözlem ve Model Alma Yoluyla Öğrenmeye göre ise saldırganlık, pekiştireç varlığının yanı sıra gözlemleyerek ve saldırgan başka bireyleri model alarak da öğrenilebilir. Çocukların, ebeveynlerinin ya da bakım vericilerinin davranışlarını taklit etmeleri, olay ve durumlar karşısında verdikleri tepkileri gözlemlemeleri ile kendi davranışlarını şekillendirmeleri bu kuram ile açıklanmıştır.^[10] Saldırgan davranışların ödüllendirilmesi, gözlemcide dolaylı pekiştireç görevi gören bir diğer unsurdur. Bu dolaylı pekiştireç sayesinde bu davranışlar daha kolay uy-

gulanabilir hale gelmektedir. Gözlemcinin taklit ettiği davranış doğrudan ve ardi ardına pekiştirildiğinde, saldırgan davranış yerleşik hale gelmekte ve sıklıkla ortaya çıkmaktadır.^[7-11]

Saldırganlığın Yönetimi

Psikiyatri kliniklerinde güvenli ortamın oluşturulması ve devamlılığının sağlanmasında, hastanın karşılaşılabileceği engellerin ve sınırlamaların hasta ve yakınlarına hastanın servise kabulü sırasında gerekçeleriyle beraber anlatılması önemli ve gereklidir.^[28] Kabul anından başlayarak, saldırgan davranışın oluşumunda ve ortaya çıkmasında rolü olan risk faktörlerinin iyi değerlendirilmesi, saldırganlık riski olan hastaların ekip üyeleriyle paylaşılması ve buna ilişkin önlemlerin alınması klinik prosedürleri arasında yer almalıdır.^[29] Risk değerlendirmesi ve önlem alınması adımlarından sonraki basamak ortaya çıkan saldırgan davranışın yönetimidir. Literatürde bu yöntemler (i) baskıcı ve zorlayıcı yöntemler, (ii) alternatif yöntemler olarak iki grupta incelenmektedir.^[30-32]

Saldırganlığın Yönetiminde Kullanılan Baskıcı-Zorlayıcı Yöntemler

Psikiyatri kliniklerinde saldırganlık yönetiminde kullanılan fiziksel, kimyasal ve mekanik tespit ve tecrit "baskıcı ve zorlayıcı yöntemler" olarak adlandırılmakta ve hastalar üzerinde fiziksel ve duygusal olarak olumsuz etkiler bırakmaktadır.^[33] Ayrıca bu yöntemler hastanın agresyon ve ajitasyonunu arttırabildiği gibi, hastaneden çıktıktan sonraki davranışları üzerinde de olumsuz etkilere sebep olabilmektedir.^[34,35] Hasta üzerindeki olumsuz etkilerine karşın saldırgan davranışın önlenmesi ve kontrolünde baskılayıcı-zorlayıcı yöntemlerin kullanımı hala oldukça yaygındır.^[33]

Baskıcı ve zorlayıcı yöntemlerden fiziksel tespit, saldırgan davranış karşısında hastayı elle tespit etmek ve saldırgan eylemi gerçekleştirmesini bu yolla engellemeye çalışmaktır.^[32,36] Fiziksel tespit, uygun temas tekniklerini kullanmayı bilen ve bu konuda eğitimi olan personel tarafından uygulanmalıdır. Fiziksel tespit sırasında, hastayı zedeleyen, onurunu kıran, mahremiyet ve kişisel gereksinimlerini ve farklılıklarını hiçe sayan davranış ve uygulamalardan uzak durulması önerilmektedir.^[37,38]

Mekanik tespit, kemer ve bileklik gibi tespit malzemelerini kullanarak hastanın hareketini kısıtlamak veya tamamen durdurmaktır. Mekanik tespit uygulamasının zorlayıcı doğası, hasta tarafından saldırgan içerikli bir davranış olarak algılanabilmekte ve hastaya etkisiz problem çözümü konusunda olumsuz bir model olabilmektedir.^[35,38] Bunun yanı sıra, saldırgan davranışa müdahalede tespit ve tecride ihtiyaç duyulmasının ve bu uygulamanın sıklığının tedavinin başarısını düşürdüğünü gösteren yayınlar da mevcuttur.^[34] Tüm bu eleştirilere karşın hastanın saldırganlığının kontrolünde mekanik tespit sıklıkla tercih edilmektedir. Bunun sebebi hastanın tam anlamı ile kontrolünü sağlamak, kendisine ve çevresine zarar vermesini

mümkün olan en seri şekilde engellemek konusunda sağlık personelinin hissettiği gereksinim olmaktadır.^[35,39,40]

Kimyasal tespit, ilaç kullanılarak hastayı sedatize etmek ve bu yolla saldırgan davranışın ve ajitasyonun son bulmasını sağlamaktır. Kimyasal yolla tespit sık biçimde kullanılan bir tespit yöntemidir.^[41] Yapılan çalışmalar, kimyasal tespit yönteminin saldırganlık anında işe yaradığını fakat saldırganlığın ortaya çıkmasını önlemede bir etkisi olmadığını ve dahası sedasyon ortadan kalktıktan sonra hastanın saldırganlığının yineleyebileceğini göstermektedir.^[42]

