

Psikiyatri Servislerinde Agresyon

Aggression in Psychiatry Wards

Hülya BİLGİN,¹Neslihan KESER ÖZCAN²

ÖZET

Psikiyatri kurumlarında saldırı ve şiddet olayları, hastalara ve çalışanlara zarar vermekte, hastalar ve çalışanlar arasındaki ilişkiyi bozmakta ve terapötik ortama karşı bir tehdit oluşturmaktadır. Agresyon, klinik ortamı tahrip eden yapısı nedeniyle, psikiyatri bakımında en önemli uğraş alanlarından biridir. Agresyonu önlemeye/gidermeye yönelik girişimler, geçerli ve açıklayıcı bir model kapsamında tanımlandığında ve uygulandığında etkili olabilecektir. Böylece, maruz kalınan olaylar fark edilebilecek, bildirilebilecek, kayıt altına alınabilecek ve sistematik şekilde ele alınabilecektir. Bu derleme, psikiyatri servislerinde agresif olayların giderilmesini/en aza indirilmesini sağlayacak "koruyucu önlemlerin geliştirilmesinde", doğası, oluşumu, ortaya çıkışına katkıda bulunan faktörler ve etkileri çerçevesinde agresyon kavramını tanıtmak amacıyla literatür doğrultusunda bilgi vermeyi amaçlamıştır.

Anahtar sözcükler: Agresyon; psikiyatri; psikiyatri hastası; psikiyatri hemşiresi.

SUMMARY

Aggressive and violent events in psychiatric wards can cause damage to patients and employees, disrupt relationships, and threaten the therapeutic environment. Aggression is one of the most challenging areas to deal with because it can destroy the clinical atmosphere. Initiatives to prevent aggression may be influential when they are assessed and applied in the context of an exploratory and valid model. Thus, previously unexposed events could be recognized, recorded, and handled systematically. This review aims to provide information from the literature in order to introduce the concept of aggression within the framework of its nature, genesis, contributors, and impacts, and to make possible the development of protective measures that minimize or eliminate aggressive events in psychiatric wards.

Key words: Aggression, psychiatry, psychiatric patient, psychiatric nurse.

Giriş

Son 20 yıldır dünya genelinde, evrensel bir salgın olarak tanımlanan agresyon ve şiddet üzerine pek çok araştırma yapılmışna rağmen, genel olarak sağlık bakımında ve özellikle psikiyatri servislerinde agresyon ve şiddet artarak devam etmektedir. Psikiyatri kurumlarında saldırı ve şiddet olayları, hastalara ve çalışanlara zarar vermekte, hastalar ve çalışanlar arasındaki ilişkiyi bozmakta ve terapötik ortama karşı bir tehdit oluşturmaktadır. Agresif davranıştan hem hastanın hem de çalışanın olumsuz şekilde etkilenmesi, kavrama yönelik dikkat ve ilginin sürekliliğini sağlayarak psikiyatride en önemli uğraş alanlarından birini meydana getirmektedir.^[1-8]

Bu derleme, psikiyatri bakımında agresif olayların giderilmesini/en aza indirilmesini sağlayacak "koruyucu önlemlerin geliştirilmesinde", doğası, oluşumu, ortaya çıkışına katkıda bulunan faktörler ve etkileri çerçevesinde agresyon kavramını tanıtmak amacıyla literatür doğrultusunda bilgi vermeyi amaçlamıştır.

Tanım

Davranış repertuarımızın son derece karmaşık bir parçası olan agresyon ve şiddet, insanlık tarihi boyunca bireysel ya da gruplara yönelik eylemlerle ya da savaş, terör gibi kitlesel yıkımlarla hep var olmuştur. Agresyon, şiddet ve ilişkili davranışlar, antropoloji, biyoloji, ekonomi, politik bilimler, iletişim, tarih ve sosyoloji gibi çeşitli disiplinlerde incelenmiştir. Ancak, agresif davranışlar zaman zaman ortaya çıkan bir yapıda olduğu ve insanlar da türlü nedenlerle yaşadıkları deneyimleri bildirmedikleri ya da kabul etmedikleri için, bu konuda doğrudan çalışma yapmak güçtür.^[9-11]

Agresif davranışın kökleri incelendiğinde, insan doğasında genetik olarak bulunan ve kırılma, alınma, gücenme, yalnızlık, korku, anlaşılma, reddedilme, hayal kırıklığı, üzüntü yaşatan durumlarda ikincil bir duygu olarak ortaya çıkan "öfke", adaptif bir durum olabileceken, yoğunluğu ve süresi nedeniyle, adaptif olmayan, işlevsiz bir hale dönüşebilmektedir.^[12,13] Öfkenin davranışsal ve kontrolsüz şekilde ortaya çıkmasıyla, kabaca, zarar verme eğilimi olan ve tüm sözel ve fiziksel saldırıları tanımlamak için kullanılan agresyon gerçekleşmektedir. Agresyon, fiziksel ya da psikolojik zarara neden olan ya da zarar verme niyetiyle yapılan bir davranış olarak birçok formda meydana gelebilmektedir. Bir tartışma sırasında hastanın sesini yükseltmesinden (sözel agresyon), silahlı saldırıda bulunulmasına (fiziksel agresyon) doğru geniş bir yelpazede değerlendirilmektedir.^[14,15] Agresyonu önlemeye/gidermeye yönelik girişimler, geçerli ve açık-

