



T.C.

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

SAĞLIK HİZMETLERİ ANABİLİM DALI

**HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İSTASYONLARINDA
ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN RUHSAL HASTALIK VE
DAVRANIŞSAL ACİLLERE YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NEBİ ÇELİK

Tez Danışmanı

DOÇ. DR. CANAN AKMAN

ÇANAKKALE – 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK HİZMETLERİ ANABİLİM DALI

**HASTANE ÖNCESİ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ İSTASYONLARINDA
ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN RUHSAL HASTALIK VE
DAVRANIŞSAL ACİLLERE YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NEBİ ÇELİK

Tez Danışmanı

DOÇ. DR. CANAN AKMAN

ÇANAKKALE – 2022

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kuralları'na uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Nebi ÇELİK

21/11/2022

TEŞEKKÜR

Bu tezin gerçekleŐtirilmesinde, çalıŐmam boyunca benden bir an olsun yardımlarını esirgemeyen saygı değer danışman hocam Doç. Dr. Canan AKMAN, alıŐma sÜresince tüm zorlukları benimle göğüsleyen Doç. Dr. etin TORAMAN, Dr. Öęr. Üyesi Emine SEVİ POSTACI, Dr. Öęr. Üyesi İbrahim UYSAL, Karaman İl Ambulans Servis BaŐhekimlięi ve 112 ASH istasyonu çalışanlarına, çalıŐmama destek veren Ülkemizin 112 ASH istasyonlarında görev yapan değerli sağlık personeli arkadaşlarıma, hayatımın her evresinde bana destek olan değerli aileme sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Nebi ÇELİK
anakkale, 2022

ÖZET

HASTANE ÖNCESİ SAĞLIK HİZMETLERİ İSTASYONLARINDA ÇALIŞAN SAĞLIK PERSONELLERİNİN RUHSAL HASTALIK VE DAVRANIŞSAL ACİLLERE YÖNELİK GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nebi ÇELİK

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Sağlık Hizmetleri Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Doç. Dr. Canan AKMAN

21/11/2022, 67

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri istasyonları; ani olarak gelişen hastalık, kaza ve afet durumlarında 7/24 kesintisiz sağlık hizmeti sunan birimlerdir. Yapılan çalışmada hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanlarının ruhsal ve davranışsal acillere yönelik görüşleri ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı türdedir. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatüre dayanılarak anket formu oluşturuldu. Araştırmanın evrenini acil sağlık hizmetleri istasyonlarındaki sağlık personelleri oluşturdu, çalışmaya katılmayı kabul eden 324 kişi ile gerçekleştirildi. Çalışmaya katılanların %53,4'ü lisans ve lisansüstü mezunu, %50,3'ü ATT, %44,1'i AABT, %51,9'unu 11 yıl ve üstü çalışanlardı. Davranışsal ve ruhsal acillere müdahale esnasında herhangi bir yaralanma maruz kalmayanlar %86,4'ünü oluşturmaktadır. Katılımcıların %65,7'si davranışsal acil durumları yönetmek için kendini yeterli hissederken, %87'si davranışsal acilleri yönetmenin zor bir durum olduğunu, %82' ruhsal hastaların tehlikeli olduğunu, %93,2'si müdahale aşamasında güvenlik güçleriyle eşgüdümlü çalışılması gerektiğini, %83 hizmet içi eğitim ve %83,3'de akış şemasına gereksinim olduğu bildirdi. Eğitim durumu ve cinsiyet değişkenlerine göre, davranışsal acil durumlarında sözlü sakinleştirebilme ve müdahalede güvenlik güçlerinin olması gerektiği arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0,05$). Araştırmayla sağlık personelinin tutum, önerileri, bilgi ve becerilerine yönelik elde edilen bulguların literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: AABT, ATT, Davranışsal aciller, HÖASH, Ruhsal Hastalıklar

ABSTRACT

EVALUATION OF THE OPINIONS OF HEALTH STAFF WORKING IN PRE-HOSPITAL HEALTH SERVICES STATIONS ON MENTAL ILLNESS AND BEHAVIORAL EMERGENCIES

Nebi ÇELİK

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Science Thesis in Health Science

Advisor: Assoc. Prof. Dr. Canan AKMAN

21/11/2022, 67

Pre-hospital emergency health services stations; are units that provide 24/7 uninterrupted health service in cases of sudden illness, accident and disaster. In this study, it was aimed to evaluate the views and attitudes of pre-hospital emergency health care workers towards mental and behavioral emergencies. The research is of descriptive type. As a data collection tool, a questionnaire form was created by the researcher based on the literature. The population of the research consisted of the health personnel in the emergency health services stations, and it was carried out with 324 people who agreed to participate in the study. 53.4% of the participants were undergraduate and graduate graduates, 50.3% were ATT, 44.1% AABT, 51.9% were working for 11 years or more. Those who were not exposed to any injuries during the intervention in behavioral and mental emergencies constitute 86.4%. While 65.7% of the participants felt competent to manage behavioral emergencies, 87% said that managing behavioral emergencies is a difficult situation, 82% mental patients are dangerous, 93.2% should work in coordination with the security forces during the intervention phase, 83% reported the need for in-service training and 83.3% the need for a flow chart. A significant difference was found between the ability to verbally calm down in behavioral emergencies and the need for security forces to intervene, according to educational status and gender variables ($p < 0.05$). It is thought that the findings about the attitudes, suggestions, knowledge and skills of the health personnel will contribute to the literature.

Keywords: AABT (Paramedic), ATT (Emergency medical technician), Behavioral emergency, HÖASH (Pre-hospital emergency health careworkers), Mental illnesses

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

JÜRİ ONAY SAYFASI.....	i
ETİK BEYAN.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	viii
TABLolar DİZİNİ.....	ix

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE/ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

3

2.1. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri	3
2.2. Tutum, Yeterlilik ve Öneri	4
2.3. Psikiyatrik Aciller ve Ruhsal Hastalık.....	4
2.3.1. Psikiyatrik Aciller ve Davranışsal Durumların Nedenleri.....	5
2.3.2. Psikiyatrik Acillerde Saldırganlık ve Şiddet.....	6
2.3.3. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Sık Karşılaşılan Psikiyatrik ve Davranışsal Aciller.....	8
İntihar (Suicid Girişimi)	8
Konversiyon Bozukluğu	10
Anksiyete Bozukluğu	12
Depresif Bozukluklar	14
Bipolar (Manik) Bozukluklar	15
Şizofreni.....	17
Alkol, Madde İntoksikasyonu ve Yoksunluk Sendromu (Delirium Tremens)	19

2.3.4. Psikiyatrik ve Davranışsal Acillerin Değerlendirilmesi.....	20
2.3.5. Psikiyatrik Acillerde Hastane Öncesi Acil Bakım.....	23
2.4. Önceki Çalışmalar.....	27

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 29
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi.....	29
3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	29
3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları	29
3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları.....	30
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	30
3.5. Verilerin Analizi.....	30

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM 31
ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Tanımlayıcı İstatistik Analizleri	31
4.2. Sosyo Demografik Özellikler ile Anket Sorularının Karşılaştırılması.	35

BEŞİNCİ BÖLÜM 50
SONUÇ ve ÖNERİLER

5.1. Betimsel İstatistik Analiz Sonuçlarının Tartışılması.....	50
5.2. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi Sonuçlarının Tartışılması.....	53
KAYNAKÇA	58
EKLER	I
EK 1. ÜNİVERSİTE ETİK KURUL ONAYI	I
EK 2. ANKET FORMU	II
ÖZGEÇMİŞ	V

SİMGELER VE KISALTMALAR

AABT	Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri
ATT	Acil Tıp Teknisyeni
DT	Delirium Tremens
EPS	Ekstrapiramidal Semptomlar
HÖ	Hastane Öncesi
HÖ-ASH	Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri
IM	İntra Müsküler
IV	İntravenöz
KB	Konversiyon Bozukluğu
PTSB	Post Travmatik Stres Bozukluğu
SRNI	Serotonin-Norepinefrin Geri Alım İnhibitörleri
SSRI	Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
%	Yüzde

TABLULAR DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Acil Psikiyatrik Değerlendirme Basamakları	21
Tablo 2	Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri	31
Tablo 3	Katılımcıların ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik görüşlerinin dağılımı	33
Tablo 4	Davranışsal acillere yönelik yeterlilik (bilgi-beceri) durumu değerlendirilmesinin demografik özelliklere göre karşılaştırılması	35
Tablo 5	Davranışsal acillere yönelik tutum değerlendirilmesinin demografik özelliklere göre	38
Tablo 6	Davranışsal acillere yönelik önerilerin değerlendirilmesinin demografik özelliklere göre karşılaştırılması	41
Tablo 7	Davranışsal acillere yönelik yeterlilik (bilgi-beceri) durumu değerlendirilmesinin sosyo demografik özelliklere göre karşılaştırılması	43
Tablo 8	Davranışsal acillere yönelik tutum değerlendirilmesinin sosyo demografik özelliklere göre karşılaştırılması	45
Tablo 9	Davranışsal acillere yönelik önerilerin değerlendirilmesinin sosyo demografik özelliklere göre karşılaştırılması	48

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri her türlü acil ve tehlikeli durumlarda acil bakım sunan sağlık hizmetlerinin önem arz eden bir parçasıdır. Ruhsal hastalıklar ve davranışsal aciller hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin bakım sağladığı gruplar arasında yüksek oranda görülmektedir (Pajonk, vd., 2008).

Ruhsal hastalık nedeniyle hastane başvuru sayısı her geçen gün artış göstermektedir. Ruhsal hastalıkların acil servis başvurularını artışına paralel olarak ambulans çağrı ve acil servis nakil oranı da artmaktadır. Psikiyatrik hastalıkları olan bireyler daha fazla ambulans hizmetlerine başvurmaktadır. Ambulans başvuruları bireyin kendisi, çevredeki insanlar ya da güvenlik güçleri tarafından yapılmaktadır (Moskovitz, vd., 2020).

Ruhsal hastalıklara karşı damgalama ve etiketleme sık görülen davranışlardandır. Damgalama ruhsal hastalıklara karşı negatif bir tutum sergilemektedir. Ruhsal hastalığa yönelik damgalama sonucu bireyler sosyal hayattan kısıtlama, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesinde bozulmalar ve tedavi aşamasında olumsuzluklar yaşamaktadır (Tümer, vd., 2019). Acil sağlık hizmetlerinin ilk basamağı olan ambulans hizmetlerinde çalışan personelin tutumu, bilgi ve becerisi tedavi aşamasında önemli bir rol oynamaktadır.

Ruhsal hastalıklar ve davranışsal acil durumların oranı ülkemizde de oldukça artmaktadır. Medikal ve travma vakalarında olay yerinde vaka yönetimi ne kadar önemli ise psikiyatrik acillerde de bir o kadar önem arz etmektedir (Kargin ve Aydın, 2021). Ruhsal problemi olan hastalarda ve psikiyatrik acil durumlarda hastane öncesi sağlık personellerinin olay yeri yönetimi, müdahale aşamasında zorluklar ve kararsızlıklar yaşadığı gözlemlenmektedir (Roggenkamp, vd., 2018). HÖ sağlık çalışanlarının ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik kendini geliştirmiş ve yeterli olması profesyonel ve kaliteli bir acil sağlık hizmetinin sunumunda önemli bir etken olacaktır (Kargin ve Aydın, 2021).

Literatür taramasında ruhsal hastalığa yönelik çalışmalar hastane içi sağlık personelleriyle yapılan çalışmalarla kısıtlıdır. Ruh sağlığını ilgilendiren acil vakalarla ilgili HÖ sağlık personelinin değerlendirilmesine yönelik bilimsel araştırmalar ülkemizde ve

dünyada oldukça az sayıdadır. Bu sebepten çalışmamızın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışmada HÖ-ASH müracaat eden ve ambulans hizmetine gereksinim duyan ruhsal hastalıklı birey ve davranışsal acillere yönelik 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda çalışan sağlık personelinin bilgi-beceri, tutum ve önerilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE/ÖNCEKİ ÇALIŞMALAR

2.1. Hastane Öncesi Sağlık Hizmetleri

Acil Sağlık hizmetleri hasta ve yaralıya olay yerinde, ambulans ve sağlık kuruluşlarında yapılan müdahaleleri kapsamaktadır. Hastane öncesi sağlık hizmetleri; hastalık, kaza ve afet gibi durumlarda sağlık personelleri tarafından hızlı bir şekilde hasta ve yaralının değerlendirilerek, tedavisinin yapıp güvenli bir şekilde sevk edilme aşamalarından oluşmaktadır. HÖ-ASH'yle ani olarak ortaya çıkan durumlarda mortalite ve morbidite düzeyinin azalması amaçlanmaktadır (Şimşek, vd., 2019). Hastane öncesi sağlık hizmetleri olay yerinden hastaneye ulaştırana kadar geçen dönemde verilen sağlık hizmetlerini içermektedir. Bu sebepten dolayı hastane öncesi sağlık hizmetleri ambulans hizmetleri olarakta adlandırılmaktadır (Aslan ve Güzel, 2018). HÖ-ASH'nde hastanın ekip tarafından olay yerinden hızlı bir şekilde alınması, gerekli ve etkin müdahale yapılması ve güvenli transport işlemlerini kapsarken, hastane acil servis hizmetleri ise transportu sağlanan hasta ve yaralının tedavisinin sağlanması ve sağlığının en iyi düzeye ulaştırmasını hedefleyen birimlerdir (Uysal, 2017). Hastane öncesi acil sağlık sistemi ile hastane acil servis hizmetlerinin koordinasyonunun sağlanması acil tıp sisteminin başarılı ve düzenli yürütülmesini sağlamaktadır.

Hastane öncesi sağlık sistemi kaza ve afet, hastalık gibi akut durumlarda hastanın hastaneye ulaştırılmasında sağlanan tıbbi hizmet ve becerilerden oluşan bir bütündür. Hastane öncesi hasta ve yaralıların hayatta kalmasında ve sağlık durumunun iyileşmesinde önemli bir rol üstlenir. Hastane öncesi müdahalenin etkinliğini ve kalitesini doğru bilgi sistemi, iletişim, personelin bilgi ve beceri düzeyi, uygun transport, hasta ve yaralıya ulaşma süresi gibi durumlar etkilemektedir (Bahadori, vd., 2016).

Geçmiş yıllarda bulaşıcı hastalıklara bağlı mortalite ve morbidite oranları ilk sıralarda yer almaktadır. Günümüzde gelişen teknolojik koşullar nedeniyle travma, kardiyovasküler hastalıklar, kanser, madde alımı ve intiharlar önde gelen ölüm nedenleri arasındadır. Gelişen bir HÖ-ASH sistemi bu durumlarda mortalite oranının minimum seviyelere düşmesinde faydalı olacaktır (Şimşek, vd., 2019)

Hastane öncesi sağlık sistemi organizasyon yapısında istasyonlarda 2000' yılların başlarına kadar ekipler, hekim, yardımcı sağlık personeli (hemşire, sağlık memuru), sürücüden oluşmaktadır. HÖ-ASH sistemine 2000 yılından sonra ATT ve AABT dahil edilmiştir. Günümüzde ise personel çoğunluk olarak ATT ve AABT'nden oluşmaktadır.

2.2. Tutum, Yeterlilik ve Öneri Kavramları

Tutum; bir bireye, gruba ve düşünceye karşı kişide yerleşmiş ve özgün olan bir tepkidir. Bireye aittir; bireyin davranış, duyu ve düşüncelerinde tutarlı olması anlamına gelmektedir. Tutum, deneyimlerin, öğrenimin ve duyguların ortaya çıkardığı bir düşüncedir. Tutum zaman içinde değişim gösterebilmektedir (Bağ , 2003).

Yeterlilik; kişinin mesleğine özgü görevleri yerine getirebilmesi için gerekli bilgi, beceri ve tutuma sahip olma durumu olarak tanımlanmaktadır (MEB, 2006).

Öneri; Bir sorunu çözmek, bir amaca ulaşmak için öne sürülen görüş ve düşünceleri içeren cümlelerdir.

2.3. Psikiyatrik Aciller ve Ruhsal Hastalık

Psikiyatrik vakalar hastane öncesi sağlık personelleri için karşılaşılan ciddi ve önem arz eden durumlar arasında bulunmaktadır. Özellikle sağlık personeline psikiyatrik vakalarda bireylerin saldırılarına karşı nasıl önlem alınacağı ve maruz kalınan bu durum karşısında en uygun yaklaşımla tedavinin nasıl uygulanacağı konusunda yeterli bilgi ve beceri kazanabilmesi için eğitim verilmesi gerekmektedir (Bilici, vd., 2013).

Davranışsal acil olgular genellikle ajite hastalardır. Ajitasyon; kişinin kendi ve çevresindeki kişileri güvenliğini tehlikeye atan, tıbbi müdahaleleri engelleyen, sözlü veya motor davranışlar bütünüdür. Ajitasyon saldırganlık ve şiddet içeren bir olgudur (Gülpek, vd., 2019).

Davranışsal acillerde ilk hedef hastayı uyuşturmak değil sakinleştirmek olmalıdır. Davranışsal acil durumlarda 4 aşamalı bir tedavi algoritması uygulanmalıdır Çevresel düzenleme, yatırma, bedensel tespit veya tecrit, farmakolojik müdahale olarak sıralanmaktadır. İlk yapılması gereken müdahale farmakolojik tedaviye başlamadan önce diğer girişimlerin uygulanmasıdır (Flannery, vd., 2011).

Davranışsal acil durumlarda iyi bir psikiyatrik muayene altta yatan tıbbi durumun gözden kaçmamasına yardımcı olmaktadır. Altta yatan tıbbi duruma göre; gerekli önemin gösterilmesi gerekmektedir. Özellikle saldırgan hasta ve ambulans personeli arasındaki iletişim davranışsal acillerin yönetiminde en önemli etkidir. İstasyon çalışanlarına davranışsal aciller ve ruhsal hastaların yönetimi konusunda gerekli eğitimler verilmelidir (Gülpek, vd., 2019).

Ruh sağlığı bozuk bireyler toplum tarafından kabul göremeyen ve uygunsuz duygu, düşünce ve davranış bozuklukları göstermektedir. Bu durum ruhsal bozuklukları olan kişilerin toplum içinde dışlanması, damgalanması sonucu kişiler kendini sosyal toplumdan izole ederek kendisi ve çevresindeki kişilerin hayat şartlarında olumsuz etkiler ortaya çıkarabilmektedir. Ruhsal bozukluğu olan kişiler toplumsal dışlanma ve damgalanma nedeniyle tedaviye olumsuz yanıtlar vermektedir. Bu durumdaki hastalarla 112 personelleri karşısına davranışsal acil vakaları olarak çıkmaktadır (Tümer, vd., 2019).

2.3.1. Psikiyatrik Aciller ve Davranışsal Durumların Nedenleri

Ruhsal hastalıklar ve psikiyatrik acil vakaların hızlı bir şekilde değerlendirilerek altta yatan nedene yönelik tedavi uygulanmaktadır. Hastanın akut psikiyatrik durumuna hızlıca karar verilerek asıl şikâyetine yönelmemiz gerekmektedir (Tintinalli, 2013). Bu hastalar genel olarak panik halinde, ajite ve garip davranışlar sergilemektedir. HÖ psikiyatrik vakaların birçok kısmı çevresine ve kendisine zarar verme eğilimi göstermektedir (Gültürk, 2020). HÖ personelini acil bakımda zorlayan en önemli unsurlardan biri olan davranış değişikliklerinin birçok nedenleri vardır. Akut ve kronik birçok hastalık kişilerde davranış bozukluğuna neden olabileceği gibi altta yatan ruhsal bir hastalık ise davranışlarda değişikliklere neden olmaktadır (Rosen, 2019). Davranış değişikliğine neden olan durumlar;

- Metabolik bozukluklar(Hipoglisemi, Hipoksi, Hiperkarbi, Hiponatremi, Hiperkalsemi, Tiamin eksikliği)
- Enfeksiyon hastalıkları
- Kafa Travmaları
- Organ yetmezliği(Karaciğer ve böbrek yetmezliği)
- Santral sinir sistemi hasarları(Menenjit, ensefalit, beyin hasarı, inme)

- İlaç ve alkol yoksunluğu
- Zihin değişikliği yapan maddelerin kötüye kullanımı(alkol, barbiturat, narkotik, sedatifler, amfetamin ve stimülanlar, halusinojenler)
- Dejeneratif Hastalıklar (Demans, Alzheimer)
- Psikojenik nedenler (Depresyon, panik)
- Zehirlenmeler

Davranış değişikliğine neden olan biyolojik ve organik nedenler dışında geçmiş yaşantısındaki psikososyal olaylar ya da yaşadığı çevredeki sosyal ve kültürel bir çok neden bireyde davranış bozukluklarına yol açmaktadır. Özellikle ruhsal bir hastalık tanısı almış kişilerde madde ve alkol kullanımının birlikte seyrettiği durumlarda yüksek düzeyde davranış bozuklukları gözlemlenmektedir. Ambulans personelinin davranış değişikliğinin ruhsal bir hastalığa mı ya da fiziksel bir nedene mi bağlı olduğunu ayırt etmesinde yardımcı olacak semptomlar bulunmaktadır. Hastanın davranış değişikliği ani başlangıçlı, aşırı salivasyon, inkontinans, hafıza kaybı, ağızda olağan dışı koku varlığı, işitsel olmayıp sadece görsel halüsinasyonlar varsa durumun fiziksel olduğunu düşünülmelidir (“How to manage behavioral emergencies?”, 2015). Olay yerinde yapılan ilk muayenede gözlenen semptomlarla olayın ruhsal hastalığa mı yada biyolojik, organik bir nedene mi bağlı olduğu hakkında karar verilebilir. HÖ-ASH personeli davranış değişikliğine neden olan durumu erken tespit etmesi verilecek tıbbi bakımın hayat kurtarıcı olması ve bakımın kaliteli olmasını sağlayacaktır (Emektar, 2019).