Baskılayıcı zorlayıcı yöntemlerden bir diğeri olan tecrit ise, saldırgan davranış sergileyen hastanın, bu davranışı ortadan kalkana kadar daha önceden bu iş için yapılandırılmış olan odada tek başına bulunmasını sağlamaktır.^[43] Tecrit, hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini önler, ajitasyonun azalmasını ve hastanın sakinleşmesini sağlar ya da bu niyetle yapılır.^[44] İlkel bir yöntem olan tecrit uygulaması hemşirelik mesleğinin hümanistik yanı ile örtüşmemektedir. İnsanı diğer canlılardan üstün kılan değerler tecrit uygulaması ile zedelenebilmekte, özellikleri ve koşulları her ne olursa olsun bir yere [bir odaya] kapatılma, oraya kapatılan insanın damgalanmasına sebep olmaktadır.^[30,43,44] Kapatılma, kilit altında tutulma ifadeleri ile anılan tecrit tıbbi bir müdahaleden ziyade zapt etme uğraşı olarak görülebilmektedir. Bununla beraber hasta tecrit uygulamasını özgürlük kısıtlayıcı bir unsur olarak tanımlayabilmekte ve bu durumu orantısız güç kullanımı ve/veya ceza olarak algılayabilmektedir.^[32,45] Bu durum hastanın, bu işlemi gerçekleştiren sağlık personeline öfke duymasına yol açabilmektedir.^[38]

Saldırganlığın Yönetiminde Kullanılan Alternatif Yöntemler

Baskıcı-zorlayıcı yöntemler dışında kalan ve hastanın saldırganlığının azaltılmasında terapötik iletişime dayalı olan yöntemler alternatif yöntemler başlığı altında ele alınmaktadır. Bu yöntemler saldırganlığın işaretlerinin açığa çıktığı erken dönem değerlendirmesinin ve bu aşamada yapılan müdahalelerin önemini vurgulamaktadır. Erken dönemdeki müdahaleler hasta ile iş birliğini ve saldırganlığa sebep olan etmenlerin ele alınmasını içermektedir.^[32,37] Alternatif yöntemler kapsamında iletişim yolu ile hastanın gereksinimlerini netleştirme, hastayı sakinleştirme, çevresel düzenlemeler yoluyla ortamı yapılandırma gibi müdahaleler yer almaktadır.^[35,40,46-50] Dünyada alternatif yöntemleri içeren çalışmalar incelendiğinde, Len Bowers'ın Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli^[51] dışında bir modele rastlanmamakla birlikte, modelinde içinde yer alan birçok sözel sakinleştirme tekniklerinin zaman içerisinde uygulandığı görülmektedir. Sözel sakinleştirme yöntemlerinin ajitasyonu önlemede en az farmakolojik yöntemler kadar etkili olduğu ve ajitasyon sonrası ortaya çıkabilecek saldırganlık ve şiddeti önlediği, tekrarlayan klinik şiddet olaylarını azalttığı yapılan çalışmalar ile vurgulanmaktadır.^[45,46,50] Cowin ve ark. nin^[52] yaptıkları çalışmada hastanın tedaviye katılabilmesi için

klasik yöntemler yerine hastaya önemsendiğini hissettiren yaklaşımların etkili olduğu ifade edilmektedir.

Bu bilgiler ışığında Bowers^[51] sakinleştirme ile ilgili 1000'den fazla makaleyi incelemiştir. Bu makalelerde kullanılan yöntemleri değerlendirmiş, bu çalışmalarda kullanılan yöntemleri sistematik bir biçimde bir araya getirmiştir. Bu analiz ve sentez sonucunda "Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli" adını verdiği bir model oluşturmuştur.

Saldırganlığın Yönetiminde Alternatif Bir Yöntem Olarak Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli

Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli "güvenli servis" kavramını oluşturmaya temelli bir modeldir. Servislerin; pek çok şeyin meydana geldiği yoğun yerler olmaları, ortamları, büyüklükleri, nerede oldukları, ne tür kaynaklara sahip oldukları açısından birbirlerine göre farklılıklar sergilemeleri nedeniyle standart bir güvenli servis tanımı yapabilmek zordur. Modele göre güvenli servis tanımı yapabilmek ve oluşturabilmek için en işlevsel yollardan biri; servislerin tümünde, azalması ya da meydana gelmesi istenmeyen davranışların tanımlanmasıdır.^[53] Model kapsamında güvenli servis ortamı önündeki engellerden biri olan ve ortaya çıkmasının önlenmesi gereken davranış "çatışma [conflict]" olarak tanımlanmakta ve zarara yol açan hasta davranışlarının tümünü kapsamaktadır. Bu hasta davranışlarına örnek olarak; şiddet, intihar ve kendine ya da başkasına zarar verici eylemler, alkol/madde kullanımı ya da firar verilebilir. Aynı zamanda, personeli görmeyi reddetme ya da çalışanlarla/diğer hastalarla tartışmaya neden olabilen alanlarda sigara içme gibi temel kurallara uymamak da "çatışma" kavramı altında ele alınmaktadır.^[51,53]

Güvenli servis ortamının oluşturulmasındaki bir diğer engel ise personel davranışları olarak tanımlanmaktadır.^[54] Özellikle hastanın tedavi ve bakımında aktif rol alan ve terapötik ortamın yapılmasında sağlık personellerinin etkili davranışları saldırgan davranışları önleme ve kontrol altına almada önemlidir.^[55] Sağlık ekibinde temel bakımı kesintisiz veren, tedaviyi uygulayan ve tedaviye yön veren kişi olarak hemşire güvenli servis ortamı oluşması için anahtar pozisyonundadır.^[43] Diğer taraftan eğer hemşireler saldırganlık konusunda yeterli farkındalık ve etkili iletişim becerilerine sahip değilse, hasta ile her temas saldırgan davranışları ortaya çıkarıcı nitelik taşıyabilmekte ve sözü edilen nitelikteki hemşireler tarafından yapılan müdahaleler de zedeleyici olabilmektedir. Uygun davranışlar ile saldırganlığın önlenmesi, ortaya çıktıktan sonra ise etkili ve güçlendirici bir hale dönüştürülmesi mümkündür.^[28,29,39]

Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modelinde, hasta ve hemşire arasında çatışmanın önlenmesi için ilk olarak mevcut servis durumunun ortaya konması ve servis güvenliğini tehlikeye atan ve/veya engelleyen durumların tanımlanması istenmektedir.^[51] Bu kapsamda da "ateşleme noktaları" (Flashpoints) ve "köken boyutları" (Domain/originating factors) olarak adlandırılan iki kavramdan söz edilmektedir. "Ateşleme noktaları", "çatış-

ma'nın meydana gelmesine sebep olan etkenler/riskler olarak ifade edilmektedir.^[53] Psikiyatri kliniğinde kapının kilitlenmesi örneği üzerinden ateşleme noktası açıklanırsa; çıkmak isteyen bir hastaya personelin ya da diğer hastaların söylediği bir söz ya da bir diğer hastanın ziyaretçisinin gelmesi ile hastanın ailesine özleminin pekişmesi ateşleme noktası olabilir, hastada servisten çıkma/kaçma isteği gelişebilir ve çıkamaması üzerine [kontrol altına alma] hasta kendine ya da çevreye zarar verebilir [çatışma].^[54]

"Köken Boyutlar" ise, potansiyel ateşlenme noktalarını ortaya çıkaran servisle ilgili yönlerdir.^[47] Bu boyut, servis yaşamının parçası ve önemli öğesidir. Köken boyutlar içinde hasta, çevre ve personel ile ilgili faktörler yer almaktadır. Servisin hastalara sunduğu imkânlar ve fiziki yapısı, çalışan personelin niteliği ve iletişim özellikleri, servis kuralları, hastanın tanısı köken boyut içinde değerlendirilmektedir.^[51,53]

Bowers, basitleştirilmiş sakinleştirme modeli kapsamında hasta ve ekip üyeleri arasında ortaya çıkabilecek "çatışma" durumlarını kontrol altına alabilmek için sergilenen davranışları ise "kontrol altına alma davranışları" (containment) olarak adlandırmıştır. "Kontrol altına alma davranışları"; ekstra tedavi uygulama [sadece hastaları yatıştırmak ya da kontrol etmek için kullanılan tek seferlik dozlar, kimyasal tespit], hasta gözlemini artırma, güvenlik önlemleri, daha farklı bir servise transfer ederek ya da aynı serviste hastanın hareket düzeyini kısıtlayarak hastaların kısıtlanması gibi durumları kapsamaktadır. Personelin "kontrol altına alma davranışları" ile hastanın "çatışmayı önlemek/gidermek için değişmesi istenen davranışlar"ı birbiri ile bağlantıdır.^[51,53,54] Bir örnek ile açıklamak gerekirse, psikiyatri servislerinde kapıların kilitli olması firar davranışını azaltırken, bu durum hastanın kendisine zarar verme riskini arttırmaktadır. Bu noktada basitleştirilmiş sakinleştirme modeli; kapıların açılmasını değil, kilitli olmasının hasta için anlamını anlamayı ve buna yönelik çözüm yöntemlerinin ve tedbirlerin hastalarla birlikte geliştirilmesini kapsamaktadır.^[54]

Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli kapsamında yukarıda sözü edilen, psikiyatri servislerinin güvenli servis olmasının önündeki engeller ve bu engeller arasındaki ilişki Şekil 1'de verilmiştir.

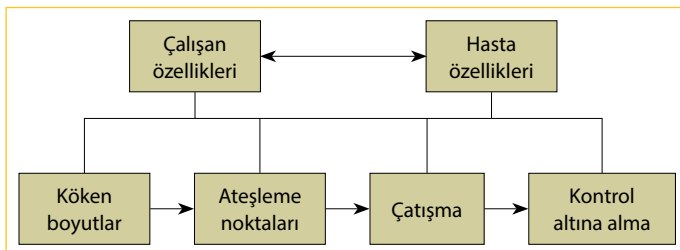
Bowers'a göre güvenli servis oluşturmak için çalışanların saldırganlığı önleme ve etkili yönetme konusunda yapabileceklerine odaklanması gerekir odaklanması gerekmektedir. Model, personelin köken boyutların farkında olarak ve ateşlenme nok-

tarlarının oluşumunu önleyerek servis atmosferini değiştirebileceğini ileri sürmektedir. Model kapsamında köken boyutları ve ateşleme noktalarını dikkate alarak yapılacak değerlendirmeler sonrasında saldırganlığın yönetimi için kullanılacak uygulamalar basamakları oluşturulmuştur.^[54]

Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli'nde, saldırganlık sergilemenin eşliğinde olan hastalarda sakinleşmenin [de-eskalasyon] sağlandığı üç basamak şöyle tanımlanmaktadır: (i) Durumu sınırlandırmak (Delimit), (ii) hastanın problemini açıklığa kavuşturmak (Clarify) (iii) çözüme ulaşmak. (Resolve) Bununla beraber, model uygulayıcısının [de-eskalator] bu sırada, kendi duygularını kontrol etmesi (Control yourself) ve hastaya saygı ve empati (Respect and empathy) göstermesi beklenmektedir.^[51,53,54]