¹İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

İletişim (Correspondence): Yard. Doç. Dr. Hülya BİLGİN.
e-posta (e-mail): hcbilgin@hotmail.com

Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2012;3(1):42-47
Journal of Psychiatric Nursing 2012;3(1):42-47

Doi: 10.5505/phd.2012.66375

Geliş tarihi (Submitted): 13.01.2012 **Kabul tarihi (Accepted):** 11.03.2012

layıcı bir modele temelli olduklarında etkili olabilecektir. Bu doğrultuda, gereken ilk adım, agresyon kavramının tanımlanmasıdır. Böylece, maruz kalan olaylar fark edilebilecek, bildirilebilecek, kayıt altına alınabilecek ve sistematik şekilde ele alınabilecektir.^[16]

Epidemioloji

Psikiyatri servislerinde agresyon sıklığı, ölçme ve tanımlama sorunları nedeniyle, kesin olarak bilinmemektedir.^[11,17-19] Diğer yandan, toplumda agresyon ve şiddet eylemlerinin modern sosyal örüntüleri yansıtır şekilde artışı, bu tür olayların sağlık kurumlarında ve psikiyatri servislerinde de çoğalmasını kaçınılmaz hale getirebilmektedir.^[20]

Psikiyatri servislerinde agresyon ve şiddetin ele alındığı çalışmalarda, agresyona en fazla maruz kalanların bu servislerde çalışan hemşireler olduğu ve hatta hasta agresyonunun hemşirelik mesleğini bırakmaya neden olan önemli faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir.^[4,8,11,21-31] Psikiyatri servislerinde agresyon ve şiddetin incelendiği çalışmalara göz atıldığında, dünya genelinde oldukça yaygın bir şekilde görüldüğü dikkati çekmektedir:

- Abderhalden ve ark. (2002), İsviçre’de psikiyatri servislerinde hemşirelerin %70’inin en az bir kez hastalar tarafından saldırıya uğradıklarını,^[32]
- Chou ve ark. (2002), Taiwan’da akut psikiyatri servislerinde hemşirelerin hastalardan sonra ikinci sırada hasta saldırılarının mağduru olduğunu,^[19]
- Gerberich ve ark. (2004), ABD’de, yoğun bakım üniteleri, acil ve yaşlı bakım hizmetleri sunan bölümlerin yanı sıra, psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin de şiddete maruz kaldığını,^[28]
- Chaplin ve ark. (2006), İngiltere’de yetişkinlere hizmet veren 184 psikiyatri servisinde gerçekleştirilen “Ulusal Şiddet İnceleme” araştırması kapsamında, hemşirelerin %78’inin hastalara ve diğer çalışanlara göre daha fazla oranda şiddet ve tehdide maruz kaldığını ve kendilerini güvende hissetmediklerini,^[33]
- Maguire ve Ryan (2007), İrlanda’da psikiyatri hizmetlerinde çalışan hemşirelerin %80’inin tehdit içermeyen, %54’ünün tehdit içeren sözel agresyona maruz kaldıklarını, yarıya yakınının da fiziksel agresyon tehdidi ve yıkıcı agresif davranış deneyimlediklerini,^[18]
- Zampieron ve ark. (2010), İtalya’da 595 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada, psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin büyük çoğunluğunun hasta kaynaklı agresif davranışlara maruz kaldığını,^[34]
- James ve ark. (2011), Nijerya’da 73 hemşire ile gerçekleştirilen çalışmada, sözel agresyon en yaygın karşılaşılan agresyon türü olarak belirlenirken, fiziksel agresyon tehditleriyle karşılaşma oranının da yüksek

olduğu belirtilmiştir.^[35]

Ülkemizde, konuyla ilgili çalışma sayısı henüz az olmakla beraber, var olan çalışmalarla sorunun evrenselliği desteklenmektedir. Bilgin ve Buzlu (2006) ve Coşkun ve Öztürk (2008) tarafından, psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerin yaklaşık yarısının fiziksel saldırganlığın mağduru olduğu belirlenmiştir.^[36,37] Daha yeni bir çalışmada (Pekriz 2009), psikiyatri servislerinde çalışan hemşirelerde; en az bir kez sözel saldırıya uğrama oranı %94.5, en az bir kez fiziksel saldırıya uğrama oranı ise %79 olarak saptanmıştır.^[38]

Etyoloji

Karmaşık bir olgu olan agresyon kavramının kuramsal açıdan tanımlanmasında, her bilimsel disiplin kendi analiz düzeyine göre kavramı ele almıştır.^[9] Bununla beraber, agresif davranışın tek bir kuram doğrultusunda açıklanmasının mümkün olmadığı, agresif durum sayısı kadar kuramın da söz konusu olacağı belirtilmektedir.^[13]