2.3.2. Psikiyatrik Acillerde Saldırganlık ve Şiddet

Şiddet; bireyin karşısındaki kişi ya da gruba karşı fiziksel gücünü kullanarak tehdit etmesi veya tehdit durumunun eyleme dönüşmesi sonucu karşısındaki kişide yaralanma, ölüm, psikolojik olumsuzluklar ve gelişimde gerilemeler oluşturduğu durum olarak tanımlanmaktadır. Kısacası şiddet insanların psikolojik ve fiziksel olarak acı çekmesine neden olabilecek davranışsal durumlardan oluşmaktadır (Avcı, 2014). Şiddet olayını aile, sağlık durumu ve çevresel olaylar etkilemektedir. Psikiyatrik hastalarda, alkol ve madde kullanımı olan kişilerde şiddet ve saldırganlık gösterme eğilimi görülmektedir (Durmuş, 2019).

Hastane öncesi sağlık çalışanları çalışma zamanının her anında saldırganlık ve şiddet olaylarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Davranışsal acil durumlarda kişinin kendisine ve

başkasına zarar vermeye yönelik hareketler sergilemesi sağlık çalışanları için risk oluşturmaktadır. Başkasına zarar verme eğilimi olan vakalar hastane öncesi sağlık personeli için sıkıntılı ve zor vakalar olarak görülmektedir. HÖ sağlık personeli yaklaşan şiddeti öngörmeli ve ona göre güvenliğini sağlamalıdır. Yaklaşan şiddet belirtileri; bağırarak, tehdit etmek, yumruklarını ve dişlerini sıkmayı içermektedir (“How to manage behavioral emergencies?”, 2015). Saldırganlık ve şiddet normal davranışlar olmamakla birlikte her zaman ruhsal hastalığı olan kişiler tarafından sergilenmemektedir. Saldırganlık ve şiddet altta yatan psikiyatrik bir bozukluğun belirtisi olma ihtimali yüksektir (Emektar, 2019; Gültürk, 2020).

Davranışsal acil durumların yaklaşık %70’e yakını saldırgan ve şiddet uygulamaktadır. Ruhsal sorunları olan bireyler genellikle ajite ve negatif duygular içermekte ve HÖ sağlık çalışanları bu vakalarla sıklıkla karşılaşmaktadır. Sağlık personelleri sözlü ve fiziksel şiddete çoğu zamanlarda maruz kalmaktadır. Yapılan bir çalışmada ise ATT ve paramediklerin çalışma alanında %61’inin saldırıya maruz kaldığını ve %25’nin yaralandığı tespit edilmiştir (Emektar, 2019).

Ruhsal bozukluğu olan vakalar ve davranışsal aciller karakteristik olarak saldırgan davranışlar göstermektedir. Ruhsal hastalıkların bakım ve tedavisinin ilk aşamasında yer alan hemşireler hastalar tarafından fiziksel, cinsel, duygusal ve sözel şiddete en sık maruz kalan yardımcı sağlık personeli grubudur.(Moylan ve Cullinan, 2011). Ruh sağlığı bozuk hastaların tedavisi ile ilgilenen psikiyatri uzmanları diğer uzmanlıklara göre 2 kat fazla şiddete uğramaktadır. Psikiyatrların %48’inin hasta ve hasta yakınının şiddetine maruz kaldığı görülmektedir (Bilici, vd., 2013).

Alkol ve madde kötüye kullanımı, saldırganlık öyküsü, halüsinasyonlar, kesici ve delici alet varlığı, tehditkar tutumlar, adli vakalar saldırganlık için risk etmenleri olmaktadır. Sağlık personelinin saldırganlığı öngörebilmesi ortam ve can güvenliği için önemli bir unsurdur. Saldırgan davranışlar gösterme potansiyeli yüksek hastaya önyargılı ve negatif bir tutumla yaklaşım hastada saldırganlığın şiddetini yükseltmektedir (Gültürk, 2020).

Saldırgan ve şiddet eğiliminde bulunan hastalarda öncelikli olarak davranışın nedeni saptanmalıdır. HÖ sağlık personelinin yaklaşımı cezalandırıcı, tehdit edici olmamakla birlikte karşısındaki kişi ile empati yaparak iletişim kurmalıdır. Saldırgan

hastalara yardımcı, anlayışlı ve hastanın kararlarına saygı gösteren biri tutum içerilmelidir. İletişim kurulamayan saldırgan hastalarda güvenlik güçlerinden yardım talep edilmesi gerekmektedir.

2.3.3. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Sık Karşılaşılan Psikiyatrik ve Davranışsal Aciller

Psikiyatrik acil vakalar hem hastada hem de çevredeki kişilerde huzursuzluk oluşturan durumlar olmaktadır. Ruhsal hastalıkların kriz anında ve akut psikiyatrik durumlarda, kişinin kendisi ya da yakınları acil sağlık hizmetlerinden yardım talep etmektedir. Hastane öncesi sağlık personeli bu tarz vakalarda gerekli bilgi ve beceriye sahip olarak hastalığı tanımalı ve gerektiğinde profesyonel yaklaşımla uygun tedaviyi sağlayabilmelidir. Hastane öncesi personeline ruhsal hastalıkların kriz anları ve madde, alkol kullanımına bağlı gelişebilen akut davranışsal bozukluklar tedavi aşamasında zorluklar oluşturmaktadır. Hastane öncesi sağlık personelleri psikiyatrik aciller konusunda eğitilmiş ve alanında uzmanlaşmış olması müdahale aşamasını kolaylaştırmaktadır (Uysal, 2017).

HÖ sağlık çalışanlarının karşısına ruhsal hastalık tanısı almış bir vakadan hiç hastaneye başvurmamış tanısı olmayan vakalar olabilmektedir. Psikiyatrik acil vakalar basit bir sınav kaygısından ileri düzeyde psikoz, şizofren gibi ruhsal hastalığı olan vakalar olarak sağlık personellerinin karşısına çıkmaktadır (Uysal, 2017).

İntihar (Suicid Girişimi)

Ölüme neden olacağı bilinerek kişinin kendisinin neden olduğu ölüme öz kıyım denmektedir. İntihar girişimi sıklıkla strese bağlı olarak yaşam koşullarına tepki ya da ruhsal hastalığı olan kişiler tarafından gerçekleşmektedir. İntihar girişimi düşüncesi kişinin herhangi bir akıl sağlığı probleminden kaynaklanacağı gibi travma ve bedensel bir sağlık sorununa bağlı olarak da gelişmektedir. Ruh hastalığı problemi olanların %30'a yakın bir kısmında intihar eğilimi olmaktadır (Tintinalli, 2013). İntihar düşüncesi olan kişiler genellikle depresyon bulguları olan ve kendi hayatını kontrol edemeyeceğini düşünen bireylerden oluşmaktadır (Akküçük, 2016).

İntihar girişimi kişilerin kasıtlı olarak kendini cezalandırmak istemesinden kaynaklanmaktadır. Kişiler intihar eyleminin gerçekleşmemesi halinde tekrarlayan girişimlerde bulunmaktadır. Geçmiş öyküsünde ve çevresinde intihar girişiminde bulunan

kişiler intihar eylemi açısından yüksek risk içermektedir. Bu hastalar mümkün olduğunca hızlı bir şekilde olay yerinden uzaklaştırılması gerekmektedir (Akküçük, 2016).

İntihar edecek hastaların değerlendirilmesi diğer ruhsal hastalıklardan farklı olmaktadır. Öncelikle kişide intihar riskini artıran ya da azaltan faktörleri belirleyip, güvenli ortam sağlanarak kişiye yaklaşım gerekmektedir. HÖ sağlık personeli intihar riskini arttıran etkenleri değiştiremez ancak bu etkenleri kısa sürede azaltarak intihar düşüncesini ortadan kaldırabilir.

Hastane öncesi çalışanlarının olay yerindeki en büyük korkusu depresyon hastaları ve ya intihar düşüncesi olan vakalara suicid hakkında sorular sormak olmaktadır. Korkunun nedeni ise kişilerin aklına bu fikri yerleştirmek olacağını düşünmesidir. Kişilere bu soruyu sormak onun var olan fikrini değiştirmez aksine onunla iletişim kurmamızı ve kişinin rahatlamasını sağlamaktadır. Öncelik olarak kişinin geçmiş öyküsü, ailede veya kendisinde intihar girişimi olup olmadığı, sosyal yaşantısı, ilişki ve statü kaybı gibi durumlar yaşayıp yaşamadığı sorgulanmalıdır (Wheat, vd., 2016).

İntihar girişimini etkileyen bazı risk faktörleri vardır. Bu risk faktörleri;

1. Erkek
2. Dul ve boşanmış
3. İşsizlik
4. Depresyon
5. Şizofreni
6. Yalnız yaşamak
7. Umutsuzluk, ciddi endişe, panik durumlar
8. Madde ve alkol kullanımı
9. İntihar girişimi ve düşüncesi geçmişi

İntihar girişimine neden olan risk faktörleri zamanla değişiklik göstermektedir. Sağlık personeli yardım ederek intihar edecek olan kişinin düşük olan intihar risk faktörünün ortadan kalkmasına neden olabilmektedir. İntihar düşüncesi olan vakalar bu durumu ilk başlarda kabul etmemektedir. Ancak bu durumunda riskin ortadan kalktığı anlamına gelmemelidir. Özellikle kişinin aile üyeleri ve arkadaşları tarafından intihar düşünce olgusu her zaman sorgulanmadır (Rosen, 2019).

Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çalışanları intihar girişimi olan vakalar ile karşılaştığında ilk önceliği güvenliği sağlamaktır. Hasta ile güven verici bir iletişim kurmalı ve işbirliği yaparak intihar girişimine engel olmaya çalışmalıdır. İntihar girişiminin engellenmesinden sonra hastanın fiziksel muayenesi ve psikiyatrik değerlendirmesini hızlıca yapılmalıdır. İntihar girişimi olan vakalar eylemi tekrarlama ihtimalinden dolayı olay yerinde bırakılmayarak en yakın sağlık kuruluşuna nakledilmesi gerekmektedir. Bu hastalar asla yalnız başına bırakılmamalıdır.

İntihar girişimi olan vakaların saldırganlık ihtimali yüksek olduğundan hastane öncesi sağlık çalışanları güvenlik açısından tedbirli yaklaşması gerekmektedir. Kişinin kendisine, çevresindeki insanlara ve sağlık personeline zarar verme ihtimalinden dolayı güvenlik önlemleri alındıktan sonra hastanın kısıtlanmasına karar verilmektedir. Hastalar üzerinde fiziksel ve kimyasal kısıtlamalar uygulanmaktadır. İntihara bağlı ölümler sık karşılaşılan bir durum olsa da önlenabilir ölümler arasındadır. Özellikle risk faktörlerinin ortadan kaldırılması ve uygun tedavi yöntemleri ile intihar düşüncesi ve davranışı engellenmektedir. Hastane öncesi sağlık hizmetleri olay yerinde etkin iletişim ve verdiği hızlı kararlarla bu girişimi engelleyecek ve kişinin tedavisi için uygun birime naklini sağlayan acil sağlık sistemin birinci basamağını oluşturmaktadır (Rosen, 2019).

Konversiyon Bozukluğu

Konversiyon bozukluğu; psikolojik nedenlerin eşlik ettiği, fiziksel bir bozukluğu düşündürecek şekilde bedensel bozukluklara ve işlev kayıplarına neden olan bir veya birden fazla nörolojik bozukları taklit eden belirtiler gösteren bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Büyükbayram ve Engin, 2021; Uğuz ve Toros, 2003). Konversiyon bozuklukları sık karşılaşılan somatoform bozukluklardandır. Konversiyon tanısı koymak için kişide anormal şekilde duygu, düşünce, davranış bozuklukları ile birlikte kalıcı ve klinik bir şekilde fiziksel semptom varlığının olması gerekmektedir (Tintinalli, 2013;Rosen, 2019). Konversiyon bozukluklarında nefes darlığı ve bayılma en sık görülen fiziksel belirtilerdir (Şahin, vd., 2021). KB'nun etiyolojisinde çeşitli psikodinamik görüşler, nörobiyolojik ve genetik etmenler, sosyo-kültürel etkenler bulunmakla birlikte birçok etkenin neden olabileceği düşünülmektedir (Kizilkurt, vd., 2018).

Konversiyon bozukluğu somatoform bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Somatizasyon; duygusal bir bozukluk tek taraflı bir hastalık olmayıp duygusal

bozuklukların fiziksel yakınmalarla ve belirtilerle görülmesidir. Nedeni açıklanamayan bedensel yakınmalar ve fiziksel semptomlar konversiyon bozukluğunu düşündürmelidir (Kandemir, vd., 2013).

Konversiyon hastalığı genç ve ergenlerde, kadın cinsiyetinde erkeklere göre sık görülmektedir. Sosyo-ekonomik durumu düşük olanlar, eğitim seviyesi düşük olanlarda, ailevi ve iş hayatında problemi olan kişilerde görülme olasılığı yüksektir. Konversiyon bozukluğunda altta yatan bir tıbbi hastalık, depresyon, anksiyete, şizofreni gibi durumlar hastalığın oluşumunu tetikleyen unsurlar olmaktadır.

Konversiyon bozuklukları, sebebi bilinmeyen fiziksel belirtilerle karakterize somatoform bozukluklar arasında en sık görülen psikiyatrik sağlık sorunlarından birisidir. Sebebi bilinmeyen nörolojik ve mental değişiklikler gözlemlenmektedir (Tintinalli, 2010). Konversiyon bozukluğuna bağlı dünya genelinde acil servislere ve psikiyatri dışı polikliniklere başvuru oranı oldukça yüksek olmaktadır (Uysal, 2017). Özellikle gelişmemiş ülkelerde % 1-3, gelişmekte olan ülkelerde ise %10 oranında bir acil servis başvuru oranı olmaktadır (Büyükbayram ve Engin, 2018). Konversiyon bozukluğuna bağlı ülkemizde acil servis başvuru oranları ise %12-47 aralığında görülmektedir (Şahin, vd., 2021).

Konversiyon bozukluklarında klinik olarak kaslarda zayıflık, felç, tremor, koordinasyon bozuklukları, anestezi, disfoni, görme bozuklukları, işitme problemleri, koku alamama, yutkunma güçlüğü, saldırganlık ve nöbetler görülmektedir. Nöbetler hastaların işbirlikçi olduğu, idrar kaçırma ve post-iktal konfüzyonun görülmediği epileptik olmayan (yalancı epilepsi nöbetleri) nöbetler olarak karşımıza çıkmaktadır (Gültürk, 2020).

Konversiyon bozukluğunda klinik belirtilere neden olan bir organik hastalık varlığının saptanması sonucu kesin tanı konmaktadır. Organik hastalık dışlandıktan sonra ağrı, algı, koma, körlük, motor, nöbetlerin düzeyini değerlendirmek için uygulanan fiziksel testlerle tanı kesinleştirilmektedir.

Konversiyon hastalığının tedavisinde olay yerinde yapılacak ilk müdahale çevredeki kalabalık ve aile fertlerini uzaklaştırmaktır. Konversiyon bozukluğu olan hasta ile iletişim kurarken gereksiz tartışmalara girilmemelidir. Hastaya işbirlikçi bir yaklaşımla onu dinleyerek neler hissettiğini anlamaya ve yaşadığı fiziksel bozuklukları dinlemeye gayret

göstermek gerekmektedir. Konversiyon hastalığı uygun yaklaşımla kolay ve hızlı müdahale edilebilecek bir bozukluktur. Bazen altta yatan tıbbi hastalıklar, sosyal durum konversiyon krizlerini şiddetlendirmektedir. Sağlık personeli hastanın öyküsünü aldıktan sonra çözüme odaklanmalıdır. Hastaların telkin edilmesi sonucu %50-90 arası hastada kısa sürede davranış değişikliği gözlenerek durumunda rahatlama olmaktadır. Anksiyolitik ilaçlar konversiyon bozukluğunun yönetiminde fayda sağlamaktadır (Tintinalli, 2013; Gültürk, 2020).

Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete; istenmeyen bedensel hareketlerle birlikte seyreden, kaygı, endişe hali olup kişinin yaşadığı stres durumuna gösterdiği tepki olarak tanımlanmaktadır (Ayan, 2019; Li, vd., 2016). Anksiyetenin uzun süre ve yüksek düzeyde yaşanması gelecekte fizyolojik sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Derleyen Taşkın, 2018). Anksiyete var olmayan bir tehdit yokluğunda ya da tehdit durumunda orantısız olarak ortaya çıkan bir durum ise hastalık olarak nitendirilerek kişinin normal yaşantısında engeller oluşturan bir bozukluktur. Anksiyete bozuklukları ergenlik döneminde ve erken yetişkinlikte başlamaktadır (Ströhle, vd., 2018).

Anksiyete bozuklukları; kişinin psikolojik yaşamında kaygı, endişe ve korku halinin hakim olduğu mental bir bozukluktur. Anksiyete; altta yatan tıbbi bir hastalık, psikolojik ve nörolojik bir duruma bağlı gelişmektedir. Bazı durumlarda ise anksiyete bozukluğu farklı ruhsal hastalıkların oluşması için risk faktörü olmaktadır (Ströhle, vd., 2018). Anksiyete bozuklukları en sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Anksiyete bozukluğunun kronikleşmesi toplumlar açısından sosyo-ekonomik yük oluşturmaktadır. Klinikte yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, sosyal anksiyete bozukluğu ve özgül fobi en sık görülen anksiyete bozuklukları olarak karşımıza çıkmaktadır (Zwanzger, 2016). Anksiyete bozuklukları mental bozuklukların tanısallık ve sayımsallık el kitabında (DSM-IV) genel tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu, maddeye bağlı anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu (agorafobili, agorafobisiz), yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk, sosyal fobi, özgül fobi, akut stres bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, karışık anksiyete depresif bozukluk, başka türlü adlandırılmayan anksiyete bozuklukları olarak sınıflandırmaktadır (Karamustafalıoğlu, vd., 2011).

Anksiyete atakları olmayıp kişide sürekli olarak endişe, kaygı halini olması ve en az altı sürede uykusuzluk, çabuk öfkelenme, kaslarda gerginlik, dikkat dağınıklığı gibi bulgular varsa yaygın anksiyete bozukluğunu varlığından şüphelenilmelidir. Anksiyete bozuklukları toplumda %4-8 oranında görülürken kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek düzeyde rastlanmaktadır (Tintinalli, 2013). Anksiyete bozuklukları genellikle ruhsal bozukluk veya madde bozuklukları ile birlikte görülmektedir (Bandelow, vd., 2017). Anksiyete belirtileri bireyler arasında farklılıklar göstermektedir. Genellikle anksiyete bozukluklarında taşipne, taşikardi, hipertansiyon, huzursuzluk, tremor, aşırı terleme, baş dönmesi ve senkop gibi fizyolojik belirtiler görülmektedir (Karamustafalıoğlu, vd., 2011).

Panik bozukluk, panik atakları olana bireylerin atakların geleceğine yönelik beklenti ve kaygı yaşamasına bağlı gelişen anksiyete bozukluğudur. Panik atak ölüm hissini eşlik ettiği sık görülen anksiyete bozukluğudur. Kadınlarda görülme oranı erkeklere göre daha yüksektir. Panik atakta; çarpıntı, terleme, nefes darlığı, boğulma hissi, nefes darlığı, karın ağrısı, bulantı, ölüm korkusu, titreme, baş dönmesi, sersemlik gibi belirtiler görülmektedir. Belirtilerden en az dördünün varlığında panik atak tanısı konmaktadır (Ray, vd., 2012).

Panik bozukluk yaygın olarak tekrar eden kronik bir hastalık olarak bilinmektedir. Panik bozukluk bir yer veya bir durumdan kaçınma korkusu (agorafobi) ya da agorafobi olmadan görülmektedir. Agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluklar kişinin sosyal hayatında kısıtlamalara neden olduğundan ağır seyreden bir tablodur (Tintinalli, 2013).

Ciddi travmalar bağlı gelişen post-travmatik stres bozukluğu diğer en sık görülen anksiyete bozukluklarındandır. Genellikle yaşanmış kötü bir olay, hayatı tehdit eden durumlar ve ciddi psikosozal stresler karşı gelişen anksiyete olarak bilinmektedir. PTSTB sonrası en sık görülen olumsuzluk kişinin madde ve alkol kötüye kullanımınıdır (Gültürk, 2020). Anksiyete bozuklukları genellikle hastane öncesinde acil müdahale gerektirmeyebilir, ancak hastanın fiziksel hastalıklarından kaynaklanan bulgularına acil müdahale gerekmektedir. Anksiyete bozukluğu olan kişiler sessiz ve çevresel uyaranların az olduğu bir ortamda sakinleşmektedir. Hasta yakınlarından anksiyete bozukluğu bulunan kişinin sakinleşmesi konusunda destek alınabilir. Anksiyete bozukluklarında hastalara hastalığın hayatı tehdit edici bir durum olmayacağı uygun bir dil ve güven verici yaklaşımla tedavinin mümkün olduğunu anlatılmalıdır. Anksiyete bozukluklarının

tedavisinde psikoterapi, farmakolojik tedavi ya da her ikisinin birlikte kullanıldığı tedaviler uygulanmaktadır. Psikoterapide bilişsel davranışsal terapi en sık kullanılan psikoterapi yöntemi olmaktadır. Farmakolojik olarak ise serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri (SRNI) önerilmektedir. Hastaların kendisine ve çevresine zarar verme olasılığı varsa akut durumlarda benzodiazepin grubu ilaçlar kullanılmaktadır (Bandelow, vd., 2017; Ströhle, vd., 2018).