Durumu sınırlandırma adı verilen ilk aşamada, hemşire kendisinin ve saldırgan davranışı olan hasta ve etrafındaki bireylerin güvenliğini sağlamalıdır.^[51] Bu kapsamda sağlık personeli, eğer mevcutsa, alarm sistemini aktive etmeli, güvenlik desteği talep etmeli, diğer hastaları alandan uzaklaştırmalı veya hastayı sessiz bir alana götürmeli ve hastanın kendisine ve çevresine zarar verme potansiyelini ortadan kaldırmalıdır. Saldırgan bireyle etkileşimde sağlık personellerinin, uygun mesafeyi ayarlaması ve kendisini de riske sokmadan müdahale etmesi gerekmektedir.^[54,56] Örneğin hasta eline aldığı eşyaları etrafına atmaya ve bağırıma başladığında önce güvenlik güçlerine haber verip hastanın bulunduğu yerdeki diğer hasta ve hasta yakınlarını kendi odalarına götürmek üzere tedbir alıp daha sonra ulaşabileceği eşyaların ortadan kaldırılması gerekir. Ortam sakinliği sağlandıktan ve uyarılar azaldıktan sonra hastaya müdahale edilmelidir. Bunlar yapılırken iş bölümü iyi yapılmalı ve hızlıca ortam güvenliği-sakinliği sağlanmalıdır. Kriz sırasında bu iş dağılımını yapmak ve gereken adımlara karar vererek bunları uygulamak zaman kaybettirici olacağından ekip tarafından önceden bir servis protokolü oluşturulmalı ve görev dağılımı yapılmış olmalıdır.^[39]

Açıklığa kavuşturma aşamasında hastanın, saldırganlığının sebebinin araştırılması beklenmektedir. Bunu yapmak için, hastaya "ne olduğu", "canını neyin sıktığı" gibi açık uçlu sorular sorulmalıdır. Hastaya yardımcı olabilmek ve oryantasyonunu sağlamak için, sağlık personeli kendisinin kim olduğunu [Örneğin; hemşire], nerede olduklarını [psikiyatri servisi], aralarındaki ilişki biçimini [Örneğin; hasta-hemşire ilişkisi] hastaya hatırlatmalı bunu yaparken hastanın anlayabileceği cümleler kurmalı ve hastanın anlayıp anlamadığını kontrol etmelidir. Burada önemli bir diğer husus ise, hastanın söylediklerinin de sağlık personeli tarafından anlaşılıp anlaşılmadığının teyit edilmesidir.^[49] Eline aldığı eşyaları etrafına atmaya ve bağırıma başlayan olgu için devam edersek ortam güvenliği sağlanır, sağlık personeli hastaya uygun mesafede yerini alır ve model uygulayıcı hastaya öncelikle kendini tanıtır, bu tedavide karşı karşıya değil yan yana olduklarını ve hastanın davranışlarını hastaya ifade eder. Hastaya davranışının gerekçesini açıklamasını, sorunun ne olduğunu bilirse soruna ilişkin yardımcı olabileceğini ifade eder. Çünkü asıl sorun saldırgan davranış değil, bu davranı-



Şekil 1. Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli'nde Güvenli Servis Oluşturmanın Önündeki Engeller.^[48]

şın ortaya çıkmasındaki sebeptir. Bu kısımda kısa ve anlaşılır cümleler kurulması da bu sebeple önemlidir. Örneğin, hasta gerekçe için bağırarak “çünkü siz dışarıdan yiyecek içecek almıyorsunuz, anladığınız bu!” dediğinde, “dışarıdan yemek istemenin sebebi ne?” şeklinde açık uçlu, hastayı gerçekten anlamaya yönelik sorular sorulmalıdır. Hasta çıkan yemeği yiyememiş ya da ziyaretçisi kendisine bir ikramda bulunmak istemiş olabilir ya da tamamen başka bir sebebi olabilir. Bunun ancak hasta ile doğru iletişim kurularak öğrenilebileceği unutulmamalıdır. Tüm bu aşamalarda sağlık personeli öncelikle kendi duygu ve davranışlarını kontrol edebilmelidir. İçinde bulunduğu gerilimi, korku ve paniği hastaya hissettirmemeli, sakin ve net bir ses tonu ile ne yüksek ne de alçak sayılabilecek bir frekanstan hasta ile konuşmalıdır. Aksi durumda sürecin kontrolünün sağlık personelinin hastaya geçmesi riski vardır.^[51,53,54]

Modelin son aşaması olan çözüm aşaması hastayla makul bir uzlaşmaya varmayı, hastayı memnun edecek şekilde şikâyetlerini ele almayı hedefleyen aşamadır. Bunu yaparken, katı otoriter bir tutumdan ziyade iş birliği içeren yapıcı bir tutum içinde olmak oldukça önemlidir.^[54] Örneğin otoriter bir biçimde kuralları hatırlatmaktan ziyade esnek bir tutum sergilenerek hastaya uygun yeni düzenlemeler yapılabilir, gerektiği takdirde hastadan özür dilenebilir. Değişim yapma teklif edilebilir.^[57] Esnek olunmadığında da olabildiğince dürüst şekilde, kuralların gerekçelerini açıklanabilir.^[29] Kuralların hastadan uyması güç veya hastaya uygun olmayan özellikleri olduğu konusunda uzlaşının sağlandığı durumlarda ise, hastanın buna karşı gelme biçimlerinde daha makul ve kabul edilebilir yöntemlerin neler olduğu hasta ile konuşulabilir.^[47] Bunların hepsi, hastaya zaman ayırmayı gerektirmekte ve hastanın ne söylediğini dikkatle dinlemek oldukça büyük önem taşımaktadır. Hastanın saldırgan davranışlarını sürdürmek yerine konuşuyor olması, başarılı bir çözüme ulaşıldığının göstergesi olarak kabul edilmektedir.^[29] Sorunun ortaya çıkardığı davranış ve sorunun kendisine ulaştıktan sonra sorunun çözümü için neler yapılabilir diye hasta ile konuşulduğu bu kısımda aynı örnek için hasta dışarıdan servise yemek alınması konusunda ısrarcı olabilir ve gerekçe olarak teyzesinin yemeklerini çok özlediğini söyleyebilir. Böyle bir durumda servis kuralları ne kadar esnetilebilir bunun değerlendirilmesi yapılmalıdır. Esneklik sağlanamıyorsa bunun açıklaması hastaya yapılmalıdır.^[57] Esneklik sağlanması ve sağlanamaması durumlarına örnek verecek olursak “teyzenin yemeklerini çok özlediğini söylüyorsun. Bu Çarşamba paylaşım günü için teyzenin yaptığı kurabiyeleri ikram etmek ister misin?” denilebilir ya da “dışarıdan yemek kabul etmek konusundaki kuralımız daha önce yaşanan sıkıntılardan dolayı değiştirilemez, bu konu beni fazlasıyla aşıyor ve sana yardımcı olmayı da çok istiyorum. Teyzeni aramamı, seni ziyarete gelmesini söylememi ister misin?” şeklinde alternatif bir çözüm sunulabilir. Hasta bunları kabul etmezse kuralları ve yetkilerinizi göz önünde bulundurarak hastadan bir öneri daha vermesi istenebilir. Hastanın önerisi revize edilerek, ekleme ya da çıkarma yapılarak tekrar hastaya sunulur. Hastayla iş birliği içinde uzlaşma sağlanana kadar soruna çözüm bulunmuş olunmaz.