Agresyon kavramı, temel olarak psikolojik, sosyal ve biyolojik kuramlarla açıklanmaya çalışılmıştır. *Psikolojik açıdan* agresyonun oluşumu, Psikanalitik Kuram ve Dürtü Kuramı aracılığıyla tanımlanmıştır:

Psikanalitik Kuram

Freud, “ikili içgüdü kuramı”nda, ölüm içgüdüsünü, bireyin ve insan yaşamının parçalanmasını dürtüleyen bir güç olarak ele almış; yaşam ve ölüm içgüdüleri arasındaki ilişkinin kutuplaşmış şekilde olduğunu belirtmiş ve yıkıcı olan ya da olmayan herhangi bir aktivitenin, zıt güçlerin etkileşimi olduğu yorumunda bulunmuştur. Freud, öfke ve düşmanlık duyguların, tıpkı seksüel isteklerin yaptığı gibi, çatışma ve bilinç dışı suçluluk duygularına neden olduğunu ve bu etkilerin de savunmacı aktiviteyi başlattığını ileri sürmüştür. İkili dürtü kuramına göre, agresif uyarılar sevgiyle (yaşam içgüdüleri) yeterince kaynaşmazsa, yıkıcılık ve agresyonda artış olacaktır. Yoksunluk, nesne kaybı, çocukluk istismarı, bağlanmaya ve sevgi-agresyonun olması gereken düzeyde kaynaşmasına engel olan travmalardır. Bu durumlar yaşandığında, yıkıcı enerji birikecek ve ilkel bir şekilde yıkıcı davranışa neden olacaktır.^[9,39,40]

Psikanalitik açıdan agresyonun açıklanmasında bir diğer görüş olan, Bağlanma Kuramı’na (John Bowlby) göre, insanlar, temel olarak hayatta kalmak için ilişki kurma gereksiniminde olan sosyal hayvanlardır. Ebeveyn figürleriyle kurulan ilk ilişkiler benzersiz özellikler taşımaktadır. Çocuğun zorlanma ifadesi, bakım verende yardım etme yanıtını ortaya çıkarır. Verilen yanıtın tipi çocuğun bakım verenle yakınlık arama stratejisini geliştirme ve genelleştirmesine yol açar. Çocuk zorlandığında ifade ettiğinde, reddedilme ya da çatışma ile karşılaştığı zaman, çocuğun uyum stratejisi ya baskılamaya çalışma ya da abartma şeklinde zorlanmayı kontrol etmek olacaktır.^[9,39]

Dürtü Kuramı

Dollard ve ark. (1939), Freud'un içgüdü savlarını daha objektif davranışsal terimlere dönüştürme isteğiyle kuramlarında, agresif davranışın, agresif dürtülerden doğmasına rağmen, bu dürtünün içgüdüsel bir yapıda olmayıp, engelleyici dış uyaranın algılanmasıyla ortaya çıktığını ileri sürmüşlerdir. Böylece, agresyonun reaktif bir olgu olduğunun anlaşılmasıyla, Freud'un içgüdüsel anlayışı yıkılmıştır. Amaca yönelik yanıtların sürekli şekilde durdurulması, organizmada agresif enerjinin oluşmasına neden olmaktadır.^[9]

Dürtü kuramında, içsel eğilimlerden ziyade, agresyonun özel çevresel durumların sonucunda oluştuğu varsayıldığı için, agresyonun önlenmesinde, kontrol edilmesinde ve tedavisinde, Freud'un içgüdü kuramına kıyasla daha iyimser bir yaklaşım sunulduğu görülmektedir.^[9] Dürtü kuramının klinik uygulamalara yansımaları, psikiyatri servislerinde şiddet riskini artırabilen hasta-personel etkileşimlerinin doğasını ortaya koymak amacıyla yapılan çalışmalarda görülmektedir.^[17,41] Sosyal öğrenme kuramı, agresyonun bir ya da sınırlı sayıda önemli faktörden doğduğunu ileri süren içgüdüsel/dürtüsel agresyon görüşünün aksine, agresyonun geniş ve çeşitli koşullar bağlamında ortaya çıktığına inanmaktadır. Karmaşık yapıda olan birçok becerinin diğer kişileri gözleyerek dolaylı bir yoldan öğrenildiği savından hareketle, Bandura, aile üyeleri, alt kültürler ve medyanın, agresif davranışları modellemede üç temel kaynak olduğunu belirtmiştir.^[9]

Biyolojik açıdan agresyonun tanımlanmasında, yetişkinlerde, agresif ve saldırgan davranış ile ilişkili nörobiyolojik mekanizmalar daha açıktır. Beyinde üç nöral sistem -amigdala, medial frontal korteks ve orbita frontal korteks- agresyonun ortaya çıkışında temel olarak sorumluluk sahibi; beyin hasarı, beslenme yetersizlikleri, prenatal veya doğum komplikasyonları ise agresyonun dışsal organik nedenleri olarak tanımlanmaktadır.^[42,43]