Depresif Bozukluklar

Depresyon kişinin kederli, çökkün halde olması, işlevsel ve yaşamsal aktivitelerin azalmasına sebep olacak düzeyde mutsuzluk halinin görüldüğü duygusal tablodur. Depresyon en sık görülen duygu durum bozuklukları arasındadır. Depresyon düzeyi hafif, orta, ağır olarak değişmektedir (Celik ve Hocoğlu, 2016).

Depresyon hastalığı çaresizlik ve mutsuzluk duygularının ağır bastığı bir psikiyatrik bozukluktur. Toplumda %20'ye yakın görülme oranı gözlemlenmektedir. Depresyonun kadınlarda %10-25 oranında görülürken erkeklerde %5-12 oranında bir görülme sıklığı vardır (Karamustafaloğlu, vd., 2011). Yaşlılık döneminde ise depresyon ile demans hastalığı karıştırılarak tanıda zorluklar yaşanmaktadır. Demans ile depresyonu ayırt edici özelliği ise depresyon tedaviye yanıt veren bir tablo olmasıdır. Birden fazla majör depresif atakların görülme durumunda hastaya majör depresif bozukluk tanısı konmaktadır (Rosen, 2019). Depresyon hastaların fiziksel davranışlarda azalma ya da artma görülmektedir.

Depresif bozukluklarını diğer ruhsal bozukluklardan ayıran belirtiler;

- Her gün ve günün büyük bir kısmında çökkün duygu durum hali
- Günlük aktivitelere karşı ilgisizlik ve istek kaybı
- Diyet yapılmadığı halde kilo kaybı ve iştahsızlık
- Aşırı uyku hali ve uykusuzluk
- Halsizlik, yorgunluk hissi, enerji kaybı
- Kendini değersiz, küçük görme ve suçlu ya da günahkar hissetme hali
- Düşünme ya da konsantrasyon yeteneğinde azalma olması
- Psikomotor ajitasyon veya yavaşlama
- Tekrarlayan öz kıyım düşüncesi, planları ve öz kıyım eylemi varlığının bulunması

Bu belirtilerin en az beş tanesinin iki hafta süre varlığında hastada majör depresif bozukluktan şüphelenilmelidir. Majör depresif hastalar olay yerinde bırakılmayarak hastaneye nakli sağlanmalıdır. Majör depresif bozukluğu bulunan vakalarda; suicid riski bulunan, ağır depresif ve yetersiz sosyal destek alanlar, daha önceki tedavilere yanıt alınamamış olanlar, bakıma muhtaç klinik tablosu ağır ve psikotik bulguları olan vakalar mutlaka hospitalizasyon gerekmektedir.

Hastane öncesi sağlık personeli olay yerinde depresif hastaya destekleyici yaklaşım sergilemelidir. Hastayla sözlü iletişime geçerek intihar düşüncesinin olup olmadığı sorgulanmalıdır. Hastayla güvene dayalı bir iletişim kurarak hastanın işbirliğini artırmak, hastaya karşı açık sözlü, empati ve umut verici olması gerekmektedir. Depresyon bozukluğunun geçmeyeceğini düşünen hastalara durumun düzelebileceğini anlatmakta fayda sağlamaktadır. Hasta aşırı derecede depresif, psikotik ya da ajite davranışlar gösteriyorsa hasta yakını ve aile fertlerinin yardımını almak tedavi ve hastaya yaklaşımda yararlı olmaktadır.

Bipolar (Manik) Bozukluklar

Geçmiş yıllarda manik depresif bozukluk olarakta bilinen bipolar bozukluklar kişinin ruhsal durumunda bir uçtan öteki uca doğru anormal bir şekilde değişimin gözlemlendiği ruhsal bir bozukluktur. Kişinin düşünce ve ruh halinde anormal şekilde dalgalanmalar görülmektedir. Hastalar anormal durumun aksine kendinin normal olduğunu düşünmekte, aşırı özgüven ve hiperaktivitenin olduğu öfori hali mevcut olmaktadır (Akküçük, 2016).

Bipolar bozukluklar ruh hali ve kişinin enerji düzeyinde dalgalanmaların görüldüğü kronik bir hastalıktır. Özellikle gençlik dönemlerinde bilişsel ve işlevsel bozukluklar yaparak intihara bağlı ölümlere neden olduğundan mortalite oranı yüksek ve engelliğin nedenleri arasında gösterilen bir bozukluk olarak görülmektedir (Grande, vd., 2016; Vieta, vd., 2018).

Bipolar bozukluklar iki uçlu bozukluklar olarakta tanımlanmaktadır. Hastalığın bir ucunda manik epizotlar (aşırı heyecan ve taşkınlık) diğer ucunda ise manik depresif (çökkünlük) hali görülmektedir. Hastalığın yaşam boyu görülme sıklığı %2,4 olarak bilinmektedir. Bipolar bozukluklara 25-40 aralığında görülürken kadın ve erkeklerde

görülme sıklığı eşit oranlarda olmaktadır. Bipolar bozuklukların görülme sıklığında ve seyirinde yaşanan çevre, aile ortamı ve hastanın yatkınlık durumu gibi faktörlerin etkisi gözlemlenmektedir.(Atagün, vd., 2021; Gültekin, vd., 2014). Hastalığın başlangıç yıllarının genellikle ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerde olması nedeniyle hastalığın erken tanınması erken tedavi başlanması hastalığın seyri için önemli unsurlardandır (Kesebir, vd., 2013).

Bipolar bozukluklar manik ve hipomani olarak kişinin işlevsellik ve motor davranışlarının değerlendirildiği iki dönem bulunmaktadır. Manik atak döneminde kişide sosyal ve mesleki işlevsellik bozulmakta, psikotik bulgular görülmekte ve hastaların hastaneye yatış yapılarak tedavisin sürdürülmesi gerekmektedir. Hipomanik durumda ise işlev bozukluğu dışarıdan başkası tarafında görülmekte ancak ciddi bir bozukluğa neden olmadığı için hastane yatmadan tedavi olabilmektedir. Manik atak dönemleri bir hafta yaygın olarak devam ederken hipomani dört günlük bir zamanda belirti göstermektedir (Grande, vd., 2016).

Bipolar tanısı klinik olarak belirlemek ilk dönemlerde oldukça zor bir durumdur. Hastalar ilk başlarda depresif bulgular gösterdiği için hastalığın tanınması gecikmektedir (Grande, vd., 2016). Bipolar bozukluklarının çoğunlukla depresyon hastalığından bir geçişin olduğu gözlemlenmektedir. Yapılan meta analizde ailede bipolar bozukluğu olanlar, erken yaş başlangıçlı depresyon hastalığı ve psikotik bulguların olduğu depresif bozukluklarda bipolar bozuklukların oluşumunun yüksek düzeyde görüldüğü bildirilmiştir. Gençlerde duygu durum değişiklikleri, sinirlilik, kaygı ve depresyon bulguları varsa bipolar bozukluk görülme olasılığı fazla olmaktadır (Vieta, vd., 2018). Bipolar bozukluk görülen hastaların genel özellikleri;

- Özgüvende artış görülmesi
- Hiperaktivite durumu
- Artmış sosyabilite
- Aşırı ve sınırsız neşelilik durumu
- Mantıksız ve yüksek tonda hızlı konuşma hali
- Aşırı para harcama eğilimi
- Bazı mani hastaları irritabl mizaçtır. Sinirli, kavgacı ve kızgın olabilmektedirler.
- Manik epizottan depresif epizotta geçiş zamanlarında öz kıyım riski yüksektir.

Manik atak dönemlerinde hastalarda bulguların şiddetlenmesi sonucu riskli hareketlerin olduğu veya davranışlarının çevrede rahatsızlık verdiği durumlarda acil sağlık hizmetlerinden yardım talep edilmektedir. Bazende bipolar bozukluklara travmataik acil durumlar nedeniyle hastana öncesi acil sağlık birimleri çağrılmaktadır (Rosen, 2019).

Bipolar bozukluklar manik atak dönemlerinde hastalığı kabul etmediklerinde tedaviyi kabul etmemektedirler. HÖ sağlık personeli hastalarla iletişim kurarken sabırlı, kararlı ve sakin davranmalıdır. Bipolar hastalar kapalı mekanlardan ve günlük aktivitelerinin kısıtlamasından hoşnut kalmamaktadır. Bu sebepten hastayı çevresel uyaranlardan uzak, sessiz ve sakin bir yerde dinlemek faydalı olmaktadır. Hastaların psikomotor hareketlerinde artış olduğundan şiddet ve ajitasyon eğilimleri görülmektedir. Özkıyım düşüncesi, saldırganlık ve ajitasyon gösteren hastalar hastaneye nakli sağlanmalıdır. HÖ sağlık personeli hastayı nakil etmekte zorluk yaşadığı durumlarda güvenlik güçlerinden yardım istemelidir.

Şizofreni

Şizofreni; sanrılar ve halüsinasyonların görüldüğü ciddi bir psikiyatrik bozukluktur. Şizofrenin karakteristik özellikleri temel işlevlerde azalma, halüsinasyon, düzensiz konuşma, düzensiz davranış, dikkat eksikliği, duygusal çekilme, zevk alamama ve en az bir ay süre görülen tutarsızlık gibi davranışlardan oluşmaktadır. Şizofreni hastalarında sıklıkla işitsel halüsinasyonlar görülmektedir. İşitsel halüsinasyonları tat, koku, görme ve dokunma halüsinasyonları izlemektedir (Tintinalli, 2013).

Şizofreni dünya genelinde %1 oranında görülme sıklığı olan ciddi bir psikiyatrik hastalıktır. Şizofreni vakalarının üçte ikisinde altı aylık bir dönemde iyileşme olurken üçte birlik kısım ise klinik şizofreni olarak tedavi edilmektedir. Şizofreni ergenliğin son dönemlerinde ve yetişkinliğin ilk yıllarında başlamaktadır. Şizofreni hastaları çocukluk döneminde utangaç, içe kapanık, anormal ve paranoyak davranışlar sergilemektedir (Gültürk, 2020). Şizofreni hastalarında ajitasyon sık görülmekle beraber yaşlılık, madde kullanımı gibi etkenler ajitasyon şiddetini etkilemekte ve hastada saldırganlık oluşturmaktadır (Citrome, 2021). Şizofreni hastalarının %25'inde saldırganlık tablosu ile karşılaşmaktadır (Pan, vd., 2022)

Şizofreni birey ve toplum açısından yıkıcı olan bir bozukluk olup bireyin duygu, düşünce, dikkat ve motor davranışları üzerinde etkili olan klinik, bilişsel, sosyal yönden engelleyen bir hastalık olarak bilinmektedir (Polat, 2018). Şizofreni hastalarında görülen halüsinasyon, sanrı gibi durumlar pozitif belirtiler duyguda küntleşme, isteksizlik, enerjide azalma negatif belirtileri oluşturmaktadır. Negatif belirtilerin varlığından dolayı şizofren hastalarında yalnızlık ve kısıtlama gibi durumlar onları olumsuz yönde etkilemektedir. Özellikle Covid-19 gibi halkın genelini etkileyen halk sağlığı problemlerindeki kısıtlamalar şizofren hastalarını toplumdaki diğer bireylere oranla daha fazla etkilemektedir (Yıldız ve Gürcan, 2020).

Şizofreni de davranış ve düşüncelerde organizasyon bozukluğu görülmektedir. Dağınıklık, kişisel temizliğe önem vermemek, iletişimde kopukluklar ve garip davranışların bulunduğu durumlar şizofrenin hastalığını göstergesi olmaktadır. Şizofreni psikososyal işlevleri bozan ve yaşam boyu süren bir hastalık olduğundan kişinin yaşam kalitesini de düşürmektedir (Alptekin, vd., 2014). Şizofreni; erkeklerde kadınlara göre daha erken yaşlarda görülürken sosyo ekonomik düzeyi düşük kişilerde sosyo ekonomik düzeyi yüksek kişilere göre beş kat daha fazla görülmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

Şizofreni hastalığı kronik bir hastalık olduğundan kişinin hayatının her aşamasında etkileri olmaktadır. Şizofreni tanısı konmuş kişilerin tedavisindeki temel hedefler; hastalığın belirtilerini azaltmak, bireyin yaşam kalitesini yükseltmek, hastalığın yıkıcı etkilerini azaltmak ve bireyin topluma uyumunu sağlamaktır. (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Şizofreni hastalarının hastane öncesi ambulans çağrı nedenleri; aşırı stres ve ilaçlarını düzenli kullanmaması, psikoz belirtilerinin şiddetlenmesi, intihar, şiddet ve nöroepileptik ilaçların oluşturduğu yan etkilere bağlı olmaktadır (Gültürk, 2020).

Hastane öncesi bakımda hastanın şizofrenik atak durumundaki belirtilere göre yaklaşımda bulunmak gerekmektedir. HÖ sağlık personeli öncelikle hastalarla güvene dayalı bir iletişim kurmalıdır. Şizofreni vakaları ile iletişim kurmak diğer psikiyatrik vakalara göre zor bir durum olduğu için ambulans personeli sabırlı olmalıdır. Hastalığın semptomlarını çevresel faktörler etkileyeceğinden sakin ve provokasyondan uzak bir ortam sağlanmalıdır. Hastada özkıyım düşüncesi, saldırganlık ve ajitasyon varsa mutlaka hastaneye nakli sağlanmalı gerekirse güvenlik güçlerinden destek istenmelidir. Şizofrenik atakta akut dönemde hedef semptomların azaltılması ve davranışsal durumun düzeltilmesi

olmalıdır. Saldırgan davranışlar sergileyen başkasına ve kendine zarar verme olasılığı olan hastalara KKM hekimine danışarak benzodiyazepin ve antipsikotik ilaçlar uygulanmaktadır. İlaç tedavisi sonrası hastada sakinleşme ve davranışlarda değişiklik olmazsa fiziksel kısıtlama tercih edilebilir (Alptekin, vd., 2014; Gültürk, 2020; Summakoglu ve Ertugrul, 2018).

Alkol, Madde İntoksikasyonu ve Yoksunluk Sendromu (Delirium Tremens)

Bireyde bağımlılık yaratan ve psikoaktif etkileri olan vücuda çeşitli yollardan alınabilen her şeye madde denmektedir. Alkol ve maddelerin yüksek doz kullanılmasına bağlı gelişen tabloya intoksikasyon, bağımlılık sonucu maddenin belirli bir süre kullanılmaması sonucu ortaya çıkan bulgular ise yoksunluk olarak tanımlanmaktadır. Alkol ve madde kullanımına bağlı hastane öncesi çağrı nedenleri sıklıkla intoksikasyon ve yoksunluk belirtilerinin görülmesi olmaktadır. Alkol ve madde kullananlarda görülen yoksunluk tablosunda fizyolojik bulgulara ek olarak düşünce, his ve davranış değişikliği gibi bulgularda görülmektedir (Kaya, 2014).

Alkol kötüye kullanımı sonucu kişilerde sosyal işlevsellikte bozulmalarla birlikte tıbbi sorunlar görülmektedir. Alkol kötüye kullanım öyküsü olan vakaların %50'sinde alkol kullanımını bırakırken veya azaltırken yoksunluk belirtileri gözlemlenmektedir. Yoksunluk belirtileri gözlenen %1-3'lük kısımda ise zihin bozukluğu, hiperaktivite ve kardiyak kollaps gibi şiddetli semptomlar görülmektedir. Şiddetli semptomların görüldüğü durumlar delirium tremens olarak adlandırılmaktadır (Rahman ve Paul, 2021).

DT aşırı düzeyde alkol kullananlarda ani olarak kesilmesinden sonra 48-72 saat içerisinde gelişen bir tablodur. Alkolün kesildikten sonra titremeler, halüsinasyonlar, yoksunluk nöbetleri en son olarakta delirium tremens semptomları görülmektedir. (Grover ve Ghosh,2018; Rahman ve Paul, 2021). DT sendromunda delirium ve alkol yoksunluk belirtileri birlikte görülmektedir. DT kişide deliriumla birlikte titremeler, halüsinasyonlar, terleme, hipertansiyon, taşikardi, nöbetler, bulantı, kusma ve psikomotor ajitasyonun gözlemlendiği klinik tablo olarak karşımıza çıkmaktadır (Grover ve Ghosh, 2018). DT tablosunda sıvı- elektrolit bozuklukları, enfeksiyon, beslenme problemleri gibi risk faktörleri bulunmaktadır. Risk faktörleri göz önünde bulundurularak değerlendirme yapılması gerekmektedir. DT hastalığının seyri esnasında ortaya çıkan metabolik asidoz, hipertermi, rabdomyoliz, hiperkalemi gibi nedenlerden ritm bozuklukları ve ani ölümler

gerçekleşmektedir. Morbidite ve mortalite açısından ciddi ve tehlikeli bir durum olduğunda hastane öncesi sağlık personeli açısından hızlı bir şekilde tanınması gereken ve acil müdahale gerektiren klinik bir tablodur (Emektar, 2019; Rahman ve Paul, 2021).

DT tedavisinde olay yerinde öncelik olarak hastanın ajitasyonunu azaltmak, nöbetleri engellemek, morbitide ve mortalite oranını azaltmak için gerekli spesifik tedavi yapılmaktadır. DT vakalarında fiziki ve kimyasal olarak hasta sakinleştirilerek gerekli tıbbi değerlendirmeler için hastaneye nakli sağlanmalıdır. Hastada stres yaratabilecek uyarıların ortadan kaldırılmasından sonra sözlü iletişim kurma yöntemi ile sakinleşme olmazsa benzodiazepinler en sık kullanılan farmakolojik ajanlar olmaktadır. Benzodiazepine yanıt vermeyen şiddetli vakalarda ise fenobarbital türevi barbitüratlar etkili olmaktadır (Rahman ve Paul, 202). Hastane öncesi bakımda monitörizasyon, oksijen desteği, sıvı elektrolit dengesizliği olabileceğinden %0,9 NaCl mayi ile sıvı desteği, kan glukoz düzeyi 60mg/dl altında ise hipoglisemi algoritması ve sürekli vital bulguların takibi yapılarak en uygun sağlık kuruluşuna nakli sağlanmalıdır (Gültürk, 2020).

2.3.4. Psikiyatrik ve Davranışsal Acillerin Değerlendirilmesi

Ruhsal hastalıkların ve davranışsal acillerin hastane öncesi sağlık personeli açısından değerlendirilmesi ve yönetimi oldukça zor olmaktadır. Hastane öncesinde önemli olan hastanın hızlı bir şekilde stabil hale getirilmesi ve hayatı tehdit eden durumlara öncelik verilmesi gerekmektedir. HÖ sağlık personelleri ruhsal ve davranışsal acil vakalara yaklaşırken medikal vaka olarak yönelmeli ve davranış değişikliğine neden olan durumun psikotik, fiziki hastalık, zehirlenme ve madde kullanımına bağlı olduğunu tespit etmelidir (Gültürk, 2020). Psikiyatrik acillerin değerlendirilmesinde; İlk değerlendirilme, hasta ile görüşme, psikiyatrik muayene, fiziki ve nörolojik muayene ve laboratuvar tetkiklerinin incelenmesi basamakları takip edilmektedir. Acil psikiyatrik vakaların değerlendirilmesinde verilecek kararlar için uygulayacağımız basamaklar Tablo.1 de verilmiştir.

Tablo 1

Acil Psikiyatrik Değerlendirme Basamakları

Basamak	Öneri
Güvenlik ve kararlılık	Saldırgan ve tehlikeli psikotik hasta için, aile, ziyaretçiler ve diğer hastalar için güvenliğini sağlayıcı bir ortam sağlamak, aynı zamanda havayolu, solunum, dolaşıma dikkat edilmesi
Cinayet, intihar ya da diğer tehlikeli davranışların tanımlanması	Hastada acil durum değerlendirmesi için zor kullanılarak gözaltına alınmasının gerekip gerekmediğini belirleyin
Tıbbi değerlendirme	Anormal davranış ya da düşünce süreçlerine katkıda bulunabilecek herhangi bir ciddi organik tıbbi koşulların varlığını belirlemek (örneğin, hipoglisemi, menenjit, ilaç yoksunluğu ya da deliryum yapan diğer nedenler)
Psikiyatrik tanı ve şiddetin değerlendirilmesi	Davranış değişikliği altta yatan tıbbi bir duruma bağlı değil ise, öncelikle psikiyatrik ya da işlevsel olduğu düşünülerek, birincil psikiyatrik sorunun tanısı ve şiddetinin değerlendirilmesi için bir psikiyatrik değerlendirme yapılması
Psikiyatrik konsültasyon	Acil psikiyatrik danışma ihtiyacının belirlenmesi

(Tintinalli, 2013)

İlk değerlendirme; aşaması hasta ile ilk karşılaşılan olay yerinde başlamaktadır. Hastayla karşılaşıldığında olay yerinin güvenli olması ve HÖ sağlık personelinin kendini güvende hissetmesi gerekmektedir. Olay yeri güvenliği ile birlikte hastanın sergilediği tutum ve davranışlarda takip edilmelidir. Saldırgan davranışlar gösteren hasta varsa olay yerine güvenlik ekipleriyle girilmeli ve hastanın saldırılarına karşı önlemler alması gerekmektedir. İlk değerlendirmede hastada var olan gergin durumu azaltılmalı ve sakinleştirilmelidir. Çevresine ve kendisine zarar verme ihtimalinin ortadan kalktığı durumda hızlı bir şekilde öykü ve fiziki muayenesi yapılarak hastanın yaşamsal bulguları değerlendirilmelidir (Gottlieb, vd., 2018). Güvenli ortam sağlandıktan sonra hastanın hava yolu, solunum, dolaşım problemlerine öncelik verilmelidir (Akküçük, 2016).