Model Uygulayıcısının Özellikleri

Basitleştirilmiş sakinleştirme modelinde uygulayıcının kendisini kontrol etmesi önemli unsurlardan biridir. Durumu sınırlandırma, hastanın problemini açıklığa kavuşturma ve çözüme ulaşmayı içeren tüm bu süreç boyunca, model uygulayıcısının hastayla iletişimde hissedebileceği herhangi bir anksiyete ya da engellenme duygusuna izin vermemesi beklenmektedir.^[51] Model uygulayıcısının saldırganlığı yönetebilmesi üst düzey terapötik becerilere sahip olmasını zorunlu kılmaktadır.^[53] Varılması hedeflenen en iyi durum; hastanın bakış açısının ve koşullarının anlaşıldığı, yani, gerilimin sonlandığı, sağlık personelinin kendi sakinleştirme becerilerinden memnun olduğu, destek ekibinden ve tespit becerilerinden kaynaklanan anksiyete ve gerginliğin olmadığı durum olarak tanımlanmaktadır.^[28,41,54] Bununla beraber, uygulayıcının tüm bu değişkenleri yönetmekte güçlük yaşadığı durumlar açığa çıkabilmekte, bu nedenle anksiyete yaşanabilmektedir. Bu durumda hissedilen anksiyetenin ve engellenme duygusunun yönetmesi ve hastaya hissettirilmemesi önemlidir. Böylece, sakin ve güvenli şekilde eylemde bulunmak mümkün hale gelmektedir. Bunun için, model uygulayıcısı derin nefes alma egzersizleri ile anksiyetesini azaltabilir ve yüz ifadesinde açığa çıkan gerginliği ortadan kaldıracaktır.^[51,53,54] Tüm bunlara ek olarak; savunmacı olmayan ve açık beden dili, hasta ile yumuşak şekilde konuşma, yavaş ve nazik şekilde hareket etme, süreci olumlu şekilde yönetmeye katkı verecek özellikler olarak sayılmaktadır. Uygulayıcının saldırganlığı yönetirken yetersiz kalınabilecek durumları düşünmekten kaçınması, bunun yerine, dikkatini duruma yoğunlaştırması önerilmektedir.^[47,48,50]

Müdahale sırasında bir diğer önemli konu ise, model uygulayıcısının durumu kesinlikle kişisel bir durum olarak tanımlanmaması gerekliliğidir. Hastanın öfkelenildiği ve saldırgan tutum sergilediği durumlar çoğunlukla sağlık çalışanlarının bizzat kendilerine yönelik değil, daha ziyade hastane, psikiyatri, kurum, ruh sağlığı yasası ve sağlık personelinin sembolü olduğunu başka alanlara ilişkin olmaktadır.^[46,47] Bu nedenle, model uygulayıcısı kendisini savunma ya da haklı çıkarma ihtiyacı içinde olmamalı, hastayı eleştirmemeli ve hastayı haksız olduğu konusunda ikna etmeye yönelik bir tartışmanın içerisinde yer almamalı, savunucu tutum sergilememelidir. Saldırganlığın ve öfkenin bir sonucu olarak hastanın doğrudan sağlık çalışanına yönlendirdiği suçlamalara kesinlikle tekdüze, basmakalıp ifadeler ile duygusal yanıtlar verilmemelidir.^[54]

Durumu sınırlandırma, hastanın problemini açıklığa kavuşturma ve çözüme ulaşma basamakları boyunca sağlık personelinin engellenme ve anksiyeteden kaçınarak kendini kontrol etmenin yanı sıra, hasta ile etkili iletişim kurmak için saygı ve empatiyi kullanması önerilen bir diğer unsurdur. Hastaya karşı sergilenen ilgi, özen ve içtenlik sözel olarak ve/veya eylemle ifade edilebilir. Bunun için, hastanın acele etmeden kendisini ifade etmesine fırsat verilmesi, ne hissetmesi ya da hissetmemesi gerektiğini ifade etmek yerine duygularının neler olduğunu araştırılması ve empati yaparak hastanın bakış açısının anlaşılması için zaman ayrılması önerilmekte-

dir. Uygulayıcının ses tonu, beden duruşu, göz teması ve yüz ifadesi de iletilmek istenen saygı ve empatiyi de destekler nitelikte olmalıdır.^[50,51,53,54]