İnsan agresyonuyla ilgili, ikizler üzerinde yapılan çalışmalar sonucunda, genetik kökenli biyolojik faktörlerin rolünün tartışmalı olmasına rağmen, agresyonun genetik geçişli olabileceği fikri giderek daha fazla kabul görmektedir ve genetik faktörlerin agresif davranışların etyolojisinde önemli bir rol oynadığını ileri sürmek için yeterli kanıtlar mevcuttur.^[40,43] Bununla beraber, agresyon etyolojisinde genetik etkiler tek başına işlev görmemekte olup, cinsiyet farklılıkları ve olumsuz çevre koşulları da aracılık edebilmektedir.^[43] Agresif davranış-cinsiyet ilişkisinde, erkeklerde genetiğin, kadınlarda ise çevresel koşulların etkin olduğu da ileri sürülmektedir.^[43]

Testesteron, Progesteron, Lutenizan Hormon, Prolaktin, Beta-endorfinler gibi hormonların saldırgan davranışla ilişkili olduğu ileri sürülmektedir.^[44,45] Kolinergik (Asetilkolin) ve Katekolaminerjik (Norepinefrin ve Dopamin) işlevlerde artışın, serotonerjik (Serotonin) işlevler, MAO (Monoamine

Oxidase) ve GABA (γ -amino-butirik asit)'da azalmanın da saldırganlık ve dürtüsellik artışından sorumlu olduğu belirlenmiştir.^[42,44-49] Ayrıca, Glutamatın agresif davranışta etkili olan nöral devreleri uyardığı, savunmacı reaksiyonların oluşumunda rolü olduğu ancak yükselmiş agresif davranışlarda katkısının açıklığa kavuşturulması gerektiği belirtilmektedir.^[49]

Psikiyatri servislerinde agresyon ve şiddetin temel nedenleri konusunda, araştırmacılar ve klinisyenler arasında görüş birliğine tam olarak varılamamıştır. Psikiyatri servislerinde agresyonun tanımlanmasında, mümkün olduğunca biyolojik yaklaşımlara dayanan psikolojik ve sosyal yaklaşımların entegrasyonu sağlanmalıdır. Tıbbi ya da epidemiyolojik çalışmalarla ortaya konulan resmin sadece yarısıdır. Hem patolojik hem de günlük yaşama dair süreçlerin göz önünde bulundurulduğu bir resmin tamamı görülebildiğinde, agresyonun derecesini azaltmada gerçek anlamda işlev gören girişimleri yapılandırmak da mümkün olabilecektir.^[42]

Psikiyatri Servislerinde Agresyonun Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Psikiyatri servislerinde agresyon ve şiddete karşı koruyucu önlemler geliştirebilmek için, problemin ortaya çıkışına katkıda bulunan faktörleri anlamak gereklidir. Böylece, çalışanların, hastaların fiziksel ve psikolojik zarar görmeleri önenebilecek; hastalara yönelik olarak uygulanan zorunlu ve zorlayıcı önlemlere duyulan gereksinim azaltılabilecektir. Bu şekilde, daha terapötik çalışma ve tedavi ortamlarının oluşturulması mümkün olabilecektir.^[10,42] Agresif hastalara yönelik tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi için onları bu davranışlara yönelten temel nedenlerin belirlenmesi önemlidir.^[50]

Tarihsel olarak, agresyon ve şiddetin nedeni olarak daha çok hastayla ilgili faktörler öne çıkmışken, son yıllarda, hastaya dönük bu tek yönlü bakış, yerini daha karmaşık bir anlayışa bırakmıştır. Hastaların agresyonunun nedenlerinin ortaya konmasında, literatürde yaygın olarak benimsenen görüş, üç farklı bakış açısıyla değişkenleri ele almaktadır.^[19,32,39,40,42,51,52]

İç (İnternal) Model/Hastaya ait faktörler: Biyomedikal yaklaşıma dayanan bu model, bireyin davranışından dolayı sorumluluk almasının söz konusu olmadığı anlamına gelerek tıbbi tedavinin uygulanmasının gerekçesini oluşturmaktadır.^[52,53] Bu model kapsamında, genellikle bireyin doğasında var olan (biyolojik faktörler, tanı/psikopatoloji, yaş, cinsiyet, sosyal/ekonomik durum vb. demografik özellikler, çocuklukta kötüye kullanım/şiddet öyküsü, yatış öncesi şiddet öyküsü, hastalığın aşaması), yani, hemşirelik girişimleriyle giderilmesi pek mümkün olmayan faktörler yer almaktadır.^[8,13,19,27,39,40,53-60] Agresyonun yönetilmesi açısından, bu model hemşirelerin, dış model (çevre ve çalışana ait faktörler) ya da durumsal/etkileşimsel modele göre, geleneksel yaklaşımları (tespit, izolasyon vb.) daha fazla kullanmalarına neden olabilmektedir.^[52]