Görüşme; psikiyatrik aciller değerlendirilirken hastada tanıya ulaşmak için tüm gerekli bilgiler hasta ile konuşarak elde edilmelidir. Huzursuz ve ajite hastaların sakinleştirilmesinde temel yaklaşım olan hasta ile görüşme ve güvenli iletişim kurmak psikiyatrik acillere yaklaşımın en önemli basamağıdır. Hastayla görüşme esnasında uygun bir ses tonu kullanılmalı, tartışmaya girilmemeli, sorulan sorular özenle seçilmeli ve açık uçlu sorular olmalı, kendisine ilgi gösterildiği ve hastalığının iyileşeceği gibi konularda

telkinlerde bulunmak gerekmektedir. (“Psikiyatrik Hastalara Genel Yaklaşım İlkeleri”, 2017).

Etkin görüşme yöntemleri hastanın hastaneye nakil edilmesi gerektiren durumlarda fayda sağlamaktadır. Hızlı ve etkin transport akut problemlerin azaltılmasını ve hastanın durumunun kötüleşmesini engellemektedir (Akküçük, 2016). Görüşme esnasında hastanın intihar ve saldırganlık düşünceleri tespit edilmeye çalışılmalıdır. İntihar ve saldırganlık düşüncesi var olan durumlarda fiziksel ve kimyasal kısıtlamaların yapılması gerekmektedir (Tintinalli, 2013).

Psikiyatrik muayene; kişinin bilinç düzeyi, davranış, düşünce, hafıza ve algılama yeteneği gibi durumlar incelenmektedir. Davranış değişikliğine neden olan durumun organik bir nedene bağlı değil psikiyatrik olduğu düşünülürse psikiyatrik nedenin tanısı ve şiddeti değerlendirilmektedir (Tintinalli, 2013).

Tıbbi değerlendirme; psikiyatrik belirtileri olan hastaların tıbbi olarak değerlendirmesi HÖ acil sağlık hizmetleri istasyonlarının müdahale ettiği diğer vakalardan farklı olmamaktadır. Hastadan alınan öykü, fiziki muayene, hasta gözlemlenen bulgu ve belirtiler tıbbi değerlendirmenin ana unsurlarını oluşturmaktadır. Psikiyatrik vakalarda tıbbi değerlendirmenin aşamaları;

- Davranış değişikliklerinin öyküsünü raporlamak,
- Tıbbi belirtileri tanımlamak,
- Tıbbi eşlik eden durumları saptamak,
- İlaç ve madde kullanım öyküsünü belirlemek,
- Fiziksel muayene,
- Nörolojik muayene yapmak (Tintinalli, 2013).

Psikiyatrik vakalarda öykü ve fiziki muayene birlikte yapılmalıdır. Davranışsal değişikliğe neden olan durum ve hastada gözlemlenen değişiklikler hakkında hastanın kendisi ve ailesinde bilgi alınmalıdır. Hastanın öyküsü SAMPLE’ye göre alınmalıdır. Hastanın öyküsü alınırken anlatmasına izin verilmeli ve anlattıkları aile tarafından doğrulanması istenmelidir (Gültürk, 2020). Psikiyatrik hastaların ek olarak eşlik eden bir hastalığının olup olmadığı saptanmalıdır. Kafa travması, menenjit, ateşli hastalıklar ve immün yetmezliğe yol açan hastalıklar mutlaka sorgulanmalıdır. Akıl hastalarında somatik

morbidite ve mortalite düzeyi yüksek olmakta ve akıl hastalığı görülme açısından risk faktörü oluşturmaktadır (Schneider ve Weber-Papen, 2017). Alkol ve ilaçların düzensiz kullanımı ya da yoksunluğu sonrası kişilerde davranış değişikliklerine yol açtığı mutlaka göz önüne bulundurulmalıdır.

Fiziksel muayenedeki amaç davranış değişikliğine neden olan durumun psikiyatrik ya da tıbbi sorunların neden olup olmadığını belirlemektir. Fiziki muayenede vital bulgular değerlendirilerek hızlı bir şekilde birincil ve ikincil muayene yapılmalıdır. Bu aşamada; travma varlığının olup olmadığı, alkol kullanım izleri(nefeste alkol kokusu), uyuşturucu madde kullanımına bağlı enjeksiyon izleri, titremeler, vücutta delici-kesici alet yaralanmalarının varlığı gözlemlenmelidir (“Psikiyatrik hastalara genel yaklaşım ilkeleri”, 2017).

Nörolojik muayene; ambulans çağrısında bulunulan psikiyatrik ve davranış değişikliği olan vakalarda baş dönmesi, bayılma, bilinç kaybı, konfüzyon, günlük aktiviteleri yaparken zorlanma, konuşma ve oryantasyon bozukluğu gibi belirtilerin varlığı takip edilmelidir (Tintinalli, 2013). Nörolojik muayenede göz muayenesi, yürüyüş durumu, zihin durumu, motor ve kuvvet muayenesi değerlendirilmektedir. Zihinsel durum muayenesi psikiyatrik ve organik bir bozukluğu ayırt etmekte fayda sağlamaktadır. Hastanın genel görünümü, davranışları, kullandığı dil, duyguları, oryantasyonu, hafıza ve bilinç durumu zihinsel durumun belirlenmesinde karakteristik belirtilerdir. Hastanın ruh halindeki değişkenlikler, ajitasyon hali, dezoryantasyon ve tuhaf davranışlar göstermesi ruhsal bir hastalığa bağlı olabileceği gibi medikal durumlardan da kaynaklanmaktadır (hipoglisemi, hipoksi ve aşırı doz madde kullanımı).

2.3.5. Psikiyatrik Acillerde Hastane Öncesi Acil Bakım

Psikiyatrik acil durumlar sağlık personeli için yüksek düzeyde stres oluşturmaktadır. Davranışsal değişikliklerin gözlenmesi, klinik olarak tablonun aniden değişmesi nedeniyle öncelikli müdahale bireyin sıkıntısını, stresini gidermek ve yatıştırmaktır (Schneider ve Weber-Papen, 2017). HÖ sağlık personeli için şiddet içeren ve ajite hastalar her zaman risk oluşturmaktadır. Ruhsal hastalıkların %10’a yakın bir kısmı şiddet içeren davranışlar göstermektedir (Isenberg ve Jacobs, 2015). Ruhsal hastalık ve davranışsal acillerde en önemli unsurlarından birisi hasta ve hastalığın olay yerinde yönetimi olmaktadır. Hasta yönetimi olay yeri güvenliğinden başlayarak hastanın fiziksel

ve kimyasal kısıtlamasını içine alan bir değerlendirmeden oluşmaktadır. Akut ajite ve koopere olan hastaları sözlü olarak yönetebiliriz ancak şiddet davranışları gösteren, işbirliği yapmayan personel için potansiyel tehlike oluşturan vakalarda fiziksel ve kimyasal kısıtlamalar gerekmektedir. Mümkün oldukça bu tarz vakalarda güvenlik güçleriyle birlikte olaya müdahale gereksinimi olmaktadır (Emektar, 2019). HÖ sağlık personelinin sahada karşılaştığı psikiyatrik ve davranışsal acil durumlara müdahale aşamasında;

- Olay yeri ve kendi güvenliğini sağlamalıdır. Hastanın homisidal düşünceleri varsa mutlaka güvenlik güçlerini beklemeli ve olaya onlarla birlikte yaklaşım göstermelidir. Güvenliğin sağlandığından emin olunca hastaya müdahale edilmelidir.
- Ajitasyon ve saldırganlığın şiddetine göre sözlü, fiziksel ve kimyasal kısıtlama yöntemlerini düşünmelidir.

Sözlü kısıtlama; her şeyin temelinde karşılıklı diyalog ve güven verici iletişim olmalıdır. Hastanın stresini azaltmak için onu yargılamadan güven verici bir ses tonu ile ikna edici ve temkinli olarak konuşulmalıdır (Isenberg ve Jacobs, 2015; Wheat, vd., 2016). Sözlü kısıtlama yaparken kişiye karşı saygılı olmak, kışkırtıcı olmamak, iletişim kuran kişinin ekip lideri olması, basit ve anlaşılır bir dil kullanmak, duygu ve isteklerimizi belirtmek, hastayı dinlemek, seçim yapmasına izin vermek ve sınırlarımız belirleyerek iletişim kurmak gibi unsurlar bizim için yol gösterici teknikler olmaktadır (Emektar, 2019).

Fiziksel kısıtlama; sözlü olarak iletişim kurulamayan ve sakinleşmeyen vakalarda fiziksel kısıtlama düşünülmektedir. Fiziksel kısıtlama; hastanın hareketlerinin fiziksel olarak sınırlamak ve önlemek için kullanılan bir yöntemdir (Emektar, 2019). Fiziksel kısıtlama hasta ve ailesi üzerinde ruhsal olarak olumsuz etkileri olmaktadır. Bası yaraları, kas atrofisi, hastane enfeksiyonu, kabızlık, idrar kaçırma, uzuv yaralanması, kontraktürler, depresyon, öfke ve işlevsel ve bilişsel durumda düşüş ve artan ajitasyon durumu fiziksel kısıtlamalarda oluşabilecek olumsuz etkilerdendir (Pradhan, vd., 2019). Hastanın çevresine ve kendine zarar verme ihtimali yüksekse ve hayati önem arz edecek müdahaleleri engel olan psikotik ve saldırgan hastalarda fiziksel kısıtlama endikasyonu bulunmaktadır (Balcıoğlu, 2017; Pradhan, vd., 2019).

Fiziksel kısıtlama işlemi en az 5 kişiyle hastaya zarar vermeyecek şekilde uygun sabitleme malzemeleriyle yapılmalıdır. Her personel bir ekstremitayı sabitleyecek şekilde

hasta yatak veya sedyeye yatırılarak gerekirse hasta göğüs bölgesinden de bağlanmalıdır (Balcıoğlu, 2017). Hastayı bağlama esnasında mahremiyet ve hasta hakları gözetilmelidir. Fiziksel kısıtlama eylemi hasta için travmatik ve ölümcül durumlara neden olacağından hastane öncesi çalışanları oldukça dikkatli olmalıdır (Berzlanovich, vd., 2012; Gündüz, 2019).

Fiziksel kısıtlama yaparken yüzüstü yerine sırt üstü pozisyon tercih edilmelidir. Yüzüstü pozisyon hastada boğulmalara neden olmaktadır. Fiziksel kısıtlama yapılan hastalar belirli aralıklarla gözlemlenerek hava yolu ve vital bulguların takibi yapılmalıdır.

Kimyasal kısıtlama; fiziksel kısıtlamanın yetersiz olduğu durumlarda ve hastada sakinleşmeyi hızlandırmak için kimyasal kısıtlama tercih edilmektedir. Kimyasal kısıtlamada kullanılacak farmakolojik ajanların amacı hastayı tamamen yatıştırmak değil sakinleşmesini sağlamaktır. Kimyasal kısıtlamada kullanılacak ajanlar oral, IM ve IV yoldan uygulanmaktadır (Gottlieb, vd., 2018). HÖ acil sağlık hizmetlerinde fiziksel kısıtlama için yeterli sayıda profesyonel personel her zaman olmadığı için teorikte mümkün olmamaktadır. Bu sebepten kimyasal kısıtlamaya ihtiyaç duyulmaktadır (Isenberg ve Jacobs, 2015). Hastane öncesi alanda kimyasal ajan kullanımında etkisi hızlı ve minimal yan etkileri olan bir ilaç seçilmelidir. İlaç uygulamasında hastanın kullandığı ilaçlar ve madde alımı açısından öyküsü alınmalıdır. HÖ sağlık çalışanları için ruhsal hastalıklar ve davranışsal acil durumlarda IV yol erişiminin zor olması, IM uygulamanın daha az riskli olup hızlı uygulanabilir olmasından dolayı IM uygulama tercih edilmektedir (Balcıoğlu, 2017; Emektar, 2019; Isenberg ve Jacobs, 2015).

Kimyasal kısıtlamada sıklıkla benzodiazepinleri, tipik ve atipik antipsikotik ilaçlar tek başına ya da kombine olarak kullanılmaktadır. Sık kullanılan bu ilaçların etki başlangıçlarının hemen olmaması, IV uygulama yönteminin sık olarak tercih edilmesi ve hastanın sakinleşmesi için yüksek dozlarda uygulanması sonucu olumsuz hemodinamik etkileri ve solunumsal yan etkileri nedeniyle hasta için zararlı olabilmektedir (Scheppke, vd., 2014).

Kimyasal kısıtlamada yaygın olarak hızlı sakinleştirmek amacıyla benzodiazepinler kullanılmaktadır. Lorezepam, diazepam ve midazolam ise en sık kullanılan ajanlardır. Anti epileptik ve kas gevşetici özelliği olan benzodiazepinler status epileptikus tedavisinde de önerilmektedir. Solunum depresyonu yapma olasılığı yüksek olduğu için kullanırken

dikkatli olunmalıdır. Midazolam 2,5-5 mg IV veya İM uygulanmaktadır. Ajitasyon durumlarında doz tekrar edilmektedir. Diazepam oral, rektal ve parenteral olarak kullanılmaktadır. Diazepam IV uygulama sonrası 3-5 dakika içinde sedasyon etkisi göstermektedir. Diazepam dozu IV/İM 5 mg dır. Lorezapam oral ve IM olarak uygulanırken etki başlama süresi 15 dakika ve etki süresi 8-12 saat arasında sürerken kullanılması gereken doz 2-4 mg dır (Zareifopoulos ve Panayiotakopoulos, 2019).

Antipsikotik ilaçlar dopamin (D2) reseptör antagonisti olup sedasyonda sık kullanılan ilaçlardandır. Antipsikotik ilaçlar tipik ve ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar olarak sınıflandırılmaktadır. Tipik olarak en sık kullanılan haloperidol olurken olanzapin, ziprasidon, risperidon ve tioridazin diğer antipsikotik ilaçlardandır. Antipsikotik ilaçlar oral alımda bir saat içinde etki gösterirken IM uygulama sonrası 10-15 dakika sonrası etkisi başlamaktadır. Haloperidol dozu erişkinlerde 5-10 mg iken yaşlılarda kardiyak yan etkileri nedeniyle daha düşük dozlar tercih edilmelidir. Haloperidol uygulama sonrası doza bağımlı olmadan ilk doz veya günler sonra EPS ortaya çıkarken solunum depresyonu ve hayatı tehdit edici durumlar nadir olarak görülmektedir. Antipsikotik ilaçların kullanımına bağlı QT aralığını uzaması ve kardiyak aritmiler görülmektedir. Antipsikotiklerin geneli nöbet eşliğini düşürebilirken, kas rijiditesi, hiperpireksi ve mental durum değişikliği ile karakterize hayatı tehdit eden nöroleptik malign sendromun gelişmesine yol açabilmektedir (Zareifopoulos ve Panayiotakopoulos, 2019).

Ketamin; dissosiyatif anestezi ve ağrılara yönelik analjezik etkisi olan sedasyon ve analjezik olarak acil servislerde sık kullanılan güvenlik düzeyi yüksek bir kimyasal kısıtlama ajanıdır. Yapılan çalışmalarda hastane öncesi kullanımında etkin ve güvenilir olduğu görülmektedir. Ketamin IV olarak 1-2 mg/kg, IM 4-5 mg/kg dozlarında dissosiyatif etki göstermektedir. IV uygulamada etki süresi 10-15 dakika olurken IM uygulamada 20-30 dakika olmaktadır. Ketamin yan etkileri az olmakla birlikte IV erişim olmadan tek doz uygulamada hızlı, güvenilir ve etkin sedasyonu sağlamaktadır (Scheppke, vd., 2014; Svenson ve Abernathy 2007) .

Hastane öncesi davranışsal ve psikiyatrik acil durumlarda hastanın acil tıbbi müdahale gerektiren bir durumu varsa hastanın bilinç durumu ve ABC değerlendirilmelidir. Solunum sıkıntısı ve O2 saturasyon değerine göre oksijen desteği verilmeli, damar yolu açılarak hemodinamik durumuna göre sıvı tedavisi uygulanmalıdır.

Kan şeker düzeyi kontrol edilerek hipo-hiperglisemi algoritması uygulanmalıdır. Hasta belirli aralıklarla değerlendirilerek eşlik eden sağlık problemlerine göre gerekli tıbbi müdahaleler uygulanmalıdır. Hasta hakkında yeterli bilgi toplanarak ayrıntılı öykü alınmalı medikal ve travmatik bir durumun olup olmadığı sorgulanmalıdır. KKM ile iletişim kurularak uygun sağlık kuruluşuna gerekli önlemler alınarak nakli sağlanmalıdır.

2.4. Önceki Çalışmalar

Tümer ve ark. (2019) yaptığı çalışmada Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin (RSTTÖ) alt ölçek iyi niyet ölçek puanlamasında kadınların erkeklere (kadın: 28.3±3.1; erkek: 27.1±4.3) göre daha yüksek iyi niyet puan ortalamasına sahip olduğunu, kadınların ruhsal hastalara göre daha iyi niyetli olduklarını tespit etmişlerdir (Tümer, vd., 2019).

Bağ ve Ekinci'nin (2005) ruhsal bireylere yönelik sağlık personeli tutumuna yönelik yaptığı çalışmada sağlık personelinin %42,8' i psikiyatrik vakaların saldırgan davranışlar gösterdiğini, %32,1' sinin psikiyatrik vakaların saldırgan davranış göstermediğini belirttiklerini saptamışlardır. Eğitim düzeyi yüksek olan personelin ruhsal sorunlu bireylere yönelik daha iyi niyetli tutum içinde olduğu ve sağlık personelinin psikiyatrik hastadan korktuğunu tespit etmişlerdir (Bağ ve Ekinci. 2005).

Yıldız ve ark. yaptığı çalışmada pratisyen hekimlerin düşük oranda psikiyatrik vakayla karşılaştığını onların tedavisinde istekli olmadıklarını ve tedavi konusunda bilgi düzeylerinin gelişmesi için eğitim almak istediklerini tespit etmişlerdir (Yıldız, vd., 2003).

Arkan ve ark. (2011) yaptıkları çalışmada öğrencilerin ve kurumlarda çalışan sağlık personellerinin psikiyatrik ve davranışsal acillere yönelik reddedici, dışlayıcı ve kısıtlayıcı bir tutum benimsediklerini saptamışlardır (Arkan, vd., 2011).

Todorova ve ark. (2021) yaptığı çalışmada hastane öncesi acil psikiyatri birimlerinin kurulması ile sağlık personellerinin yeterlilik düzeyinin geliştiği ve gelişmiş bakımın arttığı, birimlerin diğer kurumlarla etkin olarak çalıştığını bildirmişlerdir (Todorova, vd., 2021).

Acs ve ark. (2020) yaptığı çalışmada acil ve ambulans hemşirelerinin psikiyatri hemşirelerine göre daha fazla damgalayıcı tutum sergilediklerini ve sağlık personellerinin

yarısına yakın kısmı (%47) ruhsal hastalıklara karşı hazır olmadıklarını yetersiz olarak gördüklerini tespit etmişlerdir (Acs, vd., 2020).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ/MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma Türkiye’de 112 acil sağlık hizmetleri istasyonunda çalışan sağlık personelinin ruhsal ve davranışsal acil durumlara yönelik değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı türdedir.

3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye’deki hastane öncesi acil sağlık hizmetleri 112 istasyonlarında çalışan sağlık personelleri (doktor, paramedik, acil tıp teknisyeni ve diğer sağlık personelleri) oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini Türkiye genelinde T.C. Sağlık Bakanlığı’nın 2019 yılındaki açıklamasına göre Acil Yardım Ambulanslarında görev yapan yaklaşık 34000 acil yardım personeli oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Amaçlı örneklem metodu ile araştırmaya katılımda gönüllü olan hastane öncesi acil yardım ambulansı çalışanları çalışmaya dahil edildi.

Krejcie ve Morgan (1970) tarafından yapılan araştırmalar için örneklem büyüklüğünün belirlenmesi çalışmasında $s = X^2NP(1 - P) / CP(N - 1) + X^2P(1 - P)$, formülü ile hesaplanarak bildirilen örneklem büyüklüğü tablosu referans alınmıştır. Krejcie ve Morgan (1970)’e göre 34000 kişilik bir evren için 380 kişilik bir örneklemin belirlenmesi önerilmektedir (Krejci ve Morgan, 1970). Bu açıdan araştırma kapsamında Türkiyede HÖASH de görev yapan 380 sağlık personeli ve üzerinde gönüllü katılımcıdan veri toplanması hedeflendi. Araştırma 324 katılımcı ile gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma tanımlayıcı türde bir çalışma olduğundan bu tip araştırmaların sahip olduğu genel kısıtlılıklara sahiptir. Araştırma, verileri toplamak için oluşturulan anket ile sınırlıdır. Araştırma, ulaşılabilen elektronik ve yazılı kaynaklarla sınırlıdır.

Araştırmanın sayıtlıları; araştırmayı kabul eden 112 ASHİ’de çalışan sağlık personellerinin verdiği cevapların gerçeği yansıttığı varsayılmakta, kullanılan istatistiksel teknikler amaca uygundur.