Saldırganlığın Yönetiminde Psikiyatri Hemşiresinin Rol ve Sorumlulukları

Psikiyatri servislerinde hemşirenin öncelikli işlevlerinden biri terapötik ortamı oluşturmak, devamlılığını sağlamak ve geliştirilmesine katkı vermektir. Terapötik ortamı doğrudan etkileyen saldırgan davranışlara ilişkin risklerin belirlenmesi, tanımlanması, gerekli tedbirlerin alınması terapötik ortamı oluşturmaya ve sürdürmeye yönelik girişimlerdir.^[58] Saldırganlık ortaya çıktıktan sonra uygun müdahalede bulunmak ise terapötik ortamın devamlılığını sağlamaktadır. Saldırgan davranış sonrası gerekli birimlere bildirimde bulunma, ekip ile bir araya gelip durumun gözden geçirilmesi yeni tedbirlerin alınması ya da esneklik gösterilebilecek kurallara ve esneklik payına karar verilmesi ise terapötik ortamın geliştirilmesine olanak tanımaktadır.^[29] Psikiyatri servislerinde hastayla 24 saat kesintisiz çalışan, dolayısıyla saldırganlığı önleme ve yönetme konusunda en önemli konumda bulunan sağlık personeli hemşirelerdir. Öncesi, esnası ve sonrası olmak üzere saldırganlığın her aşamasında serviste bulunan ve müdahale eden, ekibi yönlendiren, temel yürütücü kişi olarak psikiyatri hemşiresinin saldırgan hastaya yaklaşımı servisin bu konudaki iklimini belirlemektedir.^[28]

Mesleki bilgi ve becerisi, alana ilişkin tecrübesi, saldırgan hastaya ve saldırgan davranışa yönelik algısı hemşirenin sorumluluklarını yerine getirirken uygun davranıp davranmamasını etkilemektedir.^[56,59] Hasta ile daha fazla zaman geçiren ve gözlem yapan kişi olarak hemşire hastanın kliniğe kabulü ile beraber risk değerlendirmesi yapmaya başlamalıdır. Risk değerlendirmesi yapılırken saldırganlığın oluşmasında ve ortaya çıkmasında etkili olduğu bildirilen faktörlere [hastaya, çevreye ve personele ilişkin faktörlere] yönelik veri toplanmalıdır.^[24] Toplanan veriler doğrultusunda hemşirenin sorumluluğu gerekli tedbirleri alma ve/veya alınmasını sağlamaktır. Saldırganlık riski olan hastanın sık gözlem altında tutulması, devir teslimlerde buna ilişkin veri akışının sağlanması, uyarıların azaltılması, hastanın ajitasyonunu arttırabilecek personelin hizmet verirken geri planda kalmasının sağlanması ve hastanın ajitasyonunu arttırabilecek etkenlerden uzak kalmasının sağlanması alınabilecek tedbirler arasındadır. Hemşirenin, saldırgan davranış ortaya çıkmadan önceki sorumluluğu risk analizi ve tedbir alınması, ekibin haberdar edilmesi ve tedbirlere uymalarının sağlanmasıdır.^[60] Saldırgan davranış ortaya çıktıktan sonra hemşire, hastanın sakinleştirilmesini sağlamalı ve başkasının zarar görmesi engellenmelidir. Sakinleştirme ve diğerlerinin güvenliğini sağlama geleneksel ya da alternatif yöntemlerle yapılabilmektedir.^[51,53] Yöntem her ne olursa olsun hemşire sakinleştirme protokolünde aktif rolde, yöntemin uygulayıcısı konumundadır. Geleneksel yöntemlerin uygulayıcısı olarak; hastayı tutan, ilacını uygulayan, ayrı bir yere transfer eden kişidir. Alternatif yöntemlerde ise, hastayı ayrı bir yere alan, sorunu tanımlayan, hastaya açıklayan, hasta ile anlaşma

ve iş birliği yaparak problemini çözmeye çalışan ve bu yolla hastanın sakinleşmesini sağlayan kişidir. Riskin tanımlanması ve saldırgan davranış ortaya çıktıktan sonra ortamın yatıştırılması adımlarından sonra tekrar ortam değerlendirilmesi yapılmalı ve zararlar tespit edilmelidir. Bu yapıldıktan sonra kayıt altına alma ve gerekli yerlere bildirimde bulunulmalıdır.^[47-51,53,54]

Ülkemizdeki psikiyatri servislerinin saldırgan hastaya yaklaşım konusunda alternatif yaklaşımı benimseyen herhangi bir prosedürünün olmadığı, literatürde anlatılan müdahale basamaklarının özellikle kimyasal tespite giren farmakoterapötik girişimlerin olduğu dikkat çekmektedir.^[38,61] Saldırganlığı kontrol altına almaya yönelik geliştirilen müdahale algoritmaları çoğunlukla klasik yöntemleri içermektedir. Bu durum saldırgan hastaya istem [order] üzerinden karar vericinin hekim olduğu bir yaklaşımı ortaya koymaktadır. Bununla beraber alternatif yöntemler ekip odaklı ve aynı zamanda hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarını yerine getirebilecekleri, hasta merkezli yaklaşımlardır.^[58,62,63]

Sakinleştirme yöntemleri incelendiğinde etkili iletişim becerilerinin kullanımı sakinleştirme için en sık dile getirilen tekniktir. Bowers'ın psikotik hastalar ile hemşirelerin iletişim biçimini değerlendirdiği çalışmasında etkili iletişim becerilerinin klinik ağresyonu azalttığı gözlemlenmiştir.^[64] Ayrıca Price ve ark.nın^[35] yaptıkları çalışmada sakinleştirme eğitimi alan ve sakinleştirme tekniklerini kullanabilen hemşirelerin bu yöntemleri kullanmayanlara göre kendilerini anlamlı biçimde daha güvende hissettikleri ve klinik hakimiyetlerinin daha yüksek oldukları bulunmuştur. Cowin ve ark.nın^[52] yaptıkları çalışmada ise klasik yöntem kullanımının sağlık çalışanlarının güvenlik ihtiyaçlarını karşılamadığı ve bu yöntemlerin sağlık çalışanlarının hasta ile iş birliğini güçleştirdiği vurgulanmaktadır.