Dış (Eksternal) Model/Çevre ve Çalışana Ait Faktörler: Bu model, hasta agresyonuna katkıda bulunan çevresel özelliklere ve çalışana ait faktörlere odaklanırken, biyolojik modele karşı duruşuyla önem taşımaktadır.^[39,40,51,52] Bu bağlamda, dış faktörler, agresyonun önlenmesi ve yönetiminde, geniş spektrumlu bir girişim stratejisini gerektirmektedir.^[52] Agresif davranışlarda, çevresel uyaranlar iki kategoride toplanmaktadır:

Fiziksel çevreye ait özellikler; kalabalık, gürültü, mahremiyet azlığı, aşırı sıcak olması, kilitli kapı uygulaması şeklinde birçok değişkeni içermektedir.^[19,39,40,51,52,61] Hastane ortamının hastaların davranışlarını etkileyebileceği ileri sürülmektedir.^[19] Bir yandan terapötik ortam kapsamında, çevrenin, güvenlik, rahatlık ve ev gibi olmayı yansıtmaya amaçlanmaktayken, hastane ortamlarının, doğal olmayan (yapay) ortamlar olduğu da belirtilmektedir.^[13]

Sosyal çevre bünyesinde; hastalar tarafından aşağılayıcı ve engelleyici bulunan, psikiyatri servisinde mevcut pek çok kural ve rutin işler,^[19,62] yapılandırılmış aktivite azlığı,^[40] zorla yatırılma,^[40,60] saldırıların meydana gelme zamanları (sabah ve akşam saatleri, yatışın ilk günleri^[63,64] yemek saatleri ve nöbet devir teslim zamanları^[19,51,65]), saldırıların meydana geldiği yer (hemşirelik istasyonları, koridorlar^[19,40]) agresyon ve şiddet olayları açısından önemli çevresel değişkenler olarak belirtilmiştir. Çalışanların işlevlerinin, aktivitelerin, toplantıların, hasta görüşmelerinin belirsiz olduğu servisler, şiddet açısından daha riskli yerler olarak gösterilmektedir.^[13,19,40]

Çalışana ait faktörlerde, çalışanın cinsiyeti, deneyimi, agresyonla baş etme eğitimi alma durumu, kıdemi, çalışan-hasta oranı gibi özelliklerin agresyon/şiddet insidansı üzerinde etkili olduğu belirtilmekle birlikte,^[19,25,40,51,64] bu ilişkilerin tartışmalı olduğu da vurgulanmaktadır.^[39,51,56]

Durumsal-Etkileşimsel Model: Bu model agresyonun meydana geldiği tüm koşulları içerir ve iç/dış modelin değişkenlerini bir araya getirir.^[52] Çalışan-hasta arasındaki etkileşimler bu modelin bütünlüğü parçasını oluşturmaktadır.^[39,52,56,60]

Psikiyatri hemşireliğinin özü olarak kabul edilen, hasta ve hemşire arasındaki ilişkinin niteliği agresyona neden olan önemli bir etkileşimsel-durumsal faktör olarak belirtilmektedir.^[51,60] Whittington ve Wykes (1994), şiddetin daha fazla olduğu servislerde çalışanların, hastalarla daha fazla fiziksel temasta bulduklarını, dinleme ve konuşmaya daha az zaman ayırdıklarını saptamıştır.^[64] Fazla fiziksel temasla kişisel alana izinsiz girilmesi, tedavi uygulamaları ve aktivitelere katılım için zorlama, sınırlama getirme/özgürlüğün ihlali (dışarı çıkmasına izin verilmemesi vb.) gibi davranışlar belirtilmektedir.^[19,25,51,59,60,66] Chou ve ark. (2002) tarafından, hemşirelerin sözel/fiziksel sınırlama getirici girişimlerinin saldırıları en fazla provoke eden durum olduğu belirlenmiş, bunun nedeninin de, hastaların aktivitelerinin başkaları ta-

rafından kontrol edilmesi karşısında hissettikleri güçsüzlük algısı olduğu şeklinde yorumlanmıştır.^[19] Hastalar açısından, zorla yatırılma ve tedavi durumlarında güçsüzlüğün algılanması kombinasyonu, olayların ortaya çıkması riskini artırmaktadır. Birçok serviste, yaygın şekilde uygulanan girişim tipi de sınırlama getirmez ve bu sırada doğal olarak güç dengesizlikleri meydana gelmektedir.^[39] Duxbury (2002), agresyona daha fazla eğilimli olan servislerde, hastalarla terapötik etkileşim kurmak yerine, daha kontrol edici ve kısıtlayıcı davranış tarzı olan hemşirelerin çalıştığını saptamıştır.^[51] Bowers (2009), hastaları ve çalışanları kapsayan tüm çatışma durumlarının bir kısmının, çalışanın kontrol altına alıcı eylemlerine ve kontrol yöntemlerine reaktif olarak meydana geldiğini belirlemiştir.^[67] Gudjohnson ve ark. (2004), kurumsal baskıların da çalışanların, hastalara karşı kontrol edici bir şekilde etkileşime geçmelerinde rol oynayabileceğini vurgulamaktadır.^[68] Hastalarla diğer hastalar, ziyaretçiler, aile üyeleri arasındaki provoke edici etkileşimlerin de agresif olaylar öncesinde meydana gelebileceği belirtilmektedir.^[60,69]