3.4. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri istasyonlarında çalışan sağlık personellerinin ruhsal ve davranışsal acillere yönelik değerlendirilmesini (yeterlilik, tutum, öneri) amacıyla araştırmacılar tarafından literatüre dayanarak anket soruları oluşturuldu (Bağ ve Ekinci,2005; Bilge ve Çam, 2008). Anket formu için bir psikiyatri uzmanı, bir psikolog, bir istatistik uzmanı, bir acil tıp uzmanından görüş alınarak anket formuna son şekli verildi. Anket formu; sosyo demografik özelliklere yönelik 6 adet soru, ruhsal hastalıkların değerlendirmesine yönelik 20 adet sorudan oluşmaktadır. Ruhsal hastalık ve davranışsal acillerin değerlendirilmesine yönelik sorulardan S1-S9 yeterlilik (bilgi ve beceri), S10-S18 tutumu, S19- S20 öneri durumunu değerlendirmektedir.

Veriler Google Formlar aracılığıyla toplandı. Verilerin toplanma sürecinde öncelikle bireylerin onam seçeneğini doldurmaları istendi.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın değişkenleri bağımlı ve bağımsız değişkenlerdir. Bağımlı değişkenleri sağlık personellerinin bilgi-beceri, tutum ve önerileri oluşturmaktadır.

Bağımsız değişkenleri katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, mesleği, meslekte çalışma yılı ve geçmiş deneyim) oluşturmaktadır.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 21 paket programındaki tanımlayıcı istatistikler (yüzde, ortalama, standart sapma, min. ve max değerler), ki kare testi ile değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmada değişkenler hakkındaki bilgiler kategorik olarak elde edilmiştir (örneğin cinsiyette, kadın ve erkek; “Davranışsal acil durumları yönetmek için kendimi yeterli hissediyorum.” sorusunda Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum gibi). İki farklı ve kategorik ölçümlü değişkenler arasındaki ilişkiler, anlamlı farklılıklar olup olmadığı incelenirken kullanılması gereken analiz ki-kare analizidir (Özdamar, 2013). Bu nedenle araştırmada oluşabilecek olası farklılıklar ki-kare analizi yapılarak saptandı.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik ve Tanımlayıcı Özellikleri

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve anket sorularına verdiği yanıtlar değerlendirildi. Sosyodemografik özelliklerin dağılımı Tablo 2’de ve ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik görüşleri Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 2

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri.

Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	161	49,7
	Erkek	163	50,3
Yaş grubu	34 Yaş ve Altı	195	60,2
	35 Yaş ve üstü	129	39,8
Eğitim durumu	Lise	20	6,2
	Ön lisans	131	40,4
	Lisans ve Lisansüstü	173	53,4
Mesleki unvan	Paramedik	143	44,1
	ATT	163	50,3
	Diğer Sağlık Personeli	18	5,6
Çalışma yılı	0-5	73	22,5
	6-10	83	25,6
	11 yıl ve Üstü	168	51,9
Ruhsal ve davranışsal acillere müdahalede yaralanma	Evet	44	13,6
	Hayır	280	86,4
Maruz Kalınan Saldırı Sayısı(n==44)	2 ve altı	35	9,3
	3 ve üstü	9	2,8
Toplam		324	100

Çalışmaya katılanların %50,3’ü erkek, %60,2’si 34 yaş altı, %53,4’ü lisans ve lisansüstü mezunu olan 112 acil sağlık istasyonu çalışanlardır. Mesleki ünvana göre incelendiğinde %50,3’ü ATT, %44,1’i paramedik unvanında çalışanlardan olduğu saptandı

(Tablo 2). Katılımcıların %51,9'unu 11 yıl ve üstü çalışanlar oluştururken davranışsal ve ruhsal acillere müdahale esnasında herhangi bir yaralanma maruz kalmayanlar %86,4'ünü oluşturmaktadır. Saldırıya maruz kalanların yaralanma sayısına göre (n=44) %9,3'ü 2 ve altı, %2,8'i 3 ve üstünde saldırıya maruz kaldığı bulundu (Tablo 2).



Tablo 3

Katılımcıların ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik görüşlerinin dağılımı

	Katılıyorum		Kararsızım		Katılmıyorum	
	n	%	n	%	n	%
1. Davranışsal acil durumları yönetmek için kendimi yeterli hissediyorum	213	65,7	85	26,2	26	8
2. Davranışsal acil durumları olan hastaları yönetiminde meslektaşlarımdan destek alırım	226	69,8	48	14,8	50	15,4
3. Davranışsal acilleri yönetmek zor bir durumdur.	282	87	20	6,2	22	6,8
4. Davranışsal acilleri yönetme konusunda yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum	106	37,7	110	34	108	33,3
5. Saldırgan hastaların fiziksel saldırı ve sözlü tacizlerini yönetebilme yetkinliğine sahibim	173	53,4	98	30,2	53	16,4
6. Davranışsal acillerin yönetiminde becerilerimi hasta davranışları etkiler.	260	80,2	36	11,1	28	8,6
7. Davranışsal acil durumu olan hastayı sözlü olarak sakinleştirebilirim	197	60,8	105	32,4	22	6,8
8. Davranışsal acillerde ilk girişim farmakolojik ajanların uygulanması olmalıdır.	48	14,8	57	17,6	219	67,6
9. Davranışsal acillere müdahale aşamasında güvenlik güçlerinin bulunması gereklidir.	302	93,2	13	4	9	2,8
10. "Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder.	130	40,1	52	16	142	43,8
11. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır	266	82	29	9	29	9
12. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır	217	67	61	18,8	46	14,2
13. Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez	270	83,3	33	10,2	21	6,5
14. Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.	235	72,5	71	21,9	18	5,6
15. Ruhsal bozuklukları olan bireylerin birçoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır	91	28,1	111	34,3	122	37,7
16. Toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörülü bir tutuma ihtiyaç vardır.	266	82,1	41	12,7	17	5,2
17. Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakımı vermeye yükümlüüz.	275	84,9	32	9,9	17	5,2
18. Davranışları tehlikeli olmasından dolayı ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak en iyisidir	79	24,4	79	24,4	166	51,2
19. Psikiyatrik vakalara yaklaşımda ortak bir dil ve işbirliği gelişimi açısından çalıştığım kurum tarafından sertifikalı bir eğitim yapılmalıdır.	269	83	32	9,9	23	7,1
20. Davranışsal acillere yönelik yaklaşım için belirlenmiş bir algoritma olması gereklidir.	270	83,3	31	9,6	23	7,1

Çalışanların ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik (yeterlilik, tutum ve öneri) değerlendirilmesine yönelik 20 adet anket sorusu oluşturulmuştur. Ruhsal hastalık ve davranışsal acillerin değerlendirilmesine yönelik sorulardan S1-S9 yeterlilik (bilgi ve beceri), S10-S18 tutumu, S19- S20 öneri durumunu değerlendirmektedir.

Hastane öncesi sağlık çalışanlarının ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik değerlendirilmesinde katılımcıların; davranışsal acillere müdahale aşamasında güvenlik güçlerinin bulunması gereklidire (S9) %93,2'si katılıyorum cevabı verdiği, davranışsal acillerde ilk girişim farmakolojik ajanların uygulanması olmalıdır (S8) %67,6'sının katılmıyorum cevabını verdiği, ruhsal bozuklukları olan bireylerin birçoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır (S15) sorusuna ise %34,3 ile karamsar seçeneğinin en fazla cevaplandığı görüldü (Tablo 3).

Tablo 3 incelendiğinde katılımcıların bilgi –beceriye yönelik anket sorularına göre S6 “Davranışsal acillerin yönetiminde becerilerimi hasta davranışları etkiler.” sorusunda katılıyorum (%80,2), S8 “Davranışsal acillerde ilk girişim farmakolojik ajanların uygulanması olmalıdır.” sorusunda katılmıyorum (%67,2) cevabına yoğunlaştığı bulgusu bulundu.

Katılımcıların tutuma yönelik anket sorularına ilişkin görüşlerine göre S9“Davranışsal acillere müdahale aşamasında güvenlik güçlerinin bulunması gereklidir.” sorusunda katılıyorum (%93,2), S18 “Davranışları tehlikeli olmasından dolayı ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak en iyisidir.” sorusuna %51,2'sinin katılmıyorum cevabına yoğunlaştığı bulgusuna ulaşıldı (Tablo 4).

Katılımcıların önerilerine yönelik anket sorularına yönelik istatistiksel analiz sonucuna göre S19“Psikiyatrik vakalara yaklaşımda ortak bir dil ve işbirliği gelişimi açısından çalıştığım kurum tarafından sertifikalı bir eğitim yapılmalıdır.” ve S20“Davranışsal acillere yönelik yaklaşım için belirlenmiş bir algoritma olması gereklidir.” sorularında katılıyorum seçeneğinde yoğunlaştığı bulgusuna ulaşıldı (Tablo 3).

4.2. Sosyo-demografik Özellikler ile Anket Sorularının Karşılaştırılması

Tablo 4

Davranışsal acillere yönelik yeterlilik durumu değerlendirilmesinin sosyo-demografik özelliklere göre karşılaştırılması (n=324).

Sosyo demografik özellikler	Cinsiyet				Yaş durumu				Eğitim Durumu						
	Kadın		Erkek		34 yaş ve altı		35 yaş ve üstü		Lise		Ön Lisans		Lisans ve Lisansüstü		
Bağımlı değişkenler	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Davranışsal acilleri yönetmek için kendimi yeterli hissediyorum.	Katılıyorum	93	43,7	120	56,3	127	59,6	86	40,4	12	5,6	77	36,2	124	58,2
	Kararsızım	53	62,4	32	37,6	56	65,9	29	34,1	5	5,9	42	49,4	38	44,7
	Katılmıyorum	15	57,7	11	42,3	12	46,2	14	53,8	3	11,5	12	46,2	11	42,3
		$\chi^2=9,214^a$		* p=,010		$\chi^2=3,315^a$		p=,191		$\chi^2=6,924^a$		p=,140			
Davranışsal acil durumları olan hastaları yönetiminde meslektaşlarımdan destek alırım.	Katılıyorum	112	49,6	114	50,4	138	61,1	88	38,9	13	5,8	93	41,2	120	53,1
	Kararsızım	22	45,8	26	54,2	28	58,3	20	41,7	5	10,4	19	39,6	24	50
	Katılmıyorum	27	54	23	46	19	58	21	42	2	4	19	38	29	58
		$\chi^2=,659^a$		p=,719		$\chi^2=,241^a$		p=,887		$**\chi^2=2,186$		p=,706			
Davranışsal acilleri yönetmek zor bir durumdur.	Katılıyorum	140	49,6	142	50,4	166	58,9	116	41,1	17	6	112	39,7	153	54,3
	Kararsızım	11	55	9	55	18	90	2	10	1	5	7	35	12	60
	Katılmıyorum	10	45,5	12	45,5	11	50	11	50	2	9,1	12	54,5	8	36,4
		$\chi^2=,384^a$		p=,825		$\chi^2=8,577^a$		* p=,014		$**\chi^2=3,372$		p=,461			
Davranışsal acilleri yönetme konusunda yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.	Katılıyorum	42,5	28	61	57,5	61	57,5	45	42,5	4	3,8	41	38,7	61	57,5
	Kararsızım	50,9	34,8	54	49,1	62	56,4	48	43,6	8	7,3	36	32,7	66	60
	Katılmıyorum	55,6	37,3	48	44,4	72	66,7	36	33,3	8	7,4	54	50	46	42,6
		$\chi^2=3,773^a$		p=,152		$\chi^2=2,872^a$		p=,238		$\chi^2=9,213^a$		p=,056			
Saldırgan hastaların fiziksel saldırı ve sözlü tacizlerini yönetebilme yetkinliğine sahibim.	Katılıyorum	40,5	43,5	103	59,5	101	58,4	72	41,6	7	4	68	39,3	98	56,6
	Kararsızım	58,2	35,4	41	41,8	64	65,3	34	34,7	9	9,2	38	38,8	51	52
	Katılmıyorum	64,2	21,1	19	35,8	30	56,6	23	43,4	4	7,5	25	47,2	24	45,3
		$\chi^2=13,140^a$		*p=,001		$X^2=1,5191^a$		p=,451		$\chi^2=4,614^a$		p=,329			

^aPearson Chi-Square

**Fisher's Exact Test

*p<0,05: anlamlılık düzeyi

Tablo 4'ün devamı

Davranışsal acillere yönelik yeterlilik(bilgi-beceri) durumu değerlendirilmesinin demografik özelliklere göre karşılaştırılması (n=324).

Sosyo demografik özellikler	Cinsiyet		Yaş durumu				Eğitim durumu								
	Kadın		Erkek		34 yaş ve altı		35 yaş ve üstü		Lise		Ön Lisans		Lisans ve Lisansüstü		
Bağımlı Değişkenler	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Davranışsal acillerin yönetiminde becerilerimi hasta davranışları etkiler.	Katılıyorum	132	50,8	128	49,2	155	59,6	105	40,4	15	5,8	107	41,2	138	53,1
	Kararsızım	18	50	18	50	26	72,2	10	27,8	1	2,8	12	33,3	23	63,9
	Katılmıyorum	11	39,3	17	60,7	14	50	14	50	4	14,3	12	42,9	12	42,9
		$\chi^2=1,335^a$		p=,513		$\chi^2=3,424^a$		p=,180		** $\chi^2=5,021$		p=,259			
Davranışsal acil durumu olan hastayı sözlü olarak sakinleştirebilirim.	Katılıyorum	84	42,6	113	57,4	116	58,9	81	41,1	8	4,1	79	40,1	110	55,8
	Kararsızım	65	61,9	40	38,1	66	62,9	39	37,1	6	5,7	42	40	57	54,3
	Katılmıyorum	12	54,5	10	45,5	13	59,1	8	40,9	6	27,3	10	45,5	6	27,3
		$\chi^2=10,391^a$		p=,006		$\chi^2=,463^a$		p=,793		$\chi^2=20,521^a$		p=,000			
Davranışsal acillerde ilk girişim farmakolojik ajanların uygulanması olmalıdır.	Katılıyorum	21	43,8	27	56,3	26	54,2	22	45,8	6	12,5	22	45,8	20	41,7
	Kararsızım	29	50,9	28	49,1	41	71,9	16	28,1	4	7	23	40,4	30	52,6
	Katılmıyorum	111	50,7	108	49,3	128	58,4	91	41,6	10	4,6	86	39,3	123	56,2
		$\chi^2=,796^a$		p=,672		$\chi^2=4,283^a$		p=,117		** $\chi^2=6,039$		p=,188			

^a Pearson Chi-Square

**Fisher's Exact Test

***p<0,05: anlamlılık düzeyi**

HÖASH çalışanlarının cinsiyet özelliklerine göre davranışsal acil durumları yönetmek için kendimi yeterli hissetmeleri (S1) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($X^2 = 9,214$, $p=0,010$). Cinsiyet açısından erkeklerin kadınlara göre acil durumları yönetmek için kendilerini daha yeterli hissettikleri görülmüştür. Cinsiyet değişkeni ile saldırgan hastaların fiziksel saldırı ve sözlü tacizlerini yönetebilme yetkinliğine sahip olması durumu (S5) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($X^2 = 13,140$, $p=0,001$). HÖ sağlık çalışanlarının cinsiyet özelliklerine davranışsal acil durumu olan hastayı sözlü olarak sakinleştirebilmeleri (S7) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ($X^2 = 10,391$, $p=0,006$). Cinsiyet açısından erkeklerin kadınlara göre davranışsal acil durumların fiziksel ve sözlü saldırılarını yönetmede ve sözlü olarak sakinleştirme konusunda daha yeterli hissettikleri görülmüştür. Çalışmaya katılanların cinsiyet özellikleri ile yeterlilik (bilgi-beceri) durumunun değerlendirmesinin yapıldığı diğer sorulara verilen cevapların karşılaştırılması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4 ve devamı).

Katılımcıların yaş özelliklerine göre davranışsal acilleri yönetmenin zor bir durum olduğu arasında (S3) istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($X^2 = 8,577$, $p=0,014$). Yaş durumu açısından 34 yaş ve altı sağlık çalışanları 35 yaş ve üstü gruba göre davranışsal acilleri yönetmenin zor olduğunu hissettikleri görülmüştür (Tablo 4 ve devamı).

Katılımcıların eğitim durumuna göre davranışsal acil durumu olan hastayı sözlü olarak sakinleştirebilmeleri (S7) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($X^2 = 20,521$, $p=,000$). Lisans ve lisansüstü ile ön lisans mezunu HÖASH çalışanlarının lise mezunlarına göre davranışsal acil durumları sözlü olarak sakinleştirme konusunda daha fazla kendilerine güvendikleri görülmüştür (Tablo 4 ve devamı).

Tablo 5

Davranışsal acillere yönelik tutum değerlendirilmesinin demografik özelliklere göre karşılaştırılması (n=324).

Sosyo demografik özellikler		Cinsiyet				Yaş durumu				Eğitim durumu					
		Kadın		Erkek		34 yaş ve altı		35 yaş ve üstü		Lise		Ön Lisans		Lisans ve Lisansüstü	
Bağımlı değişkenler		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Davranışsal acillere müdahale aşamasında güvenlik güçlerinin bulunması gereklidir.	Katılıyorum	156	51,7	146	48,3	181	59,9	121	40,1	17	5,6	120	39,7	165	54,6
	Kararsızım	3	23,1	10	76,9	10	76,9	3	23,1	0	0	7	53,8	6	46,2
	Katılmıyorum	2	22,2	7	77,8	4	44,4	5	55,6	3	33,3	4	44,4	2	22,2
		**$\chi^2=6,672$		*p=,031		$\chi^2=2,458^a$		p=,293		**$\chi^2=9,445$		* p=,036			
"Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder.	Katılıyorum	66	50,8	64	49,2	81	62,3	49	37,7	11	8,5	54	41,5	65	50
	Kararsızım	21	40,4	31	59,6	37	71,2	15	28,8	4	7,7	23	44,2	25	48,1
	Katılmıyorum	74	52,1	68	47,9	77	54,2	65	45,8	5	3,5	54	38	83	58,5
		$\chi^2=2,195^a$		p=,334		$\chi^2=4,960^a$		p=,084		$\chi^2=4,579^a$		p=,333			
Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.	Katılıyorum	137	51,5	129	48,5	161	60,5	105	39,5	16	6	108	40,6	142	53,4
	Kararsızım	11	37,9	18	62,1	16	55,2	13	44,8	1	3,4	11	37,9	17	58,6
	Katılmıyorum	13	44,8	16	55,2	18	62,1	11	37,9	3	10,3	12	41,4	14	48,3
		$\chi^2=2,228^a$		p=,328		$\chi^2=,360^a$		p=835		**$\chi^2=1,523$		p=,823			
Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.	Katılıyorum	112	51,6	105	48,4	139	64,1	78	35,9	15	6,9	88	40,6	114	52,5
	Kararsızım	27	44,3	34	55,7	34	55,7	27	44,3	1	1,6	24	39,3	36	59,1
	Katılmıyorum	22	47,8	24	52,2	22	47,8	24	52,2	4	8,7	19	41,3	23	50
		$\chi^2=1,104^a$		p=,576		$\chi^2=4,792^a$		p=,091		**$\chi^2=3,366$		p=,496			
Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.	Katılıyorum	142	52,6	128	47,4	165	61,1	105	38,9	15	5,6	114	42,2	141	52,2
	Kararsızım	12	36,4	21	63,6	21	63,6	12	36,4	2	6,1	10	30,3	21	63,6
	Katılmıyorum	7	33,3	14	66,7	9	42,9	12	57,1	3	14,3	7	33,3	11	52,4
		$\chi^2=5,502^a$		p=,064		$\chi^2=2,892^a$		p=,236		**$\chi^2=4,495$		p=,310			

^a Pearson Chi-Square****** Fisher's Exact Test***** p<0,05: anlamlılık düzeyi

Tablo 5'in devamı

Davranışsal acillere yönelik tutum değerlendirilmesinin demografik özelliklere göre karşılaştırılması (n=324).