Sonuç

Psikiyatri servislerinde yaygın olarak ortaya çıkan, personel ve hastaların güvenliğini tehdit eden bir durum olarak saldırganlığın ortaya çıkmasını engelleyebilmek, meydana geldikten sonra etkili bir biçimde kontrol altına alabilmek ve sonrasında tekrarlamasının önüne geçebilmek önemlidir. Bowers'ın oluşturduğu Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modeli'nin saldırganlığın önlenmesi ve kontrol altına alınmasında yararlı olabilecek sistematik bir bakış açısı sunduğu görülmektedir. Bu model yeni sistematik modeller geliştirilene kadar, psikiyatri hemşirelerine saldırganlık yönetimi konusunda yol göstermesi ve "güvenli servisler" in oluşturulması için kullanılabilir. Ekip içi iletişim ve görev paylaşımı, hasta ile iş birliğini önceleyen bu modelde sadece hastalar değil aynı zamanda servis çalışanları da kendilerini değerli ve güvende hissetmektedir. Model uygulama kolaylığı sunmakta, az maliyetli olmakta, gerçekte problemin ne olduğunun anlaşılmasını sağlamakta, probleme mevcut şartlar altında en uygun çözümün problemi yaşayan kişi ile birlikte bulunmasını önermekte ve problem çözmeyi bir klinik öğretisi haline dönüştürmektedir. Değişim sağlayabilmek için etkili, kolay ve ucuz olan bu yöntemin terapötik ortam oluşturmada sağlık personeline rehber olacağı unutulma-

malıdır. Ülkemizde sözel sakinleştirmeye yönelik bu modelin kullanılabilmesi için bu alanda yapılan çalışmaların artırılması gerekmektedir.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazarlık katkıları: Konsept – D.A., D.H.; Dizayn – D.A., D.H.; Denetim – D.H.; Analiz ve yorumlama – D.A., D.H.; Literatür arama – D.A.; Yazan – D.A., D.H.; Kritik revizyon – D.A., D.H.

Kaynaklar

1. WHO. Violence And Injury Prevention. Retrieved May 4, 2019, from https://www.who.int/violence_injury_prevention/en/.
2. Hallett, N, Huber JW, Dickens GL. Violence Prevention in Inpatient Psychiatric Settings: Systematic review of studies about the perceptions of care staff and patients. *Aggression and Violent Behavior* 2014;19:502–14.
3. Kavak F, Ekinci M. Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddet. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences* 2013;2:290–8.
4. Pekriz Ş. Psikiyatri Hemşirelerinin Agresyon Algılamalarını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
5. Yağın Ö, Erdoğan A. Şiddet ve Agresyonun Nörobiyolojik, Psikososyal ve Çevresel Nedenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2013;5:388–419.
6. Freud, S. On narcissism: An introduction. London: Hogarth; 1914.
7. Exner-Cortens D. Theory and teen dating violence victimization: Considering adolescent development. *Developmental Review* 2014;34:168–88.
8. Widom CS. VARIETIES OF VIOLENT BEHAVIOR. *Criminology* 2014;52:313–44.
9. Allen JJ, Anderson CA. General Aggression Model. *The International Encyclopedia of Media Effect*; 2017. p. 1–15.
10. Gilbert F, Daffern M, Talevski D, Ogloff JR. Understanding the personality disorder and aggression relationship: an investigation using contemporary aggression theory. *J Pers Disord* 2015;29:100–14.
11. Bandura A, Ross D, Ross SA. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *J Abnorm Soc Psychol* 1961;63:575–82.
12. Bilgin H, Keser Özcan N. Aggression in Psychiatry Wards. *J Psychiatric Nurs* 2012;3:42–7.
13. Horney, K. Psikanalizde yeni yollar. (Budak S, Çeviri Editörü). İstanbul: Totem yayınevi; 2017. (Orijinal çalışma basım tarihi 1939).
14. Lorenz, K. On aggression. New York: Harcourt, Brace and World; 1963.
15. Rosell DR, Siever LJ. The neurobiology of aggression and violence. *CNS Spectr* 2015;20:254–79.
16. de Almeida RM, Cabral JC, Narvaes R. Behavioural, hormonal and neurobiological mechanisms of aggressive behaviour in human and nonhuman primates. *Physiol Behav* 2015;143:121–35.
17. Waltes R, Chiochetti AG, Freitag CM. The neurobiological basis of human aggression: A review on genetic and epigenetic mechanisms. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2016;171:650–75.
18. de Boer SF, Olivier B, Veening J, Koolhaas JM. The neurobiology of offensive aggression: Revealing a modular view. *Physiol Behav* 2015;146:111–27.
19. Blair RJ. The Neurobiology of Impulsive Aggression. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016;26:4–9.
20. Berkowitz, L. Roots of aggression: A re-examination of the frustration-aggression hypothesis. New York: Atherton Press; 1969.
21. Klein, M. Notes on Some Schizoid Mechanisms. *Int J Psychoanal* 1946;27:99–110.
22. Akyüz C. Nesne İlişkileri Kuramı Çerçevesinden Sınır (Borderline) Kişilik Örüntüsüne Bakış: Vaka Örneği ile Temel Savunma Mekanizmalarının Yorumlanması. *AYNA Klinik Psikoloji Dergisi* 2018;5:1–20.
23. Kernberg, O. Sınır Durumlar ve Patolojik Narsisizm. (Atakay M, Çeviri Editörü) İstanbul: Metis Yayınları; 1999. (Original çalışmabasım tarihi 1975).
24. Kohut, H. Kendiliğin Yeniden Yapılanması. (Cebeci O, Çeviri Editörü) İstanbul: Metis Yayınları; 1998. (Original çalışma basım tarihi 1977).
25. Rochlin G. Man's Aggression: The Defense of the Self. *Gambit*; 1973.
26. Yavuzer N. İnsanın Saldırgan ve Yıkıcı Doğasını Anlamak. İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimleri Dergisi 2013;12:43–57.
27. Erdoğan, D. Hangi Narsizm?: Büyüklenmeci ve Kırılgan Narsizmin Karşılaştırılmasına İlişkin Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikoloji Yazıları* 2016;19:1–10.
28. Shah L, Annamalai J, Aye SN, Xie H, Pavadai SS, Ng W, et al. Key components and strategies utilized by nurses for de-escalation of aggression in psychiatric in-patients: a systematic review protocol. *JB Database System Rev Implement Rep* 2016;14:109–18.
29. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry* 2017;17:328.
30. Björkdahl A, Hansebo G, Palmstierna T. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2013;20:396–404.
31. Terry A. Patient Perception in Triggering Events and De-escalation in a Psychiatric Hospital: Implications for Seclusion and Restraint. *The New School Psychology Bulletin* 2018;15.
32. Ünal S. Psikiyatri Kliniklerinde Şiddet Yönetimi. *İ.Ü.F.N. Hem Derg* 2011;19:116–21.
33. Arguvanlı Çoban S. Agresyon Yönetimi Konusunda Verilen Eğitimin Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi [Doktora Tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.
34. Lanthén K, Rask M, Sunnqvist C. Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. *Psychiatry J* 2015;2015:748392.