Psikiyatri servislerinde agresyon ve şiddetin tahmin edilmesine yönelik çalışmalarda, ayrı ayrı hastalar, ortam ve çalışanlarla ilgili faktörlere odaklanıldığı, davranışın kesin bir biçimde tahmin edilmesinde tek bir modelde birçok faktörün bir araya getirilmesinin gerektiği; psikiyatri bakımında, hastalardan diğerlerine yönelik agresyonu değerlendirme ve yönetme zorunluluğunun daima var olduğu ileri sürülmektedir.^[17,24,25] Secker ve ark. (2004)'na göre, tanımlanan risklerin hiçbiri statik değildir; yani, hastaya ait, personele ait, durumsal-etkileşimsel ya da çevreye ait özellikler birbirleriyle etkileşime geçerek, servislerde agresif olayların meydana gelmesini etkilemektedir.^[56] Shepberd&Lavender (1999), akıl sağlığı ve şiddet arasındaki ilişkinin sıklıkla nedensel değil, dolaylı olduğunu, şiddetin birincil göstergelerinin altta yatan bozukluğun belirtilerine kıyasla, çoğunlukla kişilerarası çatışmalar olduğunu ileri sürmüştür olabilir.^[69] Hastanın davranışlarının bir "vakumda-boşlukta" tek başına gelişmediğini kabul etmek gereklidir.

Agresyon ve Şiddetin Sonuçları

Hem hastalar hem de çalışanlar için, güvenli bir ortam içinde bulunma önemlidir ve bir zorunluluktur. Agresyon ve şiddet, ortamda bulunan herkesi etkilemektedir. Psikiyatri hastalarının servis ortamlarında yaşadıkları travmalarla ilgili çalışmada (Frueh et al. 2005), hastaların %63'ü travmatik olaylara tanık olduğunu, %54'ü korkutucu ya da saldırgan hastalardan kaynaklanan olumsuz deneyimler yaşadıklarını ve %31'i fiziksel saldırıya uğradığını belirtmiştir.^[70]

Needham (2006), agresyonun çalışanlar üzerindeki etkilerine yönelik gerçekleştirdiği incelemede, çalışanda fiziksel yaralanma oranını %2-16 olarak belirtmiş olup, saldırıların %2'sini ciddi fiziksel yaralanmaların oluşturduğunu, %59'unun psikolojik ve emosyonel yaralanmalara yol açtığını

saptamıştır.^[71] Fiziksel agresyonun yanında, sözel agresyon eylemleri de mağdurda olumsuz emosyonel etkilenmelere yol açmaktadır.^[14] Ancak çalışanlar arasında şiddete bağlı psikolojik etkilenmenin daha fazla olmasına rağmen, kurumsal yanıtların, esas olarak fiziksel yaralanmalara karşı verildiği belirtilmiştir.

Lanza (1992), hasta şiddetine uğrayan çalışanların agresyonu önleme ve yönetmede baş etme şekillerini etkileyebilen, dört tipte psikolojik tepki gösterdiklerini ileri sürmüştür.^[72] Bunlar, korku, öfke, post travmatik stres bozukluğu gibi biyopsikososyal yanıtlar, kendilik algılamasını ve inanç sistemlerini kapsayan bilişsel etkilenmeler (aşğılanma, inkar, dünyayı algılamada değışiklikler vb.), sosyal etkileşimlere yönelik etkiler (hemşire-hasta ilişkisini bozma, iş yerine güvensizlik, aile ve arkadaş ilişkilerinde bozulmalar, motivasyon kaybı vb.) ve emosyonel reaksiyonlar (öfke, suçluluk, utanma vb.) şeklindedir.

Agresyondan sorumlu olan saldırganlarda da, benzer emosyonel etkilenmelerin yanında, ilave etiketlenme durumu, dava edilme, olumsuz personel tutumlarıyla karşılaşma, agresif tedavilere maruz kalma bildirilmektedir. Kurumun agresyon olaylarından etkilenişi, personel hastalanması, yer değıştirilmesi, tazminat ödemeleri gibi ekonomik açıdan olabilmektedir.^[14]

Sonuç

Bu derleme, agresyon olgusunun her yönüyle tanınarak, oluşmadan önlenmesini mümkün kılmayı sağlamak amacını benimseyen bir görüşle hazırlanmıştır. Hemşirelerin hastalarla daha uzun süre ve aynı ortamda olmaları, mekansal ve zamansal açıdan yakınlığı, onları agresif hastalarla en fazla temasta olan ve bu nedenle de en fazla etkilenen konumuna getirmektedir. Özellikle psikiyatri servisleri gibi riskli olarak tanımlanan yerlerde, agresyon eylemlerini yönetmede rehber ve desteğe ihtiyaç duyulmaktadır. Hastaların davranışsal problemlerinin uyarıcı işaretlerini fark etmede, psikiyatri hemşirelerinin rolü önemlidir. Risk tanılama ve yönetiminin, klinik uygulamanın gerekli ve önemli bir parçası olduğu göz önünde tutularak, yapılandırılmış risk tanılamasının gerçekleştirilmesi gereklidir. Veri toplamada ve uygulamaların geliştirilmesinde anahtar rolü oynayacak psikiyatri hemşirelerinin, agresyonu etkili bir şekilde yönetmelerinde ve hasta/çalışan güvenliğini sağlamalarında gerçekleştirecekleri risk tanılamasının birinci adımını da olgunun kapsamlı ve sistematik şekilde anlaşılması oluşturacaktır.