Sosyo demografik özellikler		Cinsiyet				Yaş durumu				Eğitim durumu					
		Kadın		Erkek		34 yaş ve altı		35 yaş ve üstü		Lise		Ön Lisans		Lisans ve Lisansüstü	
Bağımlı değişkenler		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.	Katılıyorum	119	50,6	116	49,4	134	57	101	43	11	4,7	94	40	130	55,3
	Kararsızım	36	50,7	35	49,3	49	69	22	31	6	8,5	28	39,4	37	52,1
	Katılmıyorum	6	33,3	12	66,7	12	66,7	6	33,3	3	16,7	9	50	6	33,3
		$\chi^2=2,040^a$		p=,361		$\chi^2=3,607^a$		p=,165		**$\chi^2=6,683$ p=,134					
Ruhsal bozuklukları olan bireylerin bir çoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır.	Katılıyorum	39	42,9	52	57,1	58	63,7	33	36,3	7	7,7	38	41,8	46	50,5
	Kararsızım	59	53,2	52	46,8	63	56,8	48	43,2	4	3,6	46	41,4	61	55
	Katılmıyorum	63	51,6	59	48,4	74	60,7	48	39,3	9	7,4	47	38,5	66	54,1
		$\chi^2=2,417^a$		p=,299		$\chi^2=1,035^a$		p=,596		$\chi^2=2,191^a$ p=,701					
Toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörülü bir tutuma ihtiyaç vardır.	Katılıyorum	143	53,8	123	46,2	160	60,2	106	39,8	14	5,3	110	41,4	142	53,4
	Kararsızım	13	31,7	28	68,3	25	61	16	39	4	9,8	13	31,7	24	58,5
	Katılmıyorum	5	29,4	12	70,6	10	58,8	7	41,2	2	11,8	8	47,1	7	41,1
		$\chi^2=9,862^a$		p=,007		$\chi^2=,024^a$		p=,988		**$\chi^2=4,441$ p=,319					
Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakımı vermekle yükümlüüz.	Katılıyorum	144	52,4	131	47,6	167	60,7	108	39,3	13	4,7	111	40,4	151	54,9
	Kararsızım	11	34,4	21	65,6	18	56,3	14	43,7	5	15,6	10	31,3	17	53,1
	Katılmıyorum	6	35,3	11	64,7	10	58,8	7	41,2	2	11,8	10	58,8	5	29,4
		$\chi^2=5,198^a$		p=,074		$\chi^2=,254^a$		p=,881		**$\chi^2=10,240$ p=,027					
Davranışları tehlikeli olmasından dolayı ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak en iyisidir.	Katılıyorum	39	49,4	40	50,6	50	63,3	29	36,7	5	6,3	38	48,1	36	45,6
	Kararsızım	33	41,8	46	58,2	47	59,5	32	40,5	6	7,6	26	32,9	47	59,5
	Katılmıyorum	89	53,6	77	46,4	98	59	68	41	9	5,4	67	40,4	90	54,2
		$\chi^2=3,007^a$		p=,222		$\chi^2=,425^a$		p=,808		**$\chi^2=4,293$ p=,366					

^a Pearson Chi-Square^{**} Fisher's Exact Test^{*} p<0,05: anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan HÖ sağlık çalışanlarının ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik tutum değerlendirmesine yönelik sorular S9, S10, S11, S12, S13, S14, S14, S15, S16, S17, S18 oluşmaktadır. HÖ sağlık personelinin tutum açısından değerlendirilmesinde cinsiyet özelliklerine göre incelendiğinde davranışsal acillere müdahale aşamasında güvenlik güçlerinin bulunması gerekliliği (S9) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($X^2 = 6,672$, $p=0,031$). Cinsiyet açısından kadınların erkeklere göre davranışsal acillere ve ruhsal hastalıklara müdahale ederken güvenlik güçlerine gereksinin duyduğu görülmüştür. Katılımcıların cinsiyet özelliklerine göre toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörülü bir tutuma ihtiyacının olması gerekliliği (S16) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($X^2 = 9,286$, $p=0,007$). Cinsiyet değişkeni açısından kadınların erkeklere oranla ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla iyi niyet ve hoşgörülü yaklaşım gerektiğini hissettikleri görülmüştür (Tablo 5 ve devamı).

Katılımcıların eğitim özelliklerine göre davranışsal acillere müdahale aşamasında güvenlik güçlerini talep etmesi (S9) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($X^2 = 9,445$, $p=0,036$). Lisans ve lisansüstü mezunları ön lisans ile lise mezunlarına göre davranışsal acil duruma müdahalede güvenlik güçleriyle eşgüdümlü çalışmayı daha fazla gereksinim hissettikleri görülmüştür. Çalışanların eğitim özellikleri ile ruhsal bozuklukları olan bireyler için kaliteli ve en iyi şekilde bakım verilmesi (S17) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ($X^2 = 10,240$, $p=0,027$). Lisans ve lisansüstü ile ön lisans mezunları lise mezunlarına göre ruhsal hastaların bakımı konusunda kendilerinin daha fazla yükümlülük alması gerektiğini bildirmişlerdir (Tablo 5 ve devamı).

Çalışmaya katılanların yaş özelliklerine göre tutuma yönelik yapılan incelemede anketteki tutuma yönelik tüm sorulara, cinsiyetlerine göre S9, S16 dışında kalan sorulara, eğitim durumlarında ise S9, S17 dışında kalan sorulara verilen cevapların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 5 ve devamı).

Tablo 6

Davranışsal acillere yönelik önerilerin değerlendirilmesinin demografik özelliklere göre karşılaştırılması (n=324).

Sosyo demografik özellikler		Cinsiyet				Yaş durumu				Eğitim durumu					
		Kadın		Erkek		34 yaş ve altı		35 yaş ve üstü		Lise		Ön Lisans		Lisans ve Lisansüstü	
Bağımlıdeğişkenler		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Psikiyatrik vakalara yaklaşımda ortak bir dil ve işbirliği gelişimi açısından çalıştığım kurum tarafından sertifikalı bir eğitim yapılmalıdır.	Katılıyorum	139	51,7	130	48,3	157	58,4	112	41,6	16	5,9	109	40,5	144	53,5
	Kararsızım	11	43,8	18	56,3	24	75	8	25	2	6,3	13	40,6	17	53,1
	Katılmıyorum	19	34,8	15	65,2	14	60,9	9	39,1	2	8,7	9	39,1	12	52,2
		$\chi^2=2,919^a$ p=,232				$\chi^2=3,308^a$ p=,191				$**\chi^2=,728$ p=,957					
Davranışsal acillere yönelik yaklaşım için belirlenmiş bir algoritma olması gereklidir.	Katılıyorum	145	53,7	125	46,3	160	59,3	110	40,7	16	5,9	107	39,6	147	54,4
	Kararsızım	12	38,7	19	61,3	20	64,5	11	35,5	2	6,3	11	35,5	18	58,1
	Katılmıyorum	4	17,4	19	82,6	15	65,2	8	34,8	2	8,7	13	56,5	18	34,8
		$\chi^2=12,833^a$ p=,002				$\chi^2=,582^a$ p=,747				$**\chi^2=4,090$ p=,364					

^a Pearson Chi-Square^{**}Fisher's Exact Test^{*}p<0,05: anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan HÖ sağlık personellerinin cinsiyetlerine göre ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik önerileri incelendiğinde davranışsal acillere yönelik yaklaşım için belirlenmiş bir algoritma olması yönündeki istekleri (S20) arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($X^2=12,833$, $p=0,002$). Cinsiyet açısından kadınların erkeklere göre davranışsal acillere yaklaşım konusunda daha fazla belirlenmiş bir algoritmaya ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Cinsiyet özelliklerine göre psikiyatrik vakalara yaklaşımda ortak bir dil ve işbirliği gelişimi açısından çalıştığım kurum tarafından sertifikalı bir eğitim yapılmalı sorusuna, yaş ve eğitim değişkenlerine göre taleplerin değerlendirilmesinde ise önerilere yönelik tüm anket sorularına verilen cevapların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7

Davranışsal acillere yönelik bilgi-beceri durumu değerlendirilmesinin mesleki özelliklerine göre karşılaştırılması (n=324).

Sosyo demografik özellikler		Hastane öncesi çalışma yılı						Mesleki ünvan			
		0-5 Yıl		6-10 Yıl		11 Yıl ve Üstü		Paramedik		ATT	
Bağımlı değişkenler		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Davranışsal acilleri yönetmek için kendimi yeterli hissediyorum.	Katılıyorum	48	22,5	52	24,4	113	53,1	98	46	115	54
	Kararsızım	19	22,4	22	25,9	44	51,8	36	42,4	49	57,6
	Katılmıyorum	6	23,1	9	34,6	11	42,3	9	34,6	17	65,4
		$\chi^2=1,465^a$		p=,833				$\chi^2=1,369^a$		p=,504	
Davranışsal acil durumları olan hastaları yönetiminde meslektaşlarımdan destek alırım.	Katılıyorum	54	23,9	59	26,1	113	50	102	45,1	124	54,9
	Kararsızım	10	20,8	12	25	26	54,2	19	39,6	29	60,4
	Katılmıyorum	9	18	12	24	29	58	22	44	28	56
		$\chi^2=1,346^a$		p=,853				$\chi^2=,495^a$		p=,781	
Davranışsal acilleri yönetmek zor bir durumdur.	Katılıyorum	59	20,9	72	25,5	151	53,5	123	43,6	159	56,4
	Kararsızım	5	25	7	35	8	40	10	50	10	50
	Katılmıyorum	9	40,9	4	18,2	9	40,9	10	45,5	12	54,5
		$**\chi^2=5,740$		p=,209				$\chi^2=,325^a$		p=,850	
Davranışsal acilleri yönetme konusunda yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum.	Katılıyorum	27	25,5	24	22,6	55	51,9	51	48,1	55	51,9
	Kararsızım	21	19,1	25	22,7	64	58,2	46	41,8	64	58,2
	Katılmıyorum	25	23,1	34	31,5	49	45,4	46	42,6	62	57,4
		$\chi^2=4,903^a$		p=,297				$\chi^2=1,024^a$		p=,599	
Saldırgan hastaların fiziksel saldırı ve sözlü tacizlerini yönetebilme yetkinliğine sahibim.	Katılıyorum	37	21,4	42	24,3	94	54,3	76	43,9	97	56,1
	Kararsızım	22	22,4	28	28,6	48	49	47	48	51	52
	Katılmıyorum	14	26,4	13	24,5	26	49,1	20	37,7	33	62,3
		$\chi^2=1,377^a$		p=,848				$\chi^2=1,464^a$		p=,481	

^a Pearson Chi-Square^{**} Fisher's Exact Test^{*} p<0,05: anlamlılık düzeyi

Tablo 7'nin devamı

Davranışsal acillere yönelik bilgi-beceri durumu değerlendirilmesinin mesleki özelliklerine göre karşılaştırılması (n=324).

Sosyo demografik özellikler		Hastane öncesi çalışma yılı						Mesleki ünvan			
		0-5 Yıl		6-10 Yıl		11 Yıl ve Üstü		Paramedik		ATT	
Bağımlı değişkenler		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Davranışsal acillerin yönetiminde becerilerimi hasta davranışları etkiler.	Katılıyorum	62	23,8	62	23,8	136	52,3	113	43,5	147	56,5
	Kararsızım	7	19,4	10	27,8	19	52,8	21	58,3	15	41,7
	Katılmıyorum	4	14,3	11	39,2	13	46,4	9	32,1	16	67,9
		$\chi^2=3,798^a$		p=,434				$\chi^2=4,624^a$		p=,099	
Davranışsal acil durumu olan hastayı sözlü olarak sakinleştirebilirim.	Katılıyorum	45	22,8	50	25,4	102	51,8	88	44,7	109	55,3
	Kararsızım	23	21,9	27	25,7	55	52,4	49	46,7	56	53,3
	Katılmıyorum	5	22,7	6	27,3	11	50	6	27,3	16	72,7
		$\chi^2=,076^a$		p=,999				$\chi^2=2,833^a$		p=,243	
Davranışsal acillerde ilk girişim farmakolojik ajanların uygulanması olmalıdır.	Katılıyorum	12	25	8	16,7	28	58,3	17	35,4	31	64,6
	Kararsızım	13	22,8	19	33,3	25	43,9	24	42,1	33	57,9
	Katılmıyorum	48	21,9	56	25,6	115	52,5	102	46,6	117	53,4
		$\chi^2=4,104^a$		p=,392				$\chi^2=2,104^a$		p=,349	

^a Pearson Chi-Square

**Fisher's Exact Test

*p<0,05: anlamlılık düzeyi

HÖ sağlık çalışanlarının mesleki demografik özelliklerine (HÖ çalışma yılı, mesleki ünvan) göre ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik yeterlilik (bilgi ve beceri) durumuna göre değerlendirilmesinde yeterlilik ilgili anket sorularına verilen cevapların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı (p>0,05) (Tablo 7 ve devamı).

Tablo 8

Davranışsal acillere yönelik tutum değerlendirilmesinin mesleki özelliklerine göre karşılaştırılması (n=324).

Sosyo demografik özellikler		Hastane öncesi çalışma yılı						Mesleki ünvan			
		0-5 Yıl		6-10 Yıl		11 Yıl ve Üstü		Paramedik		ATT	
Bağımlı değişkenler		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Davranışsal acillere müdahale aşamasında güvenlik güçlerinin bulunması gereklidir.	Katılıyorum	69	22,8	75	24,8	158	52,3	132	43,7	170	56,3
	Kararsızım	1	7,7	5	38,5	7	53,8	7	53,8	5	46,2
	Katılmıyorum	3	33,3	3	33,3	3	33,3	4	44,4	6	55,6
		$\chi^2=3,750$		p=,437				$\chi^2=,521^a$		p=,771	
“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.	Katılıyorum	29	22,3	41	31,5	60	46,2	57	43,8	73	56,2
	Kararsızım	11	21,2	16	30,8	25	48,1	28	53,8	24	46,2
	Katılmıyorum	33	23,2	26	18,3	83	58,5	58	40,8	84	59,2
		$\chi^2=7,506^a$		p=,111				$\chi^2=2,617^a$		p=,270	
Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.	Katılıyorum	59	22,2	67	25,2	140	52,6	116	43,6	150	56,4
	Kararsızım	5	17,2	10	34,5	14	48,3	13	44,8	16	55,2
	Katılmıyorum	9	31	6	20,7	14	48,3	14	48,3	15	51,7
		$\chi^2=2,663^a$		p=,616				$\chi^2=,237^a$		p=,888	
Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.	Katılıyorum	48	22,1	56	25,8	113	52,1	96	44,2	121	55,8
	Kararsızım	14	23	17	27,9	30	49,2	30	49,2	31	50,8
	Katılmıyorum	11	23,9	10	21,7	25	54,3	17	37	29	63
		$\chi^2=,595^a$		p=,964				$\chi^2=1,592^a$		p=,451	
Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.	Katılıyorum	62	23	66	24,4	142	52,6	122	45,2	148	54,8
	Kararsızım	7	21,2	11	3,33	15	45,5	13	39,4	20	60,6
	Katılmıyorum	4	19	6	28,6	11	52,4	8	38,1	13	61,9
		$\chi^2=1,435^a$		p=,838				$\chi^2=,732^a$		p=,693	

^a Pearson Chi-Square

**Fisher's Exact Test

*p<0,05: anlamlılık düzeyi

Tablo 8'in devamı

Davranışsal acillere yönelik tutum değerlendirilmesinin mesleki özelliklerine göre karşılaştırılması (n=324).

Sosyo demografik özellikler		Hastane öncesi çalışma yılı						Mesleki ünvan			
		0-5 Yıl		6-10 Yıl		11 Yıl ve Üstü		Paramedik		ATT	
Bağımlı değişkenler		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.	Katılıyorum	56	23,8	55	23,4	124	52,8	107	45,5	128	54,5
	Kararsızım	10	14,1	23	32,4	38	53,5	27	38	44	62
	Katılmıyorum	7	38,9	5	27,8	6	33,3	9	50	9	50
		**$\chi^2=7,699$		p=,098				$\chi^2=1,511^a$		p=,470	
Ruhsal bozuklukları olan bireylerin bir çoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır.	Katılıyorum	19	20,9	28	30,8	44	48,4	37	40,7	54	59,3
	Kararsızım	22	19,8	26	23,4	63	56,8	47	42,3	64	57,7
	Katılmıyorum	32	26,2	29	23,8	61	50	59	48,4	63	51,6
		$\chi^2=3,338^a$		p=,503				$\chi^2=1,474^a$		p=,479	
Toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörülü bir tutuma ihtiyaç vardır.	Katılıyorum	64	24,1	67	25,2	135	50,8	119	44,7	147	55,3
	Kararsızım	5	12,2	12	29,3	24	58,5	12	29,3	29	70,7
	Katılmıyorum	4	23,5	4	23,5	9	52,9	12	70,6	5	29,4
		**$\chi^2=3,063$		p=,548				$\chi^2=8,539^a$		p=,014	
Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakımı vermekle yükümlüüz.	Katılıyorum	68	24,7	66	24	141	51,3	125	45,5	150	54,5
	Kararsızım	1	3,1	13	40,6	18	56,3	9	28,1	23	71,9
	Katılmıyorum	4	23,5	4	23,5	9	52,9	9	52,9	8	47,1
		**$\chi^2=10,720$		p=,025				$\chi^2=4,056^a$		p=,132	
Davranışları tehlikeli olmasından dolayı ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak en iyisidir.	Katılıyorum	16	20,3	19	24,1	44	55,7	38	48,1	41	51,9
	Kararsızım	14	17,7	21	26,6	44	55,7	31	39,2	48	60,8
	Katılmıyorum	43	25,9	43	25,9	80	48,2	74	44,6	92	55,4
		$\chi^2=2,820^a$		p=,588				$\chi^2=1,285^a$		p=,526	

^a Pearson Chi-Square****Fisher's Exact Test*****p<0,05: anlamlılık düzeyi**

Çalışmaya katılan HÖ sağlık personelinin meslekte çalışma yılına göre ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik tutumunun incelenmesinde ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakımı verme yükümlülüğü (S17) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($X^2 = 10,720$, $p=0,025$). Hastane öncesi acil sağlık hizmeti çalışanlarından 11 yıl ve üstü çalışanların 0-5 ve 6-10 yıl arası çalışanlara göre daha fazla ruhsal hastalıklara karşı en iyi bakım verilmesi gerektiğini hissettikleri görülmüştür (Tablo 8 ve devamı).

Katılımcıların mesleki unvan özelliklerine göre toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörülü bir tutum gösterilmesi (S16) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptandı ($X^2 = 8,539$, $p=0,14$). Mesleki ünvanları açısından acil tıp teknisyenleri paramediklere göre daha fazla hoşgörülü bir tutum hissettikleri görülmüştür (Tablo 8 ve devamı).

Katılımcıların ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik tutumun incelenmesinde çalışma yıllarına göre S17 dışında kalan sorularda, mesleki unvanlarına göre ise S16 dışında kalan tutuma yönelik anket sorularına verilen cevapların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 8 ve devamı).

Tablo 9

Davranışsal acillere yönelik önerilerin değerlendirilmesinin mesleki özelliklerine göre karşılaştırılması (n=324).

Sosyo demografik özellikler	Bağımlı değişkenler	Hastane öncesi çalışma yılı						Mesleki ünvan			
		0-5 Yıl		6-10 Yıl		11 Yıl ve Üstü		Paramedik		ATT	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Psikiyatrik vakalara yaklaşımda ortak bir dil ve işbirliği gelişimi açısından çalıştığım kurum tarafından sertifikalı bir eğitim yapılmalıdır.	Katılıyorum	62	23	66	24,5	141	52,5	118	43,9	151	56,1
	Kararsızım	7	21,9	11	34,4	14	43,7	17	53,1	15	46,9
	Katılmıyorum	4	17,4	6	26,1	13	56,5	8	34,8	15	65,2
		$\chi^2=1,909^a$ p=,752						$\chi^2=1,873^a$ p=,392			
Davranışsal acillere yönelik yaklaşım için belirlenmiş bir algoritma olması gereklidir.	Katılıyorum	57	21,1	68	25,2	145	53,7	119	44,1	151	55,9
	Kararsızım	7	22,6	8	25,8	16	51,6	13	41,9	18	58,1
	Katılmıyorum	9	39,1	7	30,4	7	30,4	11	47,8	12	52,2
		$\chi^2=5,496^a$ p=,240						$\chi^2=,188^a$ p=,910			

^a Pearson Chi-Square

**Fisher's Exact Test

*p<0,05: anlamlılık düzeyi

Çalışmaya katılan HÖ sağlık personellerinin çalışma yılı ve mesleki unvanlarına göre ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik önerilerinin incelenmesinde önerilere yönelik anket sorularına verilen cevapların karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 9).



BEŞİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1. Sosyo-demografik ve Tanımlayıcı Özelliklerin Tartışılması

Ruhsal hastalıklar dünya genelinde artış gösteren ciddi bir sağlık sorunu olmakla birlikte bireyde duygu, davranış ve düşünce değişikliklerine sebep olarak HÖ sağlık çalışanlarının sık karşılaştığı vakalar arasındadır. Kişilerin var olan ruhsal hastalıkları fiziksel sorunlara sebep olduğu gibi uzun süreli fiziksel hastalıklarda ileri dönemlerde depresyon ve anksiyetelere yol açmaktadır. Bireyin hayatındaki zihinsel ve fiziksel bozukluklardan dolayı ciddi düzeyde sağlık problemleri yaşamakta ve acil yardım talebinde bulunmaktadır. Ruhsal hastalığı bulunan kişilerin yüksek düzeyde acil sağlık hizmetlerini kullandığı literatürde yapılan çalışmada bulunmuştur (Todorova, vd., 2021).

Akbaş ve ark. (2016)'nın yaptığı çalışmada 112 çalışanlarının %99,7'sinin şiddete maruz kaldığı ve %64,5'nin fiziksel olarak şiddete maruz kaldığının sonucuna ulaşmışlardır (Akbaş, vd., 2016). Hastane öncesi çalışanları ile gerçekleştirilen araştırmada çalışanların %80,2'sinin fiziksel şiddete, %73,5'nin psikolojik olarak şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Durmuş, 2019). Araştırmada katılımcıların %13,6'sı ruhsal hastalık ve davranışsal acillere müdahale aşamasında fiziksel olarak şiddete maruz kalmıştır. Çalışmamız literatürle uyumlu olarak 112 görevli sağlık personellerinin sözlü ve fiziksel şiddete maruz kaldığını göstermektedir.

Katılımcıların %65,7'si davranışsal acilleri yönetmek için kendini yeterli hissederken, %37,7'si aldığı eğitimin yeterli olmadığını ve %87'si davranışsal acilleri yönetmenin zor bir durum olduğunu belirtmişlerdir. Literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarının yarıdan fazlasının (%68,4) ruhsal hastalıklarla ilgili bilgi düzeylerinin kısmen yeterli olduğunu, %75'e yakın kısmının ise psikiyatrik acillerle çalışırken güçlük yaşadıkları tespit edilmiştir (Yıldırım, vd., 2018). Araştırma bulguları ve literatür sonuçlarına göre HÖ sağlık personellerinin ruhsal hastalıklara ve davranışsal acillere yönelik bilgi düzeylerinde yetersizlikler ve olay yeri yönetiminde güçlükler yaşadığı görülmüştür.