35. Price O, Baker J, Bee P, Lovell K. Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry* 2015;206:447–
36. Öner S. Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerde Hasta Agresyonuna Gösterilen Tepkiler ile Tükenmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Düzce: Düzce Üniversitesi; 2011.
37. Annagür BB. Violence Towards Health Care Staff: Risk Factors, Aftereffects, Evaluation and Prevention. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry* 2010;2:161–73.
38. Göktaş A, Buldukoğlu K. Psikiyatri kliniklerinde fiziksel tespit uygulaması ve psikiyatri hemşireliği yaklaşımı. *Journal of Human Sciences* 2017;14:4206.
39. Bilici R, Sercan M, Tufan AE. Psikiyatrik Hastalarda Saldırganlık ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2013;26:190–8.
40. Cowman S, Björkdahl A, Clarke E, Gethin G, Maguire J; European Violence in Psychiatry Research Group (EViPRG). A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Serv Res* 2017;17:59.
41. Fröhlich D, Rabenschlag F, Schoppmann S, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG. Positive Effects of an Anti-Aggression and De-Escalation Training on Ward Atmosphere and Subjective Safety May Depend on Previous Training Experience. *Front Psychiatry*. 2018;9:134.
42. Albrecht B, Staiger PK, Hall K, Miller P, Best D, Lubman DI. Benzodiazepine use and aggressive behaviour: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 2014;48:1096–114.
43. Bowers L, Van Der Merwe M, Nijman H, Hamilton B, Noorthorn E, Stewart D, et al. The practice of seclusion and time-out on English acute psychiatric wards: the City-128 Study. *Arch Psychiatr Nurs* 2010;24:275–86.
44. De Benedictis L, Dumais A, Sieu N, Mailhot MP, Létourneau G, Tran MA, et al. Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 2011;62:484–91.
45. Swain N, Gale C, Greenwood R. Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting. *N Z Med J* 2014;127:10–8.
46. McCann TV, Baird J, Muir-Cochrane E. Attitudes of clinical staff toward the causes and management of aggression in acute old age psychiatry inpatient units. *BMC Psychiatry* 2014;14:80.
47. Hallett N, Dickens GL. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *Int J Nurs Stud* 2017;75:10–20.
48. Berring LL, Pedersen L, Buus N. Coping with Violence in Mental Health Care Settings: Patient and Staff Member Perspectives on De-escalation Practices. *Arch Psychiatr Nurs* 2016;30:499–507.
49. Gaynes BN, Brown CL, Lux LJ, Brownley KA, Van Dorn RA, Edlund MJ, et al. Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatr Serv* 2017;68:819–31.
50. Lavelle M, Stewart D, James K, Richardson M, Renwick L, Brennan G, et al. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *J Clin Nurs* 2016;25:2180–8.
51. Bowers L. A Model of De-escalation. *Mental Health Practice* 2014;17:36–7.
52. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12:64–73.
53. Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2014;21:499–508.
54. Section of Mental Health Nursing; Security Services Retrieved April 2, 2019, from <https://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/archive/mhn>.
55. Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs* 2018;39:13–9.
56. Edward KL, Ousey K, Warelou P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs* 2014;23:656–9.
57. Slemmon A, Jenkins E, Bungay V. Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nurs Inq* 2017;24:e12199.
58. Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, et al. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4:CD009922.
59. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *Int J Nurs Stud* 2014;51:72–84.
60. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielsens O, de Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2015;10:e0128536.
61. Uzun U, Sancak B, Özer Ü, Özen Ş. Tespit Uygulamalarını Etkileyen Değişkenler: Bir Ruh Sağlığı Hastanesi Örneği. *Yeni Symposium*. 2015;53:16–21.
62. Pekurinen V, Willman L, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J, Välimäki M. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. *Int J Environ Res Public Health* 2017;14:1245.
63. Lantta T, Anttila M, Kontio R, Adams CE, Välimäki M. Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *Int J Ment Health Syst* 2016;10:27.
64. Bowers L. How Expert Nurses Communicate with Acutely Psychotic Patients. *Mental Health Practice* 2010;13:24–6.

* Bu makale başka bir yerde yayımlanmamıştır. (Didem AYHAN'ın "Saldırgan Hastaların Yatıştırılmasında Kullanılan Basitleştirilmiş Sakinleştirme Modelinin Etkinliğinin Değerlendirilmesi" isimli doktora tezinden türetilmiştir).