Kaynaklar

1. Delaney J, Cleary M, Jordan R, Horsfall J. An exploratory investigation into the nursing management of aggression in acute psychiatric settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001;8:77-84.
2. Bowers L, Whittington R, Almvik R, Bergman B, et al. A European perspective on psychiatric nursing and violent incidents: management, education and service organisation. *Int J Nurs Stud* 1999;36:217-22.
3. Gale C, Pellett O, Coverdale J, Paton Simpson G. Management of violence in the workplace: a New Zealand survey. *Acta Psychiatr Scand Suppl*

- 2002;412:41-3.
4. Calabro K, Mackey TA, Williams S. Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Issues Ment Health Nurs* 2002;23:3-15.
5. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, et al. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs* 2003;12:64-73.
6. Davison SE, Gossop M. The management of opiate addicts in police custody. *Med Sci Law* 1999;39:153-60.
7. El-Badri SM, Mellsoy G. Aggressive behaviour in an acute general adult psychiatric unit. *Psychiatric Bulletin* 2006;30:166-8.
8. Jonker EJ, Goossens PJ, Steenhuis IH, Oud NE. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15:492-9.
9. Bjorkly S. Psychological theories of aggression: principles and application to practice. In: Richter D, Whittington R, editors. *Violence in mental health settings*. New York: Springer Science+Business Media; 2006. p. 27.
10. Fluttert F. Management of aggression in forensic mental health nursing the application of the early recognition method. Thesis University of Utrecht: Arnhem; 2010.
11. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, et al. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2007;3:30.
12. Soykan Ç. Öfke ve öfke yönetimi. *Kriz Dergisi* 2005;11:19-27
13. Sookoo S. Therapeutic management of aggression and violence. In: Norman I, Ryrie I, editors. *The art and science of mental health nursing*. New York: Open University Press; 2004. p. 730.
14. Irwin A. The nurse's role in the management of aggression. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13:309-18.
15. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs* 2007;58:140-9.
16. Wiskow C. Guidelines on workplace violence in the health sector. ILO WHO ICN PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Health Sector. Geneva: 2003.
17. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998;49:1452-7.
18. Maguire J, Ryan D. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:120-7.
19. Chou KR, Lu RB, Mao WC. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan. *Arch Psychiatr Nurs* 2002;16:187-95.
20. Child RJ, Mentec JC. Violence against women: the phenomenon of workplace violence against nurses. *Issues Ment Health Nurs* 2010;31:89-95.
21. Whittington R, Higgins L. More than zero tolerance? Burnout and tolerance for patient aggression amongst mental health nurses in China and the UK. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2002;412:37-40.
22. Ito H, Eisen SV, Sederer LI, Yamada O, et al. Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatr Serv* 2001;52:232-4.
23. Wells J, Bowers L. How prevalent is violence towards nurses working in general hospitals in the UK? *J Adv Nurs* 2002;39:230-40.
24. Björkdahl A, Olsson D, Palmstierna T. Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113:224-9.
25. Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, et al. Identifying key factors associated with aggression on acute inpatient psychiatric wards. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30:260-71.
26. Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *J Adv Nurs* 2000;31:452-60.
27. Lanza ML, Rierdan J, Forester L, Zeiss RA. Reducing violence against nurses: the violence prevention community meeting. *Issues Ment Health Nurs* 2009;30:745-50.
28. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen HE, et al. An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related vio-