Çalışmada katılımcıların %60,8'i ruhsal hastalıkları sözlü olarak sakinleştirebilirlik sorusuna katılımlarını cevabını verirken, %67,6'sı ilk girişimin kimyasal kısıtlama olmalıdır

sorusuna katılmıyorum cevabını vermiştir. Literatür incelendiğinde hemşirelerin %52,8'i fiziksel kısıtlama yöntemlerini tercih ederken hekimlerin %69,1'i kimyasal kısıtlama yöntemlerini tercih ettiğini belirtmişlerdir (Ucun , vd., 2015). Çalışmamız ve literatür ele alındığında hekim dışı personelin kimyasal kısıtlama yöntemlerini tercih etme oranı düşüktür (Ucun , vd., 2015). Hekim dışı personellerin kimyasal kısıtlamayı tercih etme ana neden ilaç kullanım yetkisinin olmaması, kısıtlamada kullanılan ilaçların yüksek riskli olup yan etkilerinin fazla olması ve 112 acil sağlık personelleri için ise KKM hekiminden onam almasına bağlı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada katılımcıların %93,2'si ruhsal hastalık ve davranışsal acillere müdahale aşamasında güvenlik güçlerinin bulunmasına katılıyorum cevabını vermiştir. Başka bir çalışmada psikiyatrik vakalarda %55 oranında ambulansa ihtiyaç duyulurken %47 oranında polise gereksinim olmuştur (Bouveng, 2017). Literatür incelendiğinde hastane öncesi acil psikiyatri birimlerinin polis birlikleriyle işbirliği yapmasının olumlu yönde etkisi olduğunu bildirmiştir (Todorova, vd., 2021). Sonuç olarak çalışmalar psikiyatrik vakalarda polis ve ambulans ekibinin eş güdümlü olarak çalışması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmada katılımcıların davranışsal acillere müdahale aşamasında güvenlik güçlerinin bulunmasına %93,2'si, ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazla sorusuna %82'si, ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır sorusuna %67'si, ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez sorusuna %83'3'ü katılıyorum cevabı vermiştir. Katılımcıların çoğunluğu ruhsal hastalıkların iyileşmesinde toplumun bir parçası olması gerektiğini ve onlara karşı hoşgörülü, iyi bir bakım vermekler yükümlü olduğumuzu gerektiren sorulara ise katılıyorum cevabını vermiştir. Çalışmamıza göre katılımcıların ruhsal hastalıklara karşı ön yargılı ve olumsuz tutumlar içinde olduğu ancak onların iyileşmesine yönelik iyi niyet sergiledikleri tespit edilmiştir. Karakaş ve ark. (2017) yaptığı çalışmada hemşirelerin ruhsal hastalıklara karşı iyi niyet ve toplum içinde tedavilerine karşı olumsuz tutum sergilediklerini belirtmişlerdir (Karakaş, vd., 2017). Literatür incelendiğinde ülkemizde hemşirelerin ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutum sergiledikleri tespit edilmiştir (Arkan, vd., 2011; Bağ ve Ekinci, 2006; Bostancı ve Aştı, 2004). Çalışma literatür ile uyumlu şekilde 112 Ashi çalışanları ruhsal hastalıklara karşı korku konusunda olumsuz tutumlar sergilerken iyi niyet ve toplumdan dışlama konusunda olumlu tutum sergiledikleri görülmüştür. HÖ-ASH istasyon çalışanları açısından ruhsal

hastalıkların şiddet eğiliminde oldukları, personele korku duygusunu yaşattıkları, çalışma ortamında motivasyon ve moral düzeyini düşüreceğinden bunlara yönelik düzenlemelerin yapılması ve güvenlik güçleri ile birlikte müdahale olanaklarının artmasıyla bu durumun düzeltileceği düşünülmektedir. Ruhsal hastalıklara karşı bilgi, beceri ve tutum hastalığın iyileşme sürecinde olumlu etkileyecek unsurlardan olacağından 112 ASHİ çalışanlarının tutumunda bu süreci etkilemektedir.

Araştırmada katılımcıların çoğunluğu ruhsal hastalıklara ve davranışsal acillere yönelik çalıştığı kurum tarafından sertifikalı eğitim verilmesi gerektiği ve müdahale aşamasında bir algoritmanın düzenlenmesi gereklidir sorularına katılıyorum cevabını vermiştir. Literatür incelendiğinde psikiyatri dışı hekimler ve hemşirelerin ruhsal hastalıklar konusunda bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu ve hizmet içi eğitime ihtiyaç duyulduğunu belirtmişlerdir (Gürlek ve Taşkın, 2007). Özellikle 1. Basamak sağlık kurumlarında ve 112 ASHİ istasyonlarında çalışan personellerin ruhsal hastalıklarına yönelik herhangi bir müdahaleye gerek duymayacağı ve bu hastaların tedavilerinin psikiyatri kliniklerinde devam ettirileceğini düşündüğü için eğitimde önem verilmemiştir. Günümüzde artan ruhsal hastalıklar ve bunlara bağlı oluşabilecek davranışsal bozukluklar nedeniyle personeller hizmet içi eğitimlere gereksinin duymaktadır.

Araştırmada katılımcıların %83 'ü psikiyatrik vakalara yaklaşımda ortak bir dil ve işbirliği gelişimi açısından çalıştığı kurum tarafından sertifikalı bir eğitim yapılmalıdır ve %83,3'ü davranışsal acillere yönelik yaklaşım için belirlenmiş bir algoritma olması gereklidir sorularına katılıyorum cevabını vermiştir. Kargin ve Aydın'ın (2021) çalışmasında psikiyatri hemşirelerinin teorik eğitimlerin uygulamalı eğitimlerle geliştirilerek belirli 2021prosedürlerin geliştirilmesini talep ettiği ve hizmetçi eğitimlerle personel becerilerinin gelişimine katkı sağlayacağı sonucuna ulaşmışlardır (Kargin ve Aydın, 2021). Başka bir çalışmada ise ASH personellerinin psikiyatrik vakalarda eğitimlerini yetersiz bulduğu ve bu alanda eğitime ihtiyaç duyduklarını bildirmişlerdir (Rees, vd., 2018). Çalışmamızda literatürle paralel olarak personel kendini ne kadar yeterli görmüş olsa bile psikiyatrik vakalar yönelik eğitime ve akış şemalarına ihtiyaç duymaktadır.

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- ✓ 112 personellerinin şiddete maruz kalma ihtimalinin yüksek olması personelde moral, motivasyon ve performans açısından olumsuz etkileyebilmektedir. Şiddetin ortadan kaldırılması ve güvenlik güçleriyle eşgüdümle çalışması personel güvenliğinin sağlanması moral, motivasyon ve yapılan işin kalitesini arttıracaklarını düşünülmektedir.
- ✓ HÖ sağlık personellerinin çalışmaya başladıktan sonra hizmet içi eğitimlerle ruhsal hastalık ve davranışsal bozukluklara karşı bilgi düzeyinin yükseltilmesi ve bu konuda sürekliliğin sağlanması, çalışma ortamından müdahaleyi zorlaştıran durumlara karşı gerekli destek hizmetlerinin sağlanması olay yeri yönetimi becerisini arttıracakları düşünülmektedir.
- ✓ Çağımızda oldukça fazla bir şekilde ASH personeli için zorlayıcı vakalar alan psikiyatrik ve davranışsal acillere yönelik hizmet içi eğitimlerin belirli aralıklarla yapılması psikiyatrik acillere yönelik yetkilerinin açıkça belirlendiği bir algoritmanın oluşturulması önerilmektedir.

5.2. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile Farklı Değişkenlere Göre İncelenmesi Sonuçlarının Tartışılması

Araştırmada cinsiyet ile davranışsal acilleri yönetmek için kendimi yeterli hissediyorum ve saldırgan hastaların fiziksel ve sözlü tacizlerini yönetebilme yetkinliğine sahibim sorularına verilen cevaplarında erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı. Yapılan bir çalışmada erkeklerin psikiyatrik vakaları yönetebilme açısından bilgi düzeylerinin ve uygulamaya yönelik becerilerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yıldırım, vd., 2018). Erkeklerin psikiyatrik vakalarda olay yeri yönetimi ve müdahale açısından yeterli gördüğü tespit edilmiştir.

Araştırmada çalışma yılı, eğitim durumu ile davranışsal acilleri yönetmek için kendimi yeterli hissediyorum ve davranışsal acilleri yönetme konusunda yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum sorularına verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde çalışma yılı az olan ambulans personellerinin çalışma yılı fazla olan personele oranla kendini yetersiz olarak gördüklerin

bildirmişlerdir. Aynı çalışmada personelin %50'sinin aldıkları eğitimin ruhsal hastalıkları yönetmek için yetersiz olduğu tespit edilmiştir (Roberts ve Henderson 2009).

Araştırmada yaş aralığı ile davranışsal acillere yönetmek zor bir durumdur sorusuna verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. Bağ'ın (2003) çalışmasında yaş aralığına göre 36-43 yaş grubu ruhsal hastalıklara yönelik korku/ dışlama boyutunda ($X=6,1+1,8$) en yüksek puanı almıştır (Bağ, 2003). Araştırmamızda yaş aralığı ile bilgi ve beceriye yönelik diğer soruların incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$). Araştırma literatürle benzerlik göstermektedir. Kişinin yaş durumuna göre korku ve deneyimlerinin farklı olduğu buna bağlı davranışsala acilleri yönetme konusunda farklılıklar olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada HÖ sağlık personelinin bilgi ve beceri boyutunda eğitim durumu ile davranışsal acilleri sözlü olarak sakinleştirebilirim verilen cevaplarda lisan/yüksek lisans ve ön lisans mezunlarının lise mezunlarına göre istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek olduğu saptandı. Hekimlerle gerçekleştirilen çalışmalarda psikiyatri uzmanı dışındaki hekimlerin ruhsal hastalıklarının tanıyabildiği ancak doğru tanı ve tedavi konusunda yetersiz bilgiye sahip olduğu görülmüştür (Gürlek ve Taşkın, 2007). Literatür incelendiğinde paramedik uygulamalarının kapsamı eğitime bağlı olarak değişmekte ve uyguladıkları bakımı etkileyebilmektedir (Mccann, vd., 2018; Roberts ve Henderson, 2009; Sjölin, vd., 2015). Sonuç olarak kişilerin eğitim düzeyi ruhsal hastalıklara yönelik bilgi ve beceri düzeyini etkilemekte ve uygulanan bakım kalitesini değiştirebilmektedir.

Araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma yılı ve mesleki unvan ile davranışsal acillerde ilk girişim farmakolojik ajanların uygulanması olmalıdır sorusuna verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmedi ($P>0,05$). Ucu ve ark. (2015)'nin çalışmasında hemşire ve hekimlerin meslek özelliklerine göre kısıtlama yöntemi seçimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($\chi^2=5,336$; $p=0,021$) (Ucu, vd., 2015).

Araştırmada cinsiyet, eğitim durumu ile davranışsal acillere müdahale aşamasında güvenlik güçlerinin bulunması gereklidir sorusuna verilen cevaplarla istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır. Kadın katılımcılar ve lisans/lisansüstü katılımcıların gruplarındaki diğer katılımcılara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Literatür incelendiğinde ambulans personelinin %75'e yakını kısmının şiddete

maruz kaldığı bildirilmiştir (Petzäll, vd., 2011). 2019 yılında yapılan bir çalışmada ise kadınların ruhsal hastalıklara yönelik korku puanı erkeklere (Kadın= 6.5±1.6, Erkek= 5.8±1.8) oranla yüksek olduğu saptanmıştır (Tümer, vd., 2019). 2017 yılında yapılan bir meta analizde ise EMS nin çıkış yaptığı ruh sağlığı vakaları ve diğere vakalara emniyet güçlerinin eşlik etme oranı (%27,0'ye karşı %5,6) daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Roggenkamp, vd., 2018). Kanada'da yapılan bir araştırma ayrıca çok kurumlu bir mobil ruh sağlığı müdahale ekibini değerlendirmiş ve HÖ-ASH, polis ve ruh sağlığı hizmetleri arasındaki ortaklıkların müdahale sürelerini iyileştirdiğini bildirilmiştir (Kisely, vd., 2010).

Araştırmada cinsiyet, mesleki unvan ile toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörölü bir tutuma ihtiyaç vardır soruna verilen cevaplarda kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre anlamlı ve yüksek olduğu görölmüştür. Kalli ve ark. (2019) yaptığı çalışmada ruhsal hastalıkların diğere hastalıklardan farklılık göstermediğı ve olumlu tutum gösterme boyutunda cinsiyet (Kadın= 28,16±4,97, Erkek= 27,4±4) değişkeni ile anlamlı bir ilişki bildirmişlerdir (Kalli, vd., 2019). Acs ve ark. (2020)'nin yaptığı çalışmada psikiyatri hemşirelerinin acil servis ve kurtarma personeline oranla ruhsal hastaları daha az damgaladığı ve olumlu tutum gösterdiğini bildirmişlerdir (Ács, vd., 2020). 2011 yılında yapılan çalışmada ise cinsiyet ile ruhsal hastalığa karşı tutum arasında anlamlı bir fark olmadığını saptamışlar ancak erkeklerin kadınlara oranla daha iyi niyetli olup olumlu düşünceleri olduğunu bildirmişlerdir (Çam ve Bilge, 2011). HÖ sağlık personelleri üzerinde yaptığımız çalışmada cinsiyet ve mesleki unvana göre ruhsal hastalıklara karşı hoşgörölü olmaya yönelik tutumun literatürdeki bazı çalışmalarla uyumlu olduğu görölmüştür.

Araştırmada katılımcıların eğitim durumu, çalışma yılı ile ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakımı vermekle yükümlüyüz sorusuna verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bağ'ın ruhsal hastalıklara en iyi bakım vermenin iyi niyet olarak değerlendirdiğı çalışmasında çalışma yılı ile anlamlı bir fark saptanmazken eğitim durumu ile anlamlı fark olduğunu tespit etmiştir. Bağ çalışmasında tıp fakültesi ve yüksekokul mezunlarının lise mezunlarına göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Bağ, 2003). 2020 yılında yapılan çalışmada ise çalışma yılının artmasıyla damgalama puanı artarken ve iyimserlik puanı düşmüştür, eğitim düzeyi yükseldikçe ise damgalama puanı düşmüş ve iyimserlik bakımından daha yüksek puan

almışlardır. Aynı çalışmada ambulans ve acil hemşirelerinin iyimserlik açısından en düşük puanı aldığı bildirilmiştir (Ács, vd., 2020).

Araştırmada katılımcıların cinsiyeti ile davranışsal acillere yönelik yaklaşım için belirlenmiş bir algoritma olması gereklidir sorusuna verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Kadın katılımcıların erkek katılımcılar göre yüksek olduğu görülmüştür. Svensson ve Hansson'un (2014) yaptığı çalışmada ruh sağlığı ilkyardım eğitimine katılan kadınların erkeklere oranla yüksek bulunduğu ve eğitim sonrası kontrol ve deney grupları arasındaki bilgi ve beceri düzeyinin deney grubunda altı aylık ve iki yıllık süreç dahilinde daha fazla geliştiğini tespit etmişlerdir (Svensson ve Hansson 2014). Çalışmamız literatür doğrultusunda kadın katılımcıların ruhsal hastalılara yönelik eğitimlere erkeklere oranla daha çok istekli olduğunu desteklemektedir. Ruhsal hastalıkların neden olduğu davranışsal bozukluklar karşısında kadınların güç uygulamaktan çok uygun yöntemlerle olay yeri ve hasta yönetimini sağlamak isteğinden dolayı eğitim talebi ve sınırları belli olan protokoller çerçevesinde müdahale etmek istedikleri düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan katılımcıların mesleki unvanı ile ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır sorusuna verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($\chi^2=,237^a$, $p=,888$). Ambulans personeli, acil servis ve psikiyatri hemşirelerinin ruhsal bozukluklara karşı bilgi ve tutumun incelendiği bir çalışmada ambulans ve acil servis personelinin psikiyatri hemşirelerine göre ruhsal hastaların normal insanlara göre daha fazla tehlikeli olduğunu ve mesleki unvana göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($n = 492$; $p = 0.000$) (Ács, vd., 2020). Başka bir çalışmada ise mesleki unvan ile ruhsal hastalıklarının tehlikeli olduğuna dair sorulan sorulara verilen cevaplarda istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu görülmüştür (Şahin Tarım, 2017). Çalışmamız ambulans hizmetlerinde çalışanlarla yapıldığından dolayı literatürle farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Katılımcıların mesleki unvanı ile ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum sorusuna verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ($\chi^2=1,474^a$, $p=,479$). Ács ve ark. (2020) yaptığı çalışmada mesleki unvan ile ciddi ruhsal hastalı olanların hayatının geri kalanında acı çekeceği sorusuna verilen

cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır (n = 492; p = 0.001) (Ács, vd., 2020). Çalışmamız ambulans hizmetlerinde çalışanlarla yapıldığından dolayı literatürle farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Hastane öncesi sağlık çalışanlarının ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik (bilgi-beceri, tutum, öneri) değerlendirilmesine yönelik yapılan çalışmada bulunan sonuçların doğrultusunda;

- ✓ Ruhsal hastalıklara yönelik özellikli ambulans ve personellerin acil sağlık sistemine kazandırılması,
- ✓ Ruhsal hastalık ve davranışsal acillere yönelik müdahale aşamasında güvenlik birimleriyle gerekli protokollerin yapılarak eşgüdümü çalışılması,
- ✓ Hastane öncesi sağlık personeline ruhsal hastalıklar ve davranışsal acillere yönelik hizmet içi eğitimler, ruhsal hastalıkların kriz anında olay yeri yönetimine yönelik uygulamalı eğitimler düzenlenerek yeterlilik düzeyinin yükseltilmesi,
- ✓ Sağlık personellerinin negatif tutum içeren duygularının ortadan kaldırılması için gerekli eğitimler düzenlenerek farkındalıklarının sağlanması,
- ✓ Ruhsal hastalıklara yönelik tedavi algoritmanın belirlenmesi kimyasal ve fiziksel kısıtlama konusunda yetkilerinin yasal dayanaklarla belirlenmesi önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Ács, A., Mészáros, J., Balogh, Z. (2020). “Egészségügyi szakdolgozók mentális zavarokkal kapcsolatos ismereteinek és a betegeklek szembeni attitüdjének vizsgálatı”. *Orvosi Hetilap*, 161(2), 56-66. Doi: 10.1556/650.2020.31577.
- Akbaş, M., Ayça, B. O. Z., Dursun, A., Çetin, S., ve Kılıçaslan, A. (2016). “112 Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma Durumları ve Şiddete Yönelik Tutum ve Davranışları”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(3), 93-100.
- Akküçük, M. (2016). “Psikiyatrik Aciller”. G. Özel ve B. Özel (Ed.). *İlk ve Acil Teknikerliğı Paramedik*. (S. 400-419). Güneş Tıp Kitabevleri: Ankara.
- Alptekin, K., Üçok, A., Ayer, A., Ünal, A., Erol, A., Ensari, H., ... ve Özgüven, H. D. (2014). “Psikiyatri Kliniğıne Yatırılan Şizofreni ve Psikotik Bozukluğı Olan Hastaların Tedavi Rehberi”. *Klinik Psikiyatri Bülteni*, 24(3).
- Arkan, B., Bademli, K., ve Duman, Z. Ç. (2011). “Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye’de Yapılan Çalışmalar”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 214-231.
- Aslan, Ş. ve Güzel, A. G. Ş. (2018). “Türkiye’deki Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Pre-Hospital Emergency Health Services In Turkey”. *Journal Of Social And Humanities Sciences Research (Jshsr)*, 5(31), 4995-5002.
- Atagün, M. İ. ve Oral, T. (2021). “Bipolar Bozukluk-Manik Dönemin Akut ve İdame Tedavisi”. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 58(1), 24-30.
- Avcı Balci, S. (2014). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Çalışanların Tükenmişlik Düzeyleri İle Maruz Kaldıkları Şiddet Arasındaki İlişkinin Tespitine Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ayan, G., (2019). Çocuklara Ameliyat Öncesi Dönemde Terapötik Oyun İle Verilen Eğitimin Çocukların Anksiyete Ve Korku Düzeylerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Karabük.

- Bağ, B. (2003). Sağlık Personelinin Ruhsal Sorunları olan Bireylere Yönelik Tutumlarının Araştırılması. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.
- Bağ, B. ve Ekinci M. (2005). “Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin (Rsttö) Türk Toplumunda Geçerlilik ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi”. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* ; 5 (15): 63-83.
- Bahadori, M., Ghardashi, F., Izadi, A. R., Ravangard, R., Mirhashemi, S. and Hosseini, S. M. (2016). “Pre-hospital emergency in Iran: A systematic review”. *Trauma monthly*, 21(2). Doi: 10.5812/Traumamon.31382.
- Balcioğlu, İ. (2017). *Psikiyatri Dışı Branşlarda Karşılaşılan Psikozlar*. Nobel Tıp Kiatbevi: Ankara.
- Bandelow, B., Michaelis, S. and Wedekind, D.(2022). “Treatment Of Anxiety Disorders”. *Dialogues In Clinical Neuroscience*. 19(2): 93. Doi: 10. 31887/ Dcns. 2017.19. 2/Bbandelow.
- Berzlanovich, A. M., Schöpfer, J. and Keil, W. (2012). “Deaths Due To Physical Restraint”. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(3), 27.
- Bilge, A. ve Çam, O. (2008). “Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği/Validity and Reliability Of Beliefs Towards Mental İllness Scale”. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 91.
- Bilici, R., Sercan, M. ve Tufan, A. E. (2013). “Psikiyatrik Hastalarda Saldırganlık Ve Saldırgan Hastaya Yaklaşım”. *Düşünen Adam The Journal Of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26, 190-8.
- Bostancı, N. ve Aştı, N. (2004). “Hemşirelerin Ruh Sağlığı Bozuk Olan Bireylere Karşı Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi”. *Düşünen Adam Dergisi*, 17 (2), 87-93.
- Bouveng, O., Bengtsson, F. A. and Carlborg, A. (2017). “First-year follow-up of the Psychiatric Emergency Response Team (PAM) in Stockholm County, Sweden: A descriptive study”. *International Journal of Mental Health*, 46(2), 65-73.

- Büyükbayram, A. ve Engin, E. (2018). “Acil Psikiyatrik Bakım ve Ruh Sağlığı Triyajı”. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(1), 61-67.
- Çam, O. ve Bilge, A. (2011, July). “Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa Ve Hastalara Yönelik İnanç Ve Tutumlarının Belirlenmesi”. *In Yeni Symposium*. 49(3).
- Çelik, F. H. ve Hocaoglu, C. (2016). “Major Depressive Disorder Definition, Etiology And Epidemiology; A Review”. *J Contemp Med*, 6(1), 51-66.
- Citrome, L .(2021). “Agitation İn Schizophrenia: Origins And Evidence-Based Treatment”. *Current Opinion İn Psychiatry*, 34(3), 216-221. Doi: 10. 1097/ Yco. 000000000000685.
- Derleyen Taşkın, B., (2018). Pediatri Servisinde Yatan Çocuklara Periferik Damar Yolu Açma İşlemi Öncesinde Uygulanan Terapötik Oyun Yönteminin Anksiyete ve Korku Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- Durmuş, M. (2019). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Konya 112 Acil Sağlık Hizmetleri'nde Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Emektar, E. (2019). “Akut Psikotik Hastaya Hastane Öncesi Yaklaşım”. B. Cander (Ed.). *Hastane Öncesi Acil Tıp ve Paramedik*. (S. 769-779). İstanbul Tıp Kitabevleri: İstanbul.
- Flannery, R.B. Jr, Levitre, V., Rego, S. and Walker. A.P. (2011). “Characteristics Of Staff Victims Of Psychiatric Patient Assaults: 20-Year Analysis Of The Assaulted Staff Action Program”. *Psychiatric Quarterly*, 82,11-21.
- Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S. L., Allen, M. H., Vazquez, G., ... and Vieta, E. (2016). “Assessment and management of agitation in psychiatry: expert consensus”. *The world journal of biological psychiatry*, 17(2), 86-128.
- Gottlieb, M., Long, B. and Koyfman, A. (2018). “Approach To The Agitated Emergency Department Patient”. *The Journal Of Emergency Medicine*, 54(4), 447-457. Doi:

10.1016/J.Jemermed.2017.12.049.

Grande, I., Berk, M., Birmaher, B. and Vieta., E. (2016). “Bipolar Disorder”. *The Lancet* 387(10027):1561–72. Doi: 10.1016/S0140-6736(15)00241-X.

Grover, S. and Ghosh, A. (2018). “Delirium Tremens: Assessment And Management”. *Journal Of Clinical And Experimental Hepatology*, 8(4), 460-470.

Gülpek, D., Kenar, A. N. İ. ve Hocaoğlu, Ç. (2019). “Ajite Hastaya Yaklaşım”. *Kıbrıs Türk Psikiyatri Ve Psikoloji Dergisi*, 1(3), 206-211.

Gültürk, E. (2020). “Davranış Bozuklukları ve Psikiyatrik Hastalıklar”. A. Ekşi (Ed.). *Hastane Öncesi Acil Bakım*. (S. 327-347). Ema Tıp Kitabevi: İstanbul.

Gündüz, N. (2019). Acil Serviste Öz Kırım Düşüncesi ve Davranışının Değerlendirilmesi ve Yönetimi. Erişim adresi: [https:// www.Researchgate.Net/Profile/Nermin-Guenduez/Publication/337011615_ Pdf](https://www.researchgate.net/profile/Nermin-Guenduez/publication/337011615_Pdf)

Gürlek, Y. E. ve Taşkın E.O. (2007). “Türkiye’de Sağlık Çalışanları ve Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutum ve Bilgileri”. Taşkın Eo (Ed.). *Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama*, (s. 279-301).Meta Basım Matbaacılık: İzmir.

How to Manage Behavioral Emergencies? 15 Ocak 2015. Erişim Adresi: <https://www.emergency-live.com/tr/stories/manage-behavioral-emergencies/>

Isenberg, D. L. and Jacobs, D. (2015). “Prehospital Agitation And Sedation Trial (Phast): A Randomized Control Trial Of Intramuscular Haloperidol Versus Intramuscular Midazolam For The Sedation Of The Agitated Or Violent Patient İn The Prehospital Environment”. *Prehospital And Disaster Medicine*, 30(5), 491-495. Doi: 10.1017/S1049023x15004999.

Gültekin, B. K., Kesebir, S. ve Tamam, L. (2014). “Türkiye’de Bipolar Bozukluk- Bipolar Disorder İn Turkey”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches İn Psychiatry* 6(2):199–209. Doi: 10.5455/Cap.20130920014550.

Kalli, A., Topuzoğlu, A., Ergin, D. D., Ertürk, E. F., Karavuş, M., Ulutaş, S., ...and

- Hıdırlıoğlu, S. (2019). "Evaluation of The Attitudes of Physicians Towards Patients with Mental Disorders". *The Journal of Turkish Family Physician*, 10(4), 185-194.
- Kandemir, G. ve İsmail, A. K. (2013). "Tıbben Açıklanamayan Belirtilerin Psikiyatrik Yönu". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 479-506. Doi: 10.5455/Cap.20130530.
- Karakaş, S. A., Polat, H., Eda, A. Y. ve Küçükođlu, S. (2017). "Türkiye'de Bir Psikiyatri Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Sorunu Olan Bireylere Karşı Tutumları İle Tükenmişliklikleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi". *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1), 40-48.
- Karamustafalıoğlu, O. ve Yumrukça 'l, H. (2011). "Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları". *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 45(2), 65-74.
- Kargin, M. ve Aydın, A. (2022). "The Experiences Of Turkish Psychiatric Nurses With Psychiatric Emergencies İn The Clinics Of Turkey's Mental Health And Diseases Hospital: A Descriptive Qualitative Study". *Perspectives İn Psychiatric Care*, 58(1), 39-46.
- Kaya, E. (2014). "Madde kullanım bozuklukları". *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(2), 79-83.
- Kesebir, S., İnanç, L., Bezgin, H. ve Cengiz, F. (2013). "Kadınlarda Bipolar Bozukluk". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches İn Psychiatry*, 5(2):220-231.
- Kisely, S., Campbell, L. A., Peddle, S., Hare, S., Pyche, M., Spicer, D. and Moore, B. (2010). "A Controlled Before-And-After Evaluation Of A Mobile Crisis Partnership Between Mental Health And Police Services İn Nova Scotia". *The Canadian Journal Of Psychiatry*, 55(10), 662-668. Doi: 10.1177/070674371005501005.
- Kizilkurt, O. K., Akgul, S. M. ve Izci, F. (2018). "An Approach To Conversion Disorder With Comorbid Major Depression Using Pharmacotherapy And Psychodrama Techniques: A Case Report". *The Journal Of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(4), 413.
- Krejcie, R. V. and Morgan, D. W. (1970). "Determining sample size for research activities". *Educational and psychological measurement*, 30(3), 607-610.
- Li, W.H., Chung, J.O.K., Ho, K.Y. and Kwok, B.M.C., (2016). "Play Interventions To

- Reduce Anxiety And Negative Emotions In Hospitalized Children”. *Bmc Pediatrics*, 16(1), 1-9
- MEB (2006). Öğretmenlik Mesleği Genel Yeterlikleri Erişim: 15 Ocak 2022, https://oygm.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2017_12/13161921_YYretmenlik_Mesle_Yi_Genel__YETERLYKLERi_onaylanan.pdf.
- Mccann, T. V., Savic, M., Ferguson, N., Cheetham, A., Witt, K., Emond, K., ... and Lubman, D. I. (2018). “Recognition Of, And Attitudes Towards, People With Depression And Psychosis With/Without Alcohol And Other Drug Problems: Results From A National Survey Of Australian Paramedics”. *BMJ Open*, 8(12), E023860. Doi: 10.1136/Bmjopen-2018-023860.
- Moskovitz, J., Sapadin, J. and Guttenberg, M. (2020). “Interfacility Ambulance Transport Of Mental Health Patients”. *Journal Of The American College Of Emergency Physicians Open*, 1(3), 173-182.
- Moylan, L. B. and Cullinan, M. (2011). “Frequency Of Assault And Severity Of Injury Of Psychiatric Nurses In Relation To The Nurses' Decision To Restrain”. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 18(6), 526-534.
- Özdamar, K.(2020). *Paket Programlar İle İstatistiksel Veri Analizi*. Nisan Kitapevi: Eskişehir.
- Pajonk, F. G., Schmitt, P., Biedler, A., Richter, J. C., Meyer, W., Luiz, T. and Madler, C. (2008). “Psychiatric Emergencies In Prehospital Emergency Medical Systems: A Prospective Comparison Of Two Urban Settings”. *General Hospital Psychiatry*, 30(4), 360-366. Doi: 10.1016/J.Genhosppsy.2008.03.005.
- Pan, Y. Z., Xie, X. M., Tang, Y. L., Ng, C. H., Wang, G. and Xiang, Y. T. (2022). “A Comparison Of Aggression Between Patients With Acute Schizophrenia And Mania Presenting To Psychiatric Emergency Services”. *Journal Of Affective Disorders*, 296, 493-497. Doi: 10.1016/J.Jad.2021.09.071.
- Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T. and Suserud, B. O. (2011). “Threats And Violence In The Swedish Pre-Hospital Emergency Care”. *International Emergency*

Nursing, 19(1), 5-11.

Polat, S. Şizofreni Tanılı Hastalarda Hastalık Yönetimi ve İyileşme Programının Etkinliği.

Pradhan, N., Lama, S., Mandal, G. and Shrestha, E. (2019). “Physical Restraining: Nurses Knowledge And Practice İn Tertiary Care Hospital Of Eastern Nepal”. *Nursing Open*, 6(3), 1029-1037. Doi: 10.1002/Nop2.298.

Psikiyatrik Hastalara Genel Yaklaşım İlkeleri, 30 Ocak 2017. Erişim Adresi: <https://www.resusitasyon.com/psikiyatrik-hastalara-genel-yaklasim-ilkeleri/>

Ray, P. Ç., Demirkol, M. E. ve Tamam, L. (2012). “Beden dismorfik Bozukluğu”. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 547-565.

Rahman, A. and Paul, M. (2018). “Delirium Tremens”. *Statpearls Publishing*, Treasure Island (FL), 01 Mar 2018pmid: 29489272

Rees, N., Porter, A., Rapport, F., Hughes, S. and John, A. (2018). “Paramedics’ Perceptions Of The Care They Provide To People Who Self-Harm: A Qualitative Study Using Evolved Grounded Theory Methodology”. *Plos One*, 13(10), E0205813. Doi: 10.1371/Journal.Pone.0205813.

Roberts, L., and Henderson, J. (2009). “Paramedic perceptions of their role, education, training and working relationships when attending cases of mental illness”. *Australasian Journal of Paramedicine*, 7(3).. Doi: 10.33151/Ajp.7.3.175.

Roggenkamp, R., Andrew, E., Nehme, Z., Cox, S. and Smith, K. (2018). “Descriptive Analysis Of Mental Health-Related Presentations To Emergency Medical Services”. *Prehospital Emergency Care*, 22(4), 399-405. Doi: 10.1080/10903127.2017.1399181.

Schepke, K. A., Braghiroli, J., Shalaby, M. and Chait, R. (2014). “Prehospital Use Of IM Ketamine For Sedation Of Violent And Agitated Patients”. *Western Journal Of Emergency Medicine*, 15(7), 736. Doi: 10.5811/Westjem.2014.9.23229.

Schneider, F., and S. Weber-Papen. (2017). “Psychiatric Emergencies.” *Nervenarzt* 88(7):819–33. Doi: 10.1007/S00115-017-0352-9/Tables/1.

- Sjölin, H., Lindström, V., Hult, H., Ringsted, C. and Kurland, L. (2015). “What an ambulance nurse needs to know: a content analysis of curricula in the specialist nursing programme in prehospital emergency care”. *International emergency nursing*, 23(2), 127-132. Doi: 10.1016/J.Ienj.2014.09.002.
- Ströhle, A., Gensichen, J. and Domschke, K. (2018). “The Diagnosis And Treatment Of Anxiety Disorders”. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(37), 611. Doi: 10.3238/Arztebl.2018.0611.
- Summakoglu, D. ve Ertugrul, B. (2018). “Şizofreni Ve Tedavisi”. *Lectio Scientific*, 2(1), 43-61.
- Svenson, J. E., & Abernathy, M. K. (2007). “Ketamine For Prehospital Use: New Look At An Old Drug”. *The American Journal Of Emergency Medicine*, 25(8), 977-980.. Doi: 10.1016/J.Ajem.2007.02.040.
- Svensson, B. and Hansson, L. (2014). “Effectiveness of mental health first aid training in Sweden. A randomized controlled trial with a six-month and two-year follow-up”. *PloS one*, 9(6), e100911. Doi: 10.1371/Journal.Pone.0100911.
- Şahin, M., Demirkıran, F. ve Kocairi, C. (2021). “Acil Serviste Çalışan Hemşirelerin Konversiyon Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları Ve Damgalama: Kesitsel Bir Çalışma”. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 125-133.
- Şahin Tarım, H. (2017). Sağlık Alanında Öğrenim Gören Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. Yüksek Lisans Tezi. Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa.
- Şimşek, P., Günaydın, M. ve Gündüz, A. (2019). “Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği”. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 120-127.
- Tintinalli, J. E. (2013). *Tintinalli Acil Tıp*. Nobel Tıp Kitabevi: İstanbul.
- Todorova, L., Johansson, A. and Ivarsson, B. (2021, December). “A Prehospital Emergency Psychiatric Unit In An Ambulance Care Service From The Perspective Of Prehospital Emergency Nurses: A Qualitative Study”. *In Healthcare* (Vol. 10, No. 1, P. 50). MDPI.” Doi: 10.3390/Healthcare10010050.

- Tümer, A., Örs, S. H. ve Akpınar, H. (2019). “Yetişkinlerin Ruhsal Hastalığa/Hastalara Yönelik Tutumları”. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 3(6), 139-147. Doi: 10.31461/Ybpd.590704.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019. 112 Acil Ambulans Sisteminin 25. Yılı Kutlandı. 02 Aralık 2019. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,59151/112-acil-ambulans-sisteminin-25-yili-kutlandi.html>
- Ucun, Y., Gürhan, N. ve Kaya, B. (2015). “Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin ve Hekimlerin Hasta Kısıtlama Yöntemleri İle İlgili Görüşleri”. *Turkish Journal Of Research & Development In Nursing*, 17.
- Uysal, C. (2017). “Psikiyatrik Acillere Yaklaşım”. R. Dağlı (Ed.). *Ambulans ve Acil Bakım Teknikleri (Paramedik) İçin Temel Konular ve Tedavi Yaklaşımları*. (S. 229-235). Ema Tıp Kitabevi: İstanbul.
- Vieta, E., Salagre, E., Grande, I., Carvalho, A. F., Fernandes, B. S., Berk, M., ... and Suppes, T. (2018). “Early Intervention In Bipolar Disorder”. *American Journal Of Psychiatry*, 175(5), 411-426.
- Yıldırım, S., Ersoysal, F. ve Güler, C. “Investigation of beliefs and attitudes of emergency service staff towards mental illnesses”. *Journal of Clinical Psychiatry*, 21(4), 380-388.
- Yıldız M, Gürcan MB. “TASA-19 ve şizofreninin yönetimi”. Coşar B, editör. *Psikiyatri ve COVID-19*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.30-4
- Yıldız, M., Önder, M. E., Tural, Ü., Balta, H. İ. ve Koçalım, N. (2003). “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Pratisyen Hekimlerin Psikotik Bozukluklar Ve Tedavisine Yönelik Tutumları”. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(2), 106-115.
- Zareifopoulos, N. and Panayiotakopoulos, G. (2019). “Treatment Options For Acute Agitation In Psychiatric Patients: Theoretical And Empirical Evidence”. *Cureus*, 11(11). Doi: 10.7759/Cureus.6152.
- Zwanzger, P. 2016. “Pharmakotherapie Bei Angsterkrankungen 1”. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie* 84(5):306–14. Doi: 10.1055/S-0042-106764/Id/Jr597-20.

Wheat, S., Dschida, D. and Talen, M. R. (2016). “Psychiatric emergencies”. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 43(2), 341-354.

Wols, R. M., Hockberger, R. S., Hill Gousche, M. (2019). *Rosen Acil Tıp*. Dođaç Niyazi Özüçelik (Çev.). Yeditepe Üniversitesi Yayınevi: İstanbul.



EKLER

EK 1

ÜNİVERSİTE ETİK KURUL ONAYI



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Bilimsel Araştırma Etik Kurulu



Sayı : E-84026528-050.01.04-2100129013
Konu : Başvuru İncelenmesi

04.08.2021

Sayın Nebi ÇELİK

Yürütücülüğünüzü yapmış olduğunuz 2021-YÖNP-0575 nolu projeniz ile ilgili Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'nun almış olduğu 03.08.2021 tarih ve 13/08 sayılı kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

KARAR:8- Nebi ÇELİK'in sorumlu yürütücülüğünü yaptığı "112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonunda Çalışan Personelin Ruhsal Hastalık ve Davranışsal Acillere Yönelik (Tutum.Yeterlilik Düzeylerinin) Araştırılması" başlıklı araştırmanın, ilgili kurumun izninin alınması ve Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna sunulması koşulu ile Etik Kurul ilkelerine **uygun olduğuna** oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Salih Zeki GENÇ
Kurul Başkanı

Belge Doğrulama Kodu: FM4APA4

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi: dogrulama.comu.edu.tr

Adres: Onsekiz Mart Üniversitesi Terzioğlu Yerleşkesi Çanakkale

Telefon No: (0 286) 2180018

e-Posta:

Kep Adresi: comu@hs01.kep.tr

Faks No:

İnternet Adresi: <https://www.comu.edu.tr>

Bilgi için :

Vildan Kapucu

Fen Bilimleri Enstitüsü Etik

Kurulu Memur

Telefon No:

(0 286) 2180018 - 14071



EK 2

RUHSAL HASTALIK VE DAVRANIŞSAL ACİL DURUMLARA YÖNELİK 112 ASHİ ÇALIŞAN PERSONEL GÖRÜŞLERİ DEĞERLENDİRME ANKETİ

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa ve davranışsal acil durumlara yönelik tutumlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır.

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve gönüllü olmamanız durumunda anketi doldurmanız gerekmemektedir. Katkınız ve vereceğiniz hassas cevaplar çalışmamızın amaçlarına ulaşabilmesi açısından son derece önemlidir. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkürler.

Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun sayıyı aşağıdaki şıkları dikkate alarak kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

5- Kesinlikle Katılıyorum

4- Katılıyorum

3- Kararsızım

2- Katılmıyorum

1- Kesinlikle Katılmıyorum

A. Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Görev Yaptığınız İl

.....

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

2. Yaş Grubunuz: 15-24 25-34 35-44 45-54

3. Ünvanınız:

Doktor Paramedik Acil Tıp Teknisyeni

Diğer Sağlık Personeli

4. Hastane Öncesi Acil sağlık Hizmetlerinde Çalışma Yılıınız:

<1 1-5 6-10 10 <

5. Eğitim Durumunuz:

Lise Üniversite Lisansüstü

6. Hiç bir ruhsal hastalık ve davranışsal acil duruma müdahale esnasında bir yaralanma yaşadınız mı?

EvetKez Hayır

B. Ruhsal Hastalık ve Davranışsal Acil Durumlara Yönelik Tutum Anketi

Ruhsal Hastalıklara ve Davranışsal Acillere Yönelik Değerlendirme Anketi	İlgili maddeyi tutumunuz açısından skorlayın				
	1	2	3	4	5
1. Davranışsal acil durumları yönetmek için kendimi yeterli hissediyorum					
2. Davranışsal acillerin yönetiminde becerilerimi hasta davranışları etkiler.					
3. Davranışsal acilleri yönetmek zor bir durumdur.					
4. Davranışsal acilleri yönetme konusunda yeterli eğitim aldığımı düşünüyorum					
5. Saldırgan hastaların fiziksel saldırı ve sözlü tacizlerini yönetebilme yetkinliğine sahibim					
6. Davranışsal acil durumları olan hastaları yönetiminde meslektaşlarımdan destek alırım					
7. Davranışsal acil durumu olan hastayı sözlü olarak sakinleştirebilirim					

8.Davranışsal acillerde ilk girişim farmakolojik ajanların uygulanması olmalıdır.					
9. Davranışsal acillere müdahale aşamasında güvenlik güçlerinin bulunması gereklidir.					
10.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.					
11.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır					
12.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır					
13.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez					
14.Ruhsal bozuklukları olan bireylerin bir çoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır					
15. Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.					
16. Toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörülü bir tutuma ihtiyaç vardır.					
17. Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakımı vermekle yükümlüüz.					
18. Davranışları tehlikeli olmasından dolayı ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak en iyisidir					
19.Psikiyatrik vakalara yaklaşımda ortak bir dil ve işbirliği gelişimi açısından çalıştığım kurum tarafından sertifikalı bir eğitim yapılmalıdır.					
20. Davranışsal acillere yönelik yaklaşım için belirlenmiş bir algoritma olmalıdır.					