- lence: the Minnesota Nurses' Study. *Occup Environ Med* 2004;61:495-503.
29. Caskey CR. Workplace violence. *Clin Lab Sci* 2001;14:95-100.
 30. Salerno S, Dimitri L, Talamanca IF. Occupational risk due to violence in a psychiatric ward. *J Occup Health* 2009;51:349-54.
 31. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, et al. Predicting inpatient violence using an extended version of the Brøset-Violence-Checklist: instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry* 2006;6:17.
 32. Abderhalden C, Needham I, Friedli TK, Poelmans J, et al. Perception of aggression among psychiatric nurses in Switzerland. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2002;412:110-7.
 33. Chaplin R, McGeorge M, Lelliott P. The national audit of violence: inpatient care for adults of working age. *Psychiatric Bulletin* 2006;30:444-6.
 34. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs* 2010;19:2329-41.
 35. James BO, Isa EW, Oud N. Patient aggression in psychiatric services: the experience of a sample of nurses at two psychiatric facilities in Nigeria. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)* 2011;14:130-3.
 36. Bilgin H, Zulu S. A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues Ment Health Nurs* 2006;27:75-90.
 37. Coşkun S, Tuna Öztürk A. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3:16-23.
 38. Pekriz Ş. Psikiyatri Hemşirelerinin agresyon algılarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2009.
 39. Bjorkdahl A. Violence prevention and management in acute psychiatric care. Thesis Karolinska Institutet: Stockholm; 2010.
 40. Jansen G. The attitude of nurses towards inpatient aggression in psychiatric care, the development of an instrument. Dissertation for the University of Groningen: Groningen; 2005.
 41. Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *Br J Clin Psychol* 1996;35:11-20.
 42. Whittington R, Richter D. From the individual to the interpersonal: environment and interaction in the escalation of violence in mental health settings. In: Richter D, Whittington R editors. *Violence in mental health settings*. New York: Springer Science+Business Media; 2006. p. 53.
 43. Blonigen DM, Krueger RF. Human quantitative genetics of aggression. In: Nelson RJ, editor. *Biology of aggression*. New York: Oxford University Press; 2006. p. 20-37.
 44. Köknel Ö. Bireysel ve toplumsal şiddet. 1. basım. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi; 1996.
 45. Schwecke LH. Working with the aggressive patient. In: Keltner NL, Schwecke LH, Bostrom CE, editors. 3rd ed. *Psychiatric nursing*. St. Louis: Mosby Year Book; 1999. p. 157-70.
 46. Brennan W. Aggression and violence: examining the theories. *Nurs Stand* 1998;12:36-8.
 47. Johnson BS. *Psychiatric mental health nursing adaptation and growth*. 4. ed. Philadelphia: Lippincott Company; 1997. p. 602-29.
 48. Manuck SB, Kaplan JR, Lotrich FE. Brain serotonin and aggressive disposition in humans and nonhuman primates. In: Nelson RJ, editor. *Biology of aggression*. New York: Oxford University Press; 2006. p. 65-113.
 49. Miczek KA, Fish EW. Monoamine, GABA, glutamate and aggression. In: Nelson RJ, editor. *Biology of aggression*. New York: Oxford University Press; 2006. p. 114-49.
 50. Quanbeck C. Forensic psychiatric aspects of inpatient violence. *Psychiatr Clin North Am* 2006;29:743-60.
 51. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002;9:325-37.
 52. Hahn S, Needham I, Abderhalden C, Duxbury J, et al. The effect of a training course on mental health nurses' attitudes on the reasons of patient aggression and its management. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13:197-204.
 53. Poster EC. A multinational study of psychiatric nursing staffs' beliefs and concerns about work safety and patient assault. *Arch Psychiatr Nurs* 1996;10:365-73.
 54. Krüger C, Rosema D. Risk factors for violence among long-term psychiatric in-patients: a comparison between violent and non-violent patients. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)* 2010;13:366-75.
 55. Finnema EJ, 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. *J Adv Nurs* 1994;19:1088-95.
 56. Secker J, Benson A, Balfe E, Lipsedg M, et al. Understanding the social context of violent and aggressive incidents on an inpatient unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:172-8.
 57. Nolan P, Dallender J, Soares J, Thomsen S, et al. Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs* 1999;30:934-41.
 58. Amore M, Menchetti M, Tonti C, Scarlatti F, et al. Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: clinical study. *Psychiatry Clin Neurosci* 2008;62:247-55.
 59. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs* 2005;50:469-78.
 60. Johnson ME. Violence on inpatient psychiatric units: state of the science. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* 2004;10:113-21.
 61. Nijman HL, Rector G. Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 1999;50:830-1.
 62. Alexander J. Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006;13:543-53.
 63. Vanderslott J. A study of incidents of violence towards staff by patients in an NHS Trust hospital. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1998;5:291-8.
 64. Whittington R, Wykes T. Violence in psychiatric hospitals: are certain staff prone to being assaulted? *J Adv Nurs* 1994;19:219-25.
 65. Ng B, Kumar S, Ranclaud M, Robinson E. Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 2001;52:521-5.
 66. Nijman HL. A model of aggression in psychiatric hospitals. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2002;412:142-3.
 67. Bowers L. Association between staff factors and levels of conflict and containment on acute psychiatric wards in England. *Psychiatr Serv* 2009;60:231-9.
 68. Gudjonsson GH, Rabe-Hesketh S, Szmukler G. Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion. *Br J Psychiatry* 2004;184:258-62.
 69. Hoffmann B, Moebus S, Michalsen A, et al. Health-related control belief and quality of life in chronically ill patients after a behavioral intervention in an integrative medicine clinic--an observational study. [Article in German] *Forsch Komplementarmed Klass Naturheilkd* 2004;11:159-70. [Article in German]
 70. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv* 2005;56:1123-33.
 71. Needham I. Psychological responses following exposure to violence. In: Richter D, Whittington R editors. *Violence in Mental Health Settings*. New York: Springer Science+Business Media; 2006. p. 295-318.
 72. Lanza ML. Nurses as patient assault victims: an update, synthesis, and recommendations. *Arch Psychiatr Nurs* 1992;6:163-